

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

Иноземцев Иван Николаевич

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ
ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

5.6.1. Отечественная история

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
исторических наук

Научный руководитель:
Сухова Ольга Александровна,
доктор исторических наук,
профессор

Пенза - 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.....	38
1.1. Создание и трансформация системы управления здравоохранением.....	38
1.2. Динамика сети здравоохранения Пензенской области.....	58
1.3. Кадровое обеспечение здравоохранения Пензенской области.....	96
1.4. Финансирование и уровень материально-хозяйственного обеспечения здравоохранения.....	123
ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИКИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	152
2.1. Деятельность эвакогоспиталей по лечению раненых и больных бойцов Красной Армии.....	152
2.2. Оказание лечебно-профилактической помощи гражданскому населению.....	179
2.3. Санитарно-бытовые условия жизни и гигиеническая культура населения.....	202
2.4. Основные направления и результаты санитарно-противоэпидемической деятельности здравоохранения	230
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	257
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	263
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	292
ПРИЛОЖЕНИЯ	294

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Развитие современной техногенной цивилизации породило комплекс глобальных проблем, ставящих под угрозу существование человечества. Как частное следствие антропогенного влияния следует рассматривать значительное ускорение естественного процесса глобального потепления, а также сокращение биоразнообразия растительного и животного мира. Изменение климата в совокупности с разрушением старых экосистем, в свою очередь, создает благоприятные условия для обострения эпидемиологической ситуации.

Глобальным проявлением проблемы, вызовом для отечественной системы здравоохранения послужила пандемия COVID-19. В особенно напряженном состоянии оказалось здравоохранение российских регионов. Сегодня, несмотря на ощутимое улучшение эпидемиологической ситуации, эксперты выражают серьезные опасения о возможности развития новой пандемии¹.

Современные реалии подчеркивают особую актуальность построения высокоэффективной системы охраны здоровья населения, способной оперативно реагировать на современные вызовы эпидемиологического и демографического характера как локального, национального, так и планетарного масштаба.

Важным направлением решения этой проблемы, в том числе в ее региональном измерении, является изучение исторического опыта организационного строительства подобных систем в экстремальных условиях. В этом контексте наиболее востребованным представляется анализ деятельности органов здравоохранения по обеспечению медико-санитарного обслуживания населения в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.

¹ Макеев А. ООН предупредила о риске глобальной эпидемии холеры // Аргументы и факты: сайт. 2023. 20 мая. Текст: электронный. URL: https://aif.ru/health/oon_predupredila_o_riske_globalnoy_epidemii_holery?utm_source=uxnews&utm_medium=desktop (дата обращения: 20.05.2023); Угроза новой пандемии: эпидемиолог назвал факторы риска. Текст: электронный // Новости – Mail.ru: сайт. 2023. 24 мая. URL: <https://news.mail.ru/society/56343092/> (дата обращения: 12.08.2023).

Вместе с тем в региональной историографии это направление представлено фрагментарными исследованиями, раскрывающими лишь отдельные аспекты проблемы, что препятствует созданию целостной системы научных представлений. Расширение предметной области, разработка современной методологии диктуют необходимость комплексного анализа состояния сферы общественного здоровья в экстремальных условиях Великой Отечественной войны. За рамками исследовательского интереса сегодня остаются: структурная трансформация системы регионального здравоохранения, динамика развития медико-санитарной сети Пензенской области, специфика организации и результаты лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы медицинских учреждений.

Актуальность исследования определяется и возросшим интересом отечественной историографии к истории повседневности. Обращение к данной междисциплинарной парадигме позволяет не только реконструировать состояние бытовой среды, медицинские и гигиенические практики населения в условиях крупнейшей социальной катастрофы, но и определить степень их влияния на уровень заболеваемости и санитарно-эпидемиологическую обстановку в регионе.

Объектом исследования является состояние сферы общественного здоровья Пензенской области как важнейшего показателя качества жизни общества и фактора оборонной безопасности советского государства в контексте социально-экономических и политических реалий первой половины 1940-х гг.

Предметом исследования является совокупность медико-санитарных практик в системе здравоохранения Пензенской области (государственных органов и учреждений, подведомственных Народному комиссариату здравоохранения СССР), а также в повседневной жизни населения региона в годы Великой Отечественной войны.

Хронологические рамки исследования охватывают весь период Великой Отечественной войны (с 22 июня 1941 г. до 9 мая 1945 г.), что объясняется условиями формирования мобилизационной модели управления и деятельности здравоохранения в экстремальных условиях. В отдельных случаях для получения

целостного представления о динамике различных процессов исследование выходит за указанные хронологические рамки.

Территориальные рамки исследования определены границами Пензенской области в 1941-1945 гг. с учетом реорганизаций административно-территориального деления в этот период. Так, Пензенская область на момент образования 4 февраля 1939 г. имела в своем составе 38 районов. По состоянию на 21 января 1941 г., в регионе насчитывалось 7 городов (Пенза, Беднодемьяновск, Городище, Нижний Ломов, Кузнецк, Сердобск, Чембар) и 8 рабочих поселков (Верхозим, Земетчино, Золотаревка, Лунино, Николо-Пестровка, Никольский Хутор, Сосновоборск, Чаадаевка). 24 апреля 1941 г. за счет разукрупнения Вадинского и Земетчинского районов был образован Салтыковский район. 19 января 1943 г. из Пензенской области в состав Ульяновской области были выделены Барановский и Николаевский районы, а 25 декабря 1943 г. образованы самостоятельные Кучкинский, Нечаевский и Чаадаевский районы¹.

Вхождение территории Пензенской области в состав других административно-территориальных образований вплоть до 1939 г. в значительной мере определяло уровень ее социально-экономического благополучия. Так, сложившаяся здесь к началу войны система здравоохранения имела достаточно низкий стартовый потенциал и заметно отставала в этом плане от соседних регионов Поволжья (Куйбышевской и Саратовской областей, Татарской АССР). Это обстоятельство оказало прямое влияние на специфику и эффективность выполнения местным здравоохранением задач военного времени.

Вместе с тем, Пенза как средоточие путей сообщения, крупный железнодорожный узел в годы Великой Отечественной войны стала одним из центров эвакуации. В 1941-1942 гг. в область было эвакуировано 65 промышленных предприятий, в том числе 13 машиностроительных заводов, а также 144 тыс. граждан. Кроме того, на территории региона были размещены 64 детских учреждения из прифронтовых районов (около 5,5 тыс. воспитанников) и

¹Справочник по административно-территориальному делению Пензенского края 1663-1991 гг. / Сост.: Т. Б. Яковлева, В. С. Годин. Пенза, 2003. С. 283-285.

многие учреждения культуры¹. В военные годы здесь была сформирована крупнейшая госпитальная база в Среднем Поволжье.

В области был налажен бесперебойный выпуск оборонной продукции для нужд фронта, а в колхозах и совхозах – поставки фронту хлеба и других сельскохозяйственных продуктов. Пензенский край внес большой вклад в Победу над немецко-фашистскими захватчиками. «За успехи, достигнутые трудящимися города в хозяйственном и культурном строительстве» указом Президиума Верховного Совета СССР от 14 февраля 1985 г. город Пенза награжден орденом Трудового Красного Знамени². 20 мая 2021 г. Указом Президента РФ В.В. Путина Пензе присвоено почетное звание «Город трудовой доблести»³. Таким образом, ограничение анализа территорией одного региона является обоснованным.

Степень разработанности темы исследования.

Отечественная историография проблемы охватывает период с 1941 г. по настоящее время, что объясняется ранним зарождением и сохранением стабильного исследовательского интереса к различным сторонам функционирования военного здравоохранения.

На первом этапе (1941 – середина 1950-х гг.) авторы, в большинстве случаев организаторы здравоохранения и видные советские медики, рассматривали здравоохранение с целью обобщения и сохранения положительного медицинского и организаторского опыта. Первые такие работы появились еще в годы войны и содержали описание передовых методов организации

¹ Соловьев В.Ю. Эвакуация населения в Пензенскую область в годы Великой Отечественной войны // Война. Народ. Победа: материалы межвуз. науч. конф., посвящ. 60-летию начала Великой Отечественной войны. Пенза, 2001. С. 96; Пензенский край в истории и культуре России: моногр. / под ред. О.А. Суховой. Пенза, 2014. С. 386; Федотов В.В. Эвакуированные детские учреждения в Поволжье в годы Великой Отечественной войны // Человек и общество в условиях войн и революций: сб. материалов Всерос. науч. конф. Вып. 1. Самара, 2014. С. 68.

²Кашаев П.В., Кондрашин В.В. Пенза – город трудовой доблести // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки. 2022. № 1. С. 137.

³ О присвоении почетного звания Российской Федерации «Город трудовой доблести»: Указ Президента Российской Федерации от 20.05.2021 г. № 304. Текст: электронный // Президент России: сайт: URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/46788> (дата обращения: 10.05.2023).

здравоохранения, т.е. имели прикладное значение¹. Особое внимание проблемам охраны здоровья трудящихся в довоенный период и в начале войны уделено в работе «Двадцать пять лет Советского здравоохранения», опубликованной в 1944 г. под редакцией наркома здравоохранения СССР Г.А. Митерева².

Послевоенное десятилетие отмечено появлением крупных практико-ориентированных работ, заложивших общие тенденции систематизации и первичного научного осмысления доступного материала. Своеобразным итогом данного этапа является фундаментальный труд «Опыт советской медицины в годы Великой Отечественной войны» в 35 томах. Особый интерес для нашего исследования представляет 2 раздел 32 тома «Эпидемиология», в котором освещаются основные принципы противэпидемической работы среди населения и система противэпидемических мероприятий, осуществлявшихся в годы войны³.

Значительный вклад в научную разработку тематики коммунальной санитарии Пензенской области, санитарного просвещения, этиологии эпидемий, эффективности вакцинаций и др. внес Пензенский институт эпидемиологии и микробиологии им. проф. И.И. Мечникова (1923-1952 гг.) (далее – ПИЭМ). Свидетельством подробной проработки указанной проблематики являются не только многочисленные рукописи статей сотрудников института⁴ и три сборника

¹См., например: Митерев Г.А. Отечественная война и органы здравоохранения // Советское здравоохранение. 1942. № 1-2. С. 3-7; Вебер Л.Г. Санитарное обслуживание населения // Советское здравоохранение. 1942. № 1-2. С. 10-13; Миловидов С.И. Итоги и задачи работы эвакуогоспиталей НКЗдрава СССР // Советское здравоохранение. 1942. № 5-6. С. 17-25; Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины. Ч. 1. Москва, 1944.

² Двадцать пять лет советского здравоохранения. 1918-1943 /под ред. Г.А. Митерева. Москва, 1944.

³ Опыт Советской медицины в годы Великой Отечественной войны: в 35 т. Т. 32. Эпидемиология. Разд. 2. Основные принципы противэпидемической работы среди населения и в войсках в период Великой Отечественной войны / ред. С.В. Висковский. Москва, 1955.

⁴ См., например: Орлова Е.В. Материалы к характеристике заболеваемости корью по г. Пензе (1939-1943). Машинная рукопись. Пенза, 1944. // ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 145; Тихонова Е.А. Эпидемиология дифтерии по гор. Пензе за период Великой Отечественной войны. Машинная рукопись. Пенза, 1944. // ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 146; Забежинский Л.М., Попова Е.М., Довбич А.М. К вопросу о ликвидации брюшного тифа и паратифов в нашем городе. Машинная рукопись. Пенза, 1950. // ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 248.

работ, изданные в 1928, 1932, 1951 гг.¹, но и крупные монографические и диссертационные исследования, дающие весьма четкое представление о санитарно-гигиеническом и эпидемиологическом состоянии г. Пензы и области в 1940-х – начале 1950-х гг.²

В первый послевоенный год в свет выходит сборник научных работ, посвященный 100-летнему юбилею Пензенской областной больницы, ставший итогом некоторых теоретических обобщений опыта лечебной практики видных врачей больницы³.

На следующем этапе (вторая половина 1950-х – 1990-е гг.) постепенно исчезает медико-прикладная составляющая исследований. Появляются крупные работы по истории Великой Отечественной войны, в той или иной мере затрагивавшие вопросы здравоохранения⁴. Дальнейшее развитие получает тенденция к расширению предметного поля и формированию ключевых направлений научного поиска по рассматриваемой проблематике. Основное внимание исследователей этого периода акцентировалось на деятельности Коммунистической партии и правительства по переводу здравоохранения на военные рельсы, велось изучение работы тыловых и прифронтовых госпиталей, оказания шефской помощи госпиталям, роли главных специалистов-медиков, противоэпидемического обслуживания населения⁵.

¹ Сборник трудов Пензенского санитарно-бактериологического института (института эпидемиологии и микробиологии) им. проф. И.И. Мечникова / под ред. директора ин-та Л.М. Забежинского. Пенза, 1928. Ч. 1; 1932. Ч. 2; Ч. 3. 1951.

² Забежинский Л.М. Эпидемиология тифо-паратифозных заболеваний в городе Пензе (за годы 1905-1954): дис. ... д-ра мед. наук. Пенза, 1955.

³ Сто лет Пензенской областной больницы. Юбилейный сборник научных работ / отв. ред. А.И. Левков. Пенза, 1946.

⁴ См., например: История Великой Отечественной войны Советского Союза 1941-1945 гг.: в 6 т. Москва, 1961. Т. 2; 1962. Т. 3; История Второй мировой войны 1939-1945: в 12 т. Москва, 1973. Т. 1; 1975. Т. 4; Тельпуховский Б.С. Великая Отечественная война Советского Союза 1941-1945 гг.: краткий очерк. Москва, 1959.

⁵ См., например: Сорок лет советского здравоохранения: К 40-летию Великой Октябрьской соц. революции. 1917-1957: Сборник статей / Глав.ред. М.Д. Ковригина. Москва, 1957; Очерки истории здравоохранения СССР (1917-1956 гг.) / под ред. проф. М.И. Барсукова. Москва, 1957; Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917-1959) / под ред. проф. М.И. Барсукова. Москва, 1961; Мушкин С.Г. Всенародная помощь раненым воинам в годы Великой Отечественной войны. Тбилиси, 1971; Рошин И.И. Народ – фронту. Москва, 1975; Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. Москва, 1979; Бароян О. В.

В 1985 г. выходит обобщающая работа Н.Г. Иванова, А.С. Георгиевского, О.С. Лобастова, которая представляет собой наиболее полное и комплексное исследование различных направлений и результатов деятельности медицинской службы Красной Армии и гражданского здравоохранения в годы войны¹.

Первой серьезной попыткой научного обобщения регионального архивного материала по теме и собственных эмпирических наблюдений становится работа Л.М. Забежинского «Здравоохранение Пензенской области за 50 лет Советской власти: материалы к истории» (1968). В книге поднимаются вопросы развития госпитальной базы региона в годы войны, решения кадровых проблем здравоохранения, оценки санитарно-эпидемического состояния области, развития сети медицинских учреждений².

Особенности организации хирургической помощи раненым в эвакогоспиталях Пензенской области отражены в монографии видного пензенского хирурга С.В. Кульнева (1968). Со ссылкой на количественные показатели возвращенных в строй советских солдат в исследовании дается высокая оценка работы хирургов и персонала местных эвакогоспиталей³.

Анализу деятельности и роли КПСС и государственных органов в деле перестройки здравоохранения на военные рельсы и организации помощи раненым* воинам в Среднем Поволжье посвящены исследования Г.А. Чучелина и И.Ю. Рубцовой⁴. Отдельные разрозненные данные об основных

Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии. Москва, 1968; Сифман Р.И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. Сборник статей / под ред. Е.М. Андреева, А.Г. Вишневого. Москва, 1979. С. 50-60.

¹ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Ленинград, 1985.

² Забежинский Л.М. Здравоохранение Пензенской области за 50 лет Советской власти: материалы к истории. Саратов-Пенза, 1968.

³ Кульнев С.В. Развитие хирургии в Пензенской области. Саратов-Пенза, 1968.

* Раненой – раненый, находящийся в больнице // Большой академический словарь русского языка. Т. 22: Р - Распloh. Москва, Санкт-Петербург: Наука, 2013. С. 584.

⁴ Рубцова И.Ю. Коммунистическая партия – организатор всенародной помощи госпиталям тыла в годы Великой Отечественной войны (по материалам Куйбышевской, Пензенской, Ульяновской областей): дис. ... канд. ист. наук. Куйбышев, 1985; Чучелин Г.А. Деятельность

количественных показателях развития системы здравоохранения регионов Поволжья, в том числе и Пензенской области, встречаем в книге Д.П. Ванчинова¹.

В работе обобщающего характера «Пензенская область в годы Великой Отечественной войны» (1985) раскрываются такие аспекты, как состояние госпитальной базы региона, количественная оценка результатов ее деятельности. Акцентируется внимание на трудовом подвиге медиков, развитии донорского движения и оказании шефской помощи госпиталям².

Как видим, региональная историография советского периода развивалась в общей канве научных изысканий медицинской проблематики. Историей здравоохранения по-прежнему занимались преимущественно медики, интерес к здравоохранению у профессиональных историков был незначительным. Исследователи уделяли значительное внимание количественным показателям развития здравоохранения, в особенности его военной отрасли, а их работы носили объективно тенденциозный характер.

Деидеологизация исторической науки в условиях Перестройки и крах господства КПСС обеспечили методологический плюрализм и расширение предметного поля рассматриваемой проблематики. На третьем этапе отечественной историографии здравоохранения (1990-е – начало 2000-х гг.) появляется значительное количество исследований, которые можно условно поделить на несколько направлений.

Первое из них составляют работы представителей «старой школы», сохранившие специфику научного дискурса предыдущего периода. Для большинства работ сторонников данного подхода характерно применение советской методологии, ориентация, в первую очередь, на освещение успехов в

партийных организаций Среднего Поволжья по руководству здравоохранением в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). Казань, 1974.

¹ Ванчинов Д.П. Военные годы Поволжья: (1941-1945). Саратов, 1980.

² Годин В.С., Шалдыбин Г.П. Ради жизни и здоровья людей // Пензенская область в годы Великой Отечественной войны. Саратов-Пенза, 1985. С. 60-68.

деятельности органов здравоохранения, корпоративно-эпический дух, чувство наиболее выдающихся представителей отрасли¹.

Схожее толкование проблемы свойственно и для подавляющей части публикаций пензенских исследователей². Среди исследований традиционного направления необходимо выделить монографию В.А. Томилова, которая внесла существенный вклад в изучение медико-прикладной составляющей, вопросов организации эвакуации раненных в эвакогоспитали Среднего Поволжья³.

Серьезный пересмотр традиционных подходов и интерпретаций деятельности советского здравоохранения представлен в работах сторонников прагматического (ревизионистского) направления. Их исследования ставят под сомнение традиционные выводы о достижениях советской системы охраны общественного здоровья⁴. В частности, коллектив авторов Национального НИИ Общественного здоровья им. Н.А. Семашко на основе анализа показателей заболеваемости острозаразными инфекционными болезнями не только опровергает утвердившееся в советской литературе мнение о наступлении в СССР в 1930-1940-х гг. стойкого эпидемического благополучия, но и доказывает,

¹См., например: Васильев К.Г. История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии. Москва, 2001; Гладких П.Ф., Локтев А.Е. Очерки истории отечественной военной медицины. Служба здоровья в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Санкт-Петербург, 2005; Санитарно-эпидемиологическое обеспечение населения страны в годы Великой Отечественной войны: Сборник / Под общ. ред. Е. Н. Беляева. Москва, 1996.

² Годин В.С., Савин О.М., Шалдыбин Г.П. Путь в полтора столетия: Страницы истории Пензенской областной больницы имени Н.Н. Бурденко. Пенза, 1996; Кузичкин С.Н. Здравоохранение Пензенской области в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. // Великая Победа: материалы регион. научн.-практ. конф., посвящ. 60-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне. Пенза, 2005. С. 69-72; Лавров А.Н., Орлов Ю.А., Шалдыбин Г.П., Зиновьев Д.Ю. Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко: исторический обзор. Пенза, 2006; Пензенский край в истории и культуре России: моногр. / под ред. О.А. Сухой. Пенза, 2014; Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Пензенской области. К 95-летию со дня основания / под ред. М. В. Перекусихина, Г. В. Пантелеева. Пенза, 2017; В тылу герои не забыты. История эвакуационных госпиталей на территории Пензенской области в годы Великой Отечественной войны / Л.В. Казакова, К.В. Кривулин, В.М. Матюшин, С.Н. Мельников. Пенза, 2019; Королева Л.А., Гришанина А.Е. Здравоохранение в период Великой Отечественной войны (по материалам Пензенской области) // Образование и наука в современном мире. Инновации. 2020. № 3 (28). С. 78-84.

³ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронт. Пенза, 1999.

⁴Затравкин С., Вишленкова Е., Шерстнева Е. «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // Quaestio Rossica. Т. 8. 2020. № 2. С. 652-666.

что в этот период, напротив, произошел рост заболеваемости инфекционными болезнями¹.

В 1960-1970-х гг., на фоне развернувшихся в западной историографии размышлений о кризисе исторического знания и необходимости «онаучивания» истории, постепенно оформляется «новая историческая наука», стремящаяся к междисциплинарному концепту истории за счет активного привлечения методов и моделей общественных наук.

Активное следование социальной истории по этому пути, в конечном счете, выдвинуло на авансцену такое междисциплинарное направление, как новая социальная история, одной из ветвей которой является новая история медицины. Как отмечает Л.П. Репина, в 1970-е гг. произошел поворот от социально-структурной истории к антропологически ориентированной². В связи с этим можно говорить о смещении исследовательского ракурса истории медицины от традиционных предметных областей в сторону истории повседневности и медицинской антропологии, в исследовательском поле которых находится широкий спектр вопросов: от медико-санитарных условий бытовой среды до ментальных представлений, ценностей и моделей поведения, связанных с реализацией здоровьесберегающих практик.

С крушением идеологического канона, архивной революцией на рубеже 1980-х – 1990-х гг., а также утверждением концептов новой исторической науки, в отечественной историографии значительно расширяется диапазон проблематики исследований, пересматриваются методологический аппарат и традиционные представления об историческом процессе, осуществляется постепенный переход на более высокий уровень теоретизации научных положений, вводятся в научный оборот ранее недоступные источники.

¹Затравкин С.Н., Хабриев Р.У., Щепин В.О., Саркисов А.С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 1. 1919-1949 годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 26 (5). С. 350-356.

² Репина Л.П. Социальная история и историческая антропология: новейшие тенденции в современной британской и американской медиевистике // Одиссей: человек в истории. Москва, 1990. Вып. 2. С. 170.

Рост познавательных возможностей истории, а также активное включение в разработку историко-медицинской проблематики профессиональных историков привели к появлению немалого числа междисциплинарных трудов национального и регионального уровней. Первая их группа в той или иной степени раскрывает проблему состояния здоровья населения через призму исследований быта¹, демографии², социальной политики³, отдельных социальных групп⁴, гендера⁵, продовольственного обеспечения⁶ и др.; вторая – фокусирует внимание на изучении системы здравоохранения в ее различных аспектах (образовательном, организационно-правовом, социально-профессиональном и др.)⁷.

¹ См., например: Великая Отечественная война 1941-1945 гг. В 12 т. Т. 10. Государство, общество и война. Москва, 2014; Вербицкая О.М. Будни сельского тыла 1941-1945 гг. // Советский тыл 1941–1945: повседневная жизнь в годы войны / отв. сост. Б. Физелер и Р.Д. Марквик. Москва, 2019. С. 147-161; Зинич М.С. Повседневная жизнь народа в годы Великой Отечественной войны. Москва, 2019; Козлов Н.Д. Условия труда и быта народа в годы Великой Отечественной войны // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2008. №. 4. С. 5-23; Народ и война: очерки истории Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. / отв. редакторы А.Н. Сахаров, А.С. Сенявский. Москва, 2010.

² Араловец Н.А. Городская семья в России, 1927-1959 гг. Тула, 2009; Вербицкая О.М. Российская сельская семья в 1897-1959 гг. (историко-демографический аспект). Москва-Тула, 2009; Демографическая модернизация России. 1900-2000 / под ред. А.Г. Вишневого. Москва, 2006; Жиромская В.Б. Основные тенденции демографического развития России в XX веке. Москва, 2012; Исупов В.А. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск, 2000; Людские потери СССР в период второй мировой войны: Сборник статей (Материалы конференции, 14-15 марта 1995 г.). Санкт-Петербург, 1995; Население России в XX веке: Исторические очерки. В 3-х т. Т. 2. 1940-1959 / отв. ред. изд. Ю.А. Поляков; отв. ред. 2 тома В.Б. Жиромская. Москва, 2001.

³ См.: например: Загвоздкин Г.Г. Цена победы: социальная политика военных лет. Киров, 1990; Красноженова Е.Е. Исторический опыт реализации социальной политики Советского государства в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. (на материалах Нижнего Поволжья): дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. Астрахань, 2014.

⁴ См., например: Анисков В.Т. Крестьянство против фашизма, 1941-1945: История и психология подвига. Москва, 2003; Волкова Е.Ю. Маленькие участники большой войны (дети в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.): монография. Кострома, 2010; Кожурин В.С. Неизвестная война. Деятельность Советского государства по обеспечению условий жизни и труда рабочих в годы Великой Отечественной войны. Москва, 1990.

⁵ См., например: Волкова Е.Ю. Женщины тыловых регионов России в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.: дис. ... д-ра ист. наук. Санкт-Петербург, 2008.

⁶ Зима В.Ф. Голод в СССР 1946-1947 годов: происхождение и последствия. Москва, 1996.

⁷ См., например: Ерегина Н.Т. Подготовка медицинских кадров в высшей школе России в 1917 – начале 1950-х гг.: дис. ... д-ра ист. наук. Санкт-Петербург, 2010; Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в Советского государстве (1917-1991 годы): дис. канд. юрид. наук. Саратов, 2011; Лукьянова Т.В. Формирование медицинской интеллигенции Мордовии во второй половине XIX – первой половине XX века: дис. ... канд. ист. наук. Саранск, 2002.

Знаковым событием становится выход в свет монографии Т.В. Приваловой, посвященной изучению быта и медико-санитарного состояния российской деревни во второй половине XIX – 20-е гг. XX в. Работа представляет значительный интерес, поскольку является ярким примером проявления антропологического начала в современной историографии медико-санитарной проблематики. Анализируя бытовые условия жизни крестьянства, заболеваемость, традиции народной медицины и организацию государственного здравоохранения, автор убедительно доказывает, что состояние здоровья населения, характер и уровень его заболеваемости определялись, с одной стороны, уровнем экономического развития индивидуального крестьянского хозяйства и материальным положением семьи, а с другой – культурными традициями и образом жизни крестьянства, которые в какой-то мере сглаживали экономические различия. По ее словам, развитие земской медицины и культурно-просветительская деятельность земских органов сыграли важную роль в улучшении санитарной стороны жизни, но не могли изменить основы деревенского бытия. В 1920-е гг. деятельность созданных после революции государственных органов здравоохранения вкупе с экономическим подъемом страны позволила победить эпидемии и снизить уровень заболеваемости и смертности, однако наметившиеся в это время положительные процессы были еще далеки от завершения¹.

Весьма ощутимой тенденцией в современной историографии является регионализация специальных исследований². В этом отношении наиболее весомыми представляются достижения сибирских и уральских историков¹.

¹ Привалова Т.В. Быт российской деревни: (Медико-санитарное состояние деревни Европейской России): 60-е гг. XIX – 20-е гг. XX в. Москва, 2000.

² См., например: Матвеева Н.М. История становления и развития системы здравоохранения и формирование медицинской интеллигенции Бурятии: 1923-1991 гг.: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. Улан-Удэ, 2004; Сакович Н.В. Деятельность органов власти по развитию системы здравоохранения Горьковской области накануне и в годы Великой Отечественной войны: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. Нижний Новгород, 2006; Судоргин Н.С. Формирование и функционирование системы госпитального лечения в годы Великой Отечественной войны: (на материалах партийно-государственных структур и общественных организаций областей Нижнего Поволжья): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.01. Саратов, 1993; Шелия Ж.А.

Особого внимания заслуживают научные изыскания новосибирского историка М.А. Семенова. Так, в его диссертационном исследовании и монографии, на основе, главным образом, широкого спектра ранее неопубликованных источников, комплексно рассматривается развитие и деятельность западносибирского здравоохранения в 1941-1945 гг. Исключительную ценность для нас представляют историко-эпидемиологические аспекты исследования: автором приводятся сводные данные о движении инфекционных заболеваний, осуществляется попытка анализа развития эпидемиологической ситуации в регионе с точки зрения учения об эпидемическом процессе Л.В. Громашевского. Достаточно обоснованным представляется вывод о том, что основным фактором снижения заболеваемости желудочно-кишечными инфекциями и смертности местного населения стала деятельность органов здравоохранения².

Следует отметить и неизменно возрастающее внимание исследователя к проблемам развития гражданского здравоохранения в общесоюзном масштабе. Дальнейшему развитию данной тематики и воссозданию детальной картины деятельности военного здравоохранения, безусловно, способствует реализация М.А. Семеновым такого крупного научного проекта, как «Гражданское здравоохранение тыловых районов СССР в годы Великой Отечественной войны»,

Госпитали в годы Великой Отечественной войны: по материалам Ярославской и Костромской областей: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. Ярославль, 2001.

¹ См.: Горелов Ю.П. Госпитали Западной Сибири и деятельность их персонала по спасению раненых в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук. Кемерово, 1991; Давыдова Ю.А. Здравоохранение в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны: дис. ... канд. ист. наук. Новосибирск, 1999; Дегтярева Н. А. Госпитали на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны: 1941 - 1945 гг.: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. Оренбург, 2007; Ее же. Госпитали на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.): монография. Оренбург, 2014; Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны: дис. ... канд. ист. наук. Челябинск, 2002; Орлова Е.А. Эвакогоспитали Кузбасса в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945): дис. ... канд. ист. наук. Кемерово, 2007.

² Семенов М.А. Здравоохранение Западной Сибири в годы Великой Отечественной войны: дис. ... канд. ист. наук. Томск, 2013; Его же. Фронт в тылу: система здравоохранения в Западной Сибири в годы Великой Отечественной войны. Новосибирск, 2017. Монография подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ) в рамках проекта № 16-01-00412 «Людской потенциал Сибири в условиях системной трансформации российского общества в XX веке»)

получившего в 2020 г. поддержку Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ)¹.

Региональная специфика организации медицинской помощи в Среднем Поволжье, в частности в Пензенской области, получила освещение в рамках интегративных работ, затрагивающих, в первую очередь, социальное развитие и состояние бытовой сферы.

Так, Е.Н. Шматов, анализируя состояние социально-бытовой инфраструктуры городов Среднего Поволжья в 1941-1945 гг., приходит к выводу, что, несмотря на упадок практически всех отраслей коммунального хозяйства, была создана достаточно эффективная система постоянного контроля за санитарно-эпидемиологической обстановкой, благодаря которой, в совокупности с самоотверженным трудом медиков, удалось избежать распространения массовых заболеваний².

Отдельные аспекты повседневной жизни, а также проблемы развития социальной инфраструктуры региона, оказывающие прямое влияние на уровень здоровья и санитарного благополучия жителей, в разной степени отражены в работах Т.А. Евневич, Л.А. Королевой, В.В. Федотова и др.³

Серьезное осмысление демографических процессов (рождаемость, детская смертность и миграции населения), протекавших в Пензенской области в 1941-1945 гг., встречаем в исследовании С.Д. Морозова и М.А. Родинченко. Анализируя ценные статистические данные, авторы констатируют, что прослеживаемая в Пензенской области в годы войны динамика демографических показателей в целом отвечала общегосударственным тенденциям естественного

¹ Семенов М.А. НИР: грант № 20-09-00397 РФФИ «Гражданское здравоохранение тыловых районов СССР в годы Великой Отечественной войны». 2020. // eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека: сайт. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=50702994> (дата обращения: 02.09.2023).

² Шматов Е.Н. Города Среднего Поволжья в период Великой Отечественной войны. 1941-1945 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Самара, 2003.

³ Евневич Т.А. Организация бытового устройства эвакуированного в Пензенскую область населения в Великую Отечественную войны // Пензенское краеведение. 2015. № 2 (14). С. 12-15; Королева Л.А. Страницы истории: Пензенская область в период Великой Отечественной войны: монография. Варшава, 2018; Федотов В.В. Эвакуированное население в Среднем Поволжье в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). Самара, 2009.

движения населения. Однако пиковая ситуация, когда показатель естественного прироста приобрел свое максимально отрицательное значение, в Пензенской области пришлось на 1943 г., в то время как в общесоюзных масштабах (без учета оккупированных и прифронтовых районов) депопуляция достигла максимальных величин в 1942 г.¹

На основе привлечения широкого спектра документальных материалов попытку реконструкции картины повседневной жизни военнослужащих 37-й запасной стрелковой бригады, дислоцировавшейся в годы Великой Отечественной войны на территории Пензенской области, осуществляет в своей монографии В.Ю. Кладов. Детально анализируя взаимосвязь бытовой инфраструктуры, уровня материально-хозяйственного и продовольственного обеспечения и распорядка дня с динамикой смертности и заболеваемости бойцов, исследователь приходит к выводу, что главным фактором смертности личного состава Селиксенского гарнизона являлось общее ослабление организма бойцов, наступившее в условиях хронического недостатка питания, стрессов и тяжелых физических работ. Ситуацию усугубляли слабость медицинской инфраструктуры, а также крайне неблагоприятные условия проживания новобранцев в учебном лагере. Эти факты нашли яркое отражение и на уровне ментальных структур местных жителей: в народной памяти Селикса осталась местом гибели множества бойцов – от голода, холода и болезней².

Схожий комплекс причин выделяет автор, рассматривая этиологию заболеваемости в лагере № 399 для иностранных военнопленных, которые с 1945 г. были задействованы на строительстве автомагистрали «Москва-Куйбышев»³.

В зарубежной историографии нет специальных работ, непосредственно посвященных состоянию пензенского здравоохранения в военный период. Однако

¹ Морозов С.Д., Родинченко М.А. Рождаемость, детская смертность и миграции населения России в 1941-1945 гг. (по материалам Пензенской области) // История российской повседневности: актуальные проблемы. Пенза, 2016. С. 3-21.

² Кладов В.Ю. Время помнить... Пенза, 2021.

³ Кладов В.Ю. Заболеваемость и организация медпомощи в лагере для иностранных военнопленных № 399 // Актуальные проблемы истории, политики и права: сборник статей III-й Всерос. науч.-практ. конф. Пенза, 2015. С. 40-47.

многие вопросы развития государственного здравоохранения в эпоху сталинизма в масштабах всей страны достаточно широко представлены в целом ряде исследований.

Характеризуя суждения об уровне развития советского здравоохранения, представленные в зарубежной советологии, можно выделить ряд основных направлений развития научной мысли на этот счет.

Восторженную оценку деятельности медицинских учреждений дает в своих исследованиях выдающийся франко-швейцарский историк медицины Анри Зигерист, проживавший в 1930-х – 1940-х гг. в США. Не замечая разницы между идеологическими декларациями и реальным положением дел в здравоохранении, автор преднамеренно акцентирует особое внимание на его достижениях и подчеркивает значимость появления первой в истории социалистической системы здравоохранения. Система охраны здоровья граждан, сложившаяся к концу 1930-х гг. в СССР, в работах А. Зигериста представляется конечным пунктом длительной эволюции медицины, начавшейся еще в античный период¹.

Весьма плодотворным является творчество ведущего американского эксперта по советскому здравоохранению Марка Филда – типичного представителя «тоталитарного» направления, сформировавшегося в зарубежной русистике в 1950-х гг. В работах автора в целом доминирует антисоветская риторика, делается акцент на репрессивной роли советского здравоохранения и медицинских работников, а успехи здравоохранения рассматриваются как орудие идеологии².

В то же время в зарубежной историографии имеются исследования, авторы которых достаточно прагматично оценивают советскую модель охраны общественного здоровья. Так, известный британский советолог Алек Ноув, допуская возможность существования в СССР в 1960-х гг. «государства социального благоденствия», в качестве наиболее важного элемента этой системы

¹ Sigerist H.E. *Medicine and health in the Soviet Union*. New York, 1947. 364 p.; Sigerist H.E. *Socialized Medicine in the Soviet Union*. New-York, 1937.

² Field M.G. *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge, Mass, 1957; Field M.G. *Soviet socialized medicine: an introduction*. New York, 1967.

выделяет оригинальную систему здравоохранения, созданную в сталинский период¹.

Развивая идеи А. Ноува, канадский историк Кристоф Бартон, с одной стороны, придерживается позиции о дифференцированном медицинском обслуживании отдельных групп населения, сохранявшемся до 1945 г., и отсутствии государства благоденствия по причине огромных проблем со здоровьем населения, с другой стороны, несмотря на все замечания, говорит о том, что в период позднего сталинизма возможности получения медицинской помощи у рядовых граждан ощутимо возросли².

Видный американский исследователь Дэвид Хоффманн, рассматривая в своих работах советские модернизационные процессы 1920-1930-х гг., отмечает, что созданная в СССР модель здравоохранения не только была практическим продолжением модернизации общества, но и полностью подчинялась экономическим интересам государства, что, в свою очередь, было выражением общеевропейского тренда³.

Особый интерес представляют исследования британского историка Дональда Фильцера. Так, в его монографии «Опасности городской жизни в СССР в период позднего сталинизма: здоровье, гигиена и условия жизни, 1943-1953» основное внимание уделяется таким вопросам, как санитария и личная гигиена населения, рацион и качество питания, эпидемический контроль и детская смертность. Отмечая значительное снижение показателей детской смертности на рубеже 1940-х – 1950-х гг., предпосылки которого появились еще в годы войны,

¹ Nove A. Is the Soviet Union a Welfare State // Readings in Russian Civilization. Vol. III. / Ed. by Thomas Riha. Chicago, 1964. pp. 45-56.

² Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945-1953 годы / пер. с англ. Д.В. Михеля и В.А. Шубениной // Журнал социальной политики. 2007. Т. 5. № 4. С. 541-558.

³ Hoffmann D. L. Stalinist Values: The Cultural Norms of Soviet Modernity, 1917-1941. Ithaca, 2003; Хоффманн Д.Л. Возращивание масс. Современное государство и советский социализм. 1914-1939 Москва, 2018.

автор видит источники этого явления в реализации жестоких мер медико-санитарного контроля и использовании западных медицинских инноваций¹.

Продолжая анализировать проблему детской смертности в годы войны, в другой своей публикации Д. Фильцер в качестве причин ее снижения уже в 1943 г. выделяет целый комплекс факторов: ужесточение эпидемиологического контроля и санитарное просвещение, общее снижение рождаемости, развитие сети детских яслей и молочных кухонь, проведение летних оздоровительных кампаний и некоторое улучшение продовольственного снабжения к концу войны².

Реконструкции общей картины повседневной жизни советского тыла посвящена работа Д. Фильцера, вышедшая в свет в 2021 г. (в соавторстве с Вэнди Голдманом). В качестве отдельного вопроса в монографии рассматривается деятельность системы здравоохранения. По мнению авторов, в условиях острой нехватки медицинского медперсонала и слаборазвитой инфраструктуры главным фактором, позволившим предотвратить повальные эпидемии, стали мобилизационные усилия государства. В первую очередь, за счет создания санитарных кордонов и проведения дезинфекционных процедур на транспорте в 1942 г. удалось избежать повторения масштабной эпидемии тифа³.

Итак, анализ накопленных в литературе сведений о развитии здравоохранения военного периода показывает, что по данной проблематике до сих пор не было подготовлено фундаментального комплексного научного труда, как в масштабах Пензенской области, так и в масштабах всей страны. Для общей картины итогов научных изысканий по теме характерны следующие особенности: сохранение «традиционного» формата исследований, неравномерность глубины освещения отдельных аспектов функционирования отрасли (например, гипертрофированное внимание к деятельности эвакогоспиталей), переход на

¹ Фильцер Д. Опасности городской жизни в СССР в период позднего сталинизма: здоровье, гигиена и условия жизни, 1943-1953 / пер. с англ. П. С. Бавина и др. Москва, 2018.

² Фильцер Д. Спасая следующее поколение. Питание, здоровье и смертность среди грудных и маленьких детей в советском тылу в годы Второй мировой войны // Советский тыл 1941-1945: повседневная жизнь в годы войны / отв. сост. Б. Физелер и Р.Д. Марквик. Москва, 2019. С. 25-47.

³ Goldman W.Z., Filtzer D.A. Fortress Dark and Stern: The Soviet Home Front during World War II. Oxford, 2021.

региональный уровень осмысления проблемы, освещение проблем здравоохранения сквозь призму ряда сопутствующих сюжетов.

Можно с уверенностью констатировать, что, несмотря на пополнение историографии за последние три десятилетия немалым количеством новых работ, история медико-санитарной повседневности (собственно, как и новая история медицины в целом) в качестве самостоятельного направления на сегодняшний день в России находится лишь на этапе оформления научного интереса. При этом вне предметного поля исследователей остаются такие категории повседневности как медико-санитарные представления и поведенческие стратегии советского обывателя.

Осмысление региональной историографии позволяет говорить о том, что здравоохранение по-прежнему остается одной из слабо изученных страниц истории Пензенской области. В то же время рост глобальной международной напряженности, сохранение угрозы возникновения эпидемий в современных условиях выступают дополнительными стимулами разработки проблемы, что определяет научную востребованность исследования.

Исследовательская проблема данной работы заключается в определении степени эффективности функционирования системы здравоохранения в период Великой Отечественной войны на материалах конкретного тылового региона. Для осмысления данной проблемы необходимо не только рассмотреть результаты деятельности медико-санитарных органов по отдельным направлениям (лечение раненых воинов, оказание лечебно-профилактической помощи, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий), но и изучить круг факторов, оказывающих непосредственное влияние как на качество реализуемых медицинских мероприятий (степень отлаженности управленческого механизма, уровень развития инфраструктуры, ресурсного и кадрового обеспечения и др.), так и на состояние общественного здоровья в целом (образ жизни граждан, жилищные условия, материальное благосостояние, условия труда и др.). Комплексная оценка всех воздействующих факторов позволит адекватно расставить акценты в определении меры влияния системы здравоохранения на

состояние общественного здоровья, а также и определить роль здравоохранения в решении задач военного времени, в частности, в поддержании обороноспособности государства.

Целью данной работы является комплексный анализ факторов развития, особенностей организации, функционирования, основных направлений и результатов деятельности системы здравоохранения Пензенской области в 1941-1945 гг., специфики медико-санитарной ментальности населения региона в экстремальных условиях военного времени.

Реализация поставленной цели достигается посредством решения следующих исследовательских **задач**:

– исследовать структурные изменения, произошедшие в системе управления советским здравоохранением в 1918-1945 гг.;

– выявить ритмичность развития медико-санитарной сети Пензенской области;

– определить уровень кадрового и материально-хозяйственного обеспечения учреждений здравоохранения;

– провести анализ деятельности эвакогоспиталей Пензенской области по восстановлению здоровья раненых и больных бойцов Красной Армии и ее результатов;

– изучить особенности организации и результаты лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы медицинских учреждений Пензенской области;

– установить отличия в способах организации и качестве лечебно-санитарной помощи городскому и сельскому населению;

– рассмотреть бытовые условия жизни населения, основные факторы риска возникновения инфекционных заболеваний, показать их влияние на уровень санитарно-эпидемиологического благополучия населения Пензенской области;

– охарактеризовать уровень санитарной культуры и ключевые особенности адаптации населения к экстремальным практикам тыловой повседневности;

– проанализировать отражение вопросов санитарной культуры, санитарно-бытовых условий жизни и удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в 1941-1945 гг. в исторической памяти населения Пензенской области.

Источниковую базу исследования составляет широкий комплекс архивных и опубликованных материалов. На основе выделения видовых признаков их можно классифицировать в следующие группы: 1) нормативно-правовые акты; 2) делопроизводственные документы партийных и государственных органов; 3) статистические и справочные материалы; 4) материалы периодической печати; 5) документы личного происхождения; 6) материалы устной истории.

Большое значение для исследования состояния системы здравоохранения рассматриваемого периода имеют *законодательные и нормативные документы* советских управленческих структур различного уровня: постановления и решения ЦК ВКП (б), Верховного Совета СССР, Государственного комитета обороны СССР, Советов народных комиссаров и Наркоматов здравоохранения СССР и РСФСР, Пензенского обкома ВКП (б), облисполкома и областного отдела здравоохранения (далее – облздравотдел), изданные в 1917-1945 гг. Их анализ позволяет не только получить представление об основных принципах и направлениях реализации государственной политики в области охраны здоровья населения, но и рассмотреть развитие системы здравоохранения в контексте конкретных социально-экономических обстоятельств военного времени. Указанные документы исследовались как на основе опубликованных источников (сборники документов и электронные ресурсы), так и неопубликованных материалов, содержащихся в фондах Государственного архива Пензенской области (далее – ГАПО).

Основу источниковой базы исследования составила *делопроизводственная документация*, которая практически не опубликована и вводится в научный оборот впервые. Большинство этих документов были извлечены из фондов Государственного архива Российской Федерации (далее – ГАРФ), Российского государственного архива экономики (далее – РГАЭ) и ГАПО.

Наиболее содержательные сведения о показателях развития регионального здравоохранения, отраженные в годовых отчетах отдела здравоохранения Пензенского облисполкома о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений, были получены из фонда Министерства здравоохранения СССР (Ф. Р-8009) ГАРФ.

Из числа фондов ГАПО следует особенно выделить материалы фонда Пензенского областного отдела здравоохранения (Ф. р-1320), которые включают: отчеты и доклады о состоянии здравоохранения и санитарно-эпидемиологической обстановке в регионе, отчеты отдельных райздравотделов и медицинских учреждений, докладные записки и деловую переписку, контрольные документы, материалы обследований и проверок работы медицинских учреждений, протоколы совещаний и собраний медицинских работников. Внушительная доля этих материалов посвящена эвакогоспиталям Пензенской области.

Следует сказать, что в ходе их исследования были обнаружены некоторые расхождения в данных о количественном развитии госпитальной базы региона с конца 1942 и до 1945 гг. Подобные недочеты, на наш взгляд, обусловлены достаточно высокой динамикой колебаний сети эвакогоспиталей, двойственностью управления ими, различными методиками подсчета и элементарными ошибками в расчетах. В то же время их наличие не является катастрофическим и при сопоставлении данных не мешает воссозданию общей картины развития госпитальной сети.

Широкий круг вопросов, связанных с состоянием и проблемами развития здравоохранения области (справки, докладные, объяснительные записки), представлен в документации Пензенского обкома ВКП (б) (Ф. п-148). Данный фонд также содержит подробнейшие сведения о работе местного комитета помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии.

Важные сведения о санитарном состоянии населенных пунктов региона, развитии санитарно-эпидемической ситуации и некоторых направлениях деятельности санитарно-противоэпидемических органов и учреждений в

Пензенской области содержит фонд Пензенского института эпидемиологии и микробиологии (Ф. р-1197). К сожалению, говоря о наличии источников по вопросам деятельности санитарно-эпидемиологических органов, необходимо отметить отсутствие развернутых годовых отчетов о деятельности областной санитарно-эпидемиологической станции (далее – СЭС) и Государственной санитарной инспекции (далее – ГСИ) в военный период. Единственный сохранившийся отчет о работе этих структур за 1945 г. был извлечен из делопроизводственных материалов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» (далее – «ЦГиЭ ПО»).

Ценнейшие данные о демографическом развитии Пензенской области дает фонд Центрального статистического управления Госплана СССР (РГАЭ, Ф.1562).

Вместе с тем серьезным недостатком, ограничивающим возможности проведения анализа смертности населения Пензенской области, является отсутствие сведений о причинах смертности сельских жителей, поскольку в силу нехватки на селе медицинских кадров, способных сделать квалифицированное заключение о смерти, статистика причин смертности в рассматриваемый период не велась. Попытка компенсировать этот недочет за счет использования данных о структуре смертности по городским поселениям также лимитируется наличием таковых, начиная лишь с 1943 г. Поэтому единственным вариантом, позволившим получить представление о трансформации структуры причин смертности населения региона, стало привлечение соответствующей статистики по г. Пензе за 1940-1945 гг., сохранившейся в материалах РГАЭ (Ф. 1562) и ГАПО (Ф. р-921 и Ф. р-568). Тем более, как отмечают авторы монографии «Населения России в XX веке: Исторические очерки», структура смертности сельских жителей по причинам во многом (если не во всем) совпадала с таковой по городскому населению¹.

Краткие сведения о численности амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, коечного фонда, медицинских кадрах, рождаемости и смертности населения Пензенской области по состоянию на 1940 и 1945 г.

¹ Население России в XX веке: Исторические очерки. В 3-х т. Т. 2. С. 124.

представлены в *статистических сборниках*, опубликованных уже в послевоенный период¹.

В исследовании используются *материалы центральных и местных периодических изданий*: «Правда», «Советское здравоохранение», «Сталинское знамя». В них освещались актуальные задачи здравоохранения военного периода, деятельность медицинских учреждений и их персонала, в том числе и критически, описывалось санитарное состояние населенных пунктов, проводилась агитация с целью привлечения граждан к различным формам участия в санитарной очистке городов, осуществлялась пропаганда медицинских и санитарно-гигиенических знаний.

Не менее полезны *документы личного происхождения* (дневниковые записи, мемуары, письма и др.), содержащие ценные воспоминания о повседневной деятельности медицинских работников и бытовой сфере жизни рядовых граждан. Их основная часть извлечена из фонда «Коллекция документальных материалов по истории Пензенского края» (Ф. р.-2378) ГАПО. Осуществить реконструкцию повседневной истории эвакуационных госпиталей в «измерении» непосредственных получателей медицинской помощи – раненых бойцов Красной Армии – позволило привлечение такого источника, как письма и жалобы раненых, которые находятся на хранении в ГАПО (Ф. р-1320).

Отдельную группу источников составляют *материалы устной истории*, которые в данном исследовании разделены на две группы. *Первую группу* составляют воспоминания современников изучаемых процессов о повседневной жизни и быте в годы Великой Отечественной войны, записанные в различные годы их родственниками, краеведами и работниками местных культурных и образовательных учреждений, и объединенные в электронной информационной базе данных «Дети войны»².

¹ См., например: Пензенская область за сорок лет Советской власти. 1917-1957. Пенза, 1957; Пензенская область за 50 лет Советской власти. Статистический сборник. Саратов-Пенза, 1967.

² Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru> (дата обращения: 06.07.2023)

Вторая группа представлена материалами, полученными автором в ходе полевых исследований. С целью реконструкции медико-санитарных аспектов повседневной жизни населения Пензенской области в военную эпоху нами была разработана анкета, включающая 128 вопросов, разбитых на 7 тематических блоков (см. приложение 1). На следующем этапе автором в течение 2021-2022 гг. были опрошены и проанкетированы 56 респондентов 1924-1940 годов рождения. Среди них 79% составляют женщины, 21% – мужчины. В возрастной структуре преобладают лица, родившиеся в 1936-1940 гг. (50%) и 1931-1935 гг. (34%); в этноконфессиональной структуре – русские православного вероисповедания (95%). Более 90% участников опроса в период войны проживали в сельской местности (на территории Башмаковского, Беднодемьяновского, Вадинского, Голицынского, Головинщинского, Городищенского, Кузнецкого, Мокшанского, Неверкинского, Н-Ломовского, Наровчатского, Пачелмского, Сердобского, Тамалинского, Телегинского, Чембарского районов), остальные – в городах и поселках городского типа (г. Пенза, г. Кузнецк, р.п. Мокшан). Обработка и анализ данных анкетирования осуществлялись с помощью онлайн-сервиса «Google Формы».

Полученные материалы представляют особую ценность для нашего исследования. Они не только формируют источниковую базу для изучения таких элементов повседневной жизни населения, как бытовые условия, гигиеническая культура, медико-санитарные представления и поведенческие стратегии, но и позволяют оценить степень развития региональной сети здравоохранения, уровень доступности и качество оказываемой ею помощи через призму социальных перцепций отдельных индивидов. Они также дают возможность провести корреляцию с оценками состояния отрасли здравоохранения официальными органами, тем самым способствуя более глубокому осмыслению рассматриваемых процессов.

Между тем следует отметить ряд обстоятельств, затрудняющих работу с ними.

1. Вследствие ограниченности исторического источника памятью респондента получение информации по всем интересующим вопросам становится достаточно затруднительным. Такая ситуация, как правило, порождает необходимость перефразирования, конкретизации вопроса или его рассмотрения под другим углом.

2. Жизненный опыт и знания, полученные очевидцами войны в зрелом возрасте, могли в значительной степени деформировать их представления и воспоминания о войне. По сути, к настоящему времени они представляют собой синтез ментальных образов военного времени, детерминированных личным или семейным опытом, и ментальных наслоений более поздних эпох.

3. Для каждого отдельного респондента характерно субъективное восприятие окружающей его санитарной действительности, обусловленное уникальностью условий повседневной жизни человека (уровнем развития знаний, гигиенической культуры, доступности материальных благ и пр.).

4. Оценка уровня обеспеченности отдельными видами материальных благ и общего уровня жизни у значительной части респондентов сопровождалась ярким стремлением к усреднению реальных жизненных обстоятельств – «было как у всех», их сильным умалением – «не было ничего», или, в меньшей степени, приукрашиванием – «было только у нас».

Вместе с тем воспоминания и сведения, полученные в ходе опросов, обладают достаточной степенью репрезентативности. Массовое привлечение свидетельств современников войны, находившихся в целом в схожих обстоятельствах, их тщательный критический анализ, а также выявление общих универсалий, не игнорируя при этом полностью индивидуальные компоненты, обеспечивает возможность достаточного успешного воссоздания поведенческих мотивов и программы типизированного обывателя.

Таким образом, представленная в работе источниковая база позволяет получить разноаспектную информацию по рассматриваемым вопросам и решить поставленные в исследовании задачи.

Методологические основы исследования.

В основу методологии исследования положен **междисциплинарный подход** к научному познанию, который предполагает не только применение в историческом исследовании методов других наук, но и позволяет провести целостное исследование объекта за счет анализа данных, полученных специалистами других областей научного знания. Методологическая база исследования также включает относительно новые подходы к анализу исторического процесса: **новая история медицины и история повседневности**.

Новая история медицины оформилась в самостоятельное направление как одна из ветвей новой социальной истории в англо-американской историографии в 60-х – 70-х гг. XX в. В отличие от традиционной истории медицины, создававшейся профессиональными медиками, чьи работы были направлены на фиксацию приращения нового медицинского знания и изучения жизненного пути выдающихся представителей медицины, новое направление развивается уже профессиональными историками. Они отдают предпочтение объяснению причинно-следственных связей, рассматривая развитие медицинской отрасли в контексте социальных, политических, культурных и экономических сдвигов¹. Новый подход позволяет осмыслить поведенческие практики населения в сфере здоровьесбережения через анализ медико-санитарных представлений. В этом смысле новая история медицины носит антропологический характер и своим предметным полем соприкасается с историей повседневности.

В отечественной исторической науке понятие повседневности вводится в научный оборот во второй половине 1980-х гг., между тем вопрос о его содержании до сих пор остается дискуссионным. Наиболее обоснованной представляется теоретическая конструкция, разработанная К.Н. Любутиным и П.Н. Кондрашовым и получившая дальнейшее развитие в трудах Н.Л. Пушкаревой и С.В. Любичанковского. Исследователи трактуют повседневность

¹ Соколов А.Б. История исторической науки. Современные западные направления: учеб. пособие для академического бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. Москва, 2016. С. 53-54; Афанасьева А.Э. Новая история медицины в начале XXI века: основные тенденции развития // Преподаватель XXI век. 2016. № 4-2. С. 487.

как совокупность повседневного бытия (рутинные практики по удовлетворению потребностей) и обыденного сознания (субъективное отражение взаимодействия с реалиями окружающего мира через мысли и эмоциональные переживания в сознании людей)¹. Таким образом, к структурам медико-санитарной повседневности следует относить: социальные представления, так или иначе отражающие состояние медицинской и гигиенической сфер; поведенческие шаблоны и стратегии, направленные на сохранение или восстановление здоровья; непосредственные действия по их реализации; рефлексию полученного опыта. Совпадение предметного поля медико-санитарной повседневности позволяет рассматривать это понятие как тождественное гигиенической (санитарной) культуре, понимаемой как совокупность специфических знаний, умений, навыков, ценностных ориентаций, взглядов, убеждений, поведенческих стратегий, направленных на сохранение здоровья, которые выработаны в процессе материальной и духовной деятельности общества и закрепились в общественном сознании и практике.

Не менее значимым для решения поставленных задач является применение **системного и комплексного** подходов, позволяющих рассмотреть общественное здоровье как сложный комплекс разноплановых факторных характеристик, включающий как состояние и деятельность государственных органов здравоохранения (сеть и кадры учреждений, уровень их материально-хозяйственного обеспечения, система мероприятий и пр.), так и объективное влияние окружающей человека среды, с ее природными (климатические и экологические условия) и социальными (условия труда и быта, образ жизни) факторами.

¹ Любутин К.Н., Кондрашов П.Н. Диалектика повседневности: методологический подход. Екатеринбург, 2007. С. 260; Пушкарева Н.В., Любичанковский С.В. Понимание истории повседневности в современном историческом исследовании: от школы Анналов к российской философской школе // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. 2014. № 1. Т. 4. С. 13.

Методы исследования.

В исследовании используется **проблемно-хронологический подход**, дающий возможность отследить и проанализировать эволюцию основных факторных характеристик на протяжении всего военного периода.

Исследование осуществляется в соответствии с **принципом историзма**, предполагающим рассмотрение процессов здравоохранения в их последовательном нециклическом развитии и взаимодействии.

При сравнении одинаковых по сущности процессов, протекающих как в общегосударственных, так и в региональных масштабах (динамика сети, кадров, заболеваемости и др.), а также в населенных пунктах различного типа (село и город) наиболее целесообразно использовать **компаративный метод**.

Введение в научный оборот значительного объема статистических материалов (данные по сети, кадрам, финансировании, заболеваемости, смертности и др.) требует активного применения **квантитативного метода**.

Необходимостью анализа большого объема цифровых данных обусловлено использование **графического метода**, позволяющего наглядно и удобно для восприятия представить исследуемые тенденции.

Наряду с анализом точных статистических данных для воссоздания полной картины состояния общественного здоровья и формирования представления об эффективности деятельности государственного здравоохранения необходимо научное осмысление субъективных интерпретаций окружающей медико-санитарной действительности рядовыми обывателями. Этим продиктовано обращение к методу **устной истории**, предполагающему беседу с живыми участниками событий, а также их тематическому **анкетированию**, приближенному к интервьюированию как вспомогательному способу, позволяющему стандартизировать получаемые данные.

Таким образом, комплексное применение конкретно-исторических и междисциплинарных методов позволяет успешно решить поставленные исследовательские задачи.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нем впервые на основе междисциплинарного подхода предпринят комплексный анализ институциональных, экономических, социальных и социокультурных аспектов деятельности здравоохранения Пензенской области в экстремальных условиях Великой Отечественной войны.

В исследовании на основе применения широкого комплекса неопубликованных источников, впервые введенных в научный оборот, раскрывается проблема влияния состояния материально-хозяйственной базы и кадровой обеспеченности медицинских учреждений на качество медико-санитарного обслуживания населения. Впервые рассматриваются основные факторы, оказывающие негативное воздействие на эпидемиологическую обстановку в регионе. Определяется эффективность организации медицинского обслуживания посредством анализа результатов деятельности местных эвакогоспиталей, лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы гражданского здравоохранения, динамики и структуры заболеваемости и смертности населения.

Благодаря привлечению источников личного происхождения и уникального полевого материала получено представление об уровне санитарной культуры, а также проанализированы ключевые особенности адаптации населения к экстремальным практикам тыловой повседневности.

Теоретическая значимость исследования. Проведенное исследование имеет важное теоретико-методологическое значение, т.к. полученные результаты будут способствовать дальнейшему приращению научного знания по изучению социальных институтов и практик, сложившихся в экстремальных условиях Великой Отечественной войны в системе здравоохранения тыловых российских регионов. Это позволит сформировать научную концепцию, раскрывающую факторы адаптации и развития, региональную специфику, критерии оценки эффективности и результаты социально-политического взаимодействия по сохранению и восстановлению здоровья населения в определенный исторический период.

Практическая значимость исследования заключается в том, что его материалы могут быть использованы организаторами здравоохранения при разработке программ развития и реформирования отрасли, использоваться в краеведческой, научно-просветительской и воспитательной работе, а также послужить базой при создании обобщающих трудов, при разработке учебных курсов по отечественной истории и краеведению для образовательных учреждений общего и профессионального образования.

Положения, выносимые на защиту:

1. Военная трансформация модели управления здравоохранением не затронула структурных основ и принципов довоенной управленческой системы. Она в основном завершилась уже к концу 1941 г. и в дальнейшем серьезным изменениям не подвергалась. Создание новых руководящих структур и межведомственное разграничение полномочий, проведенные в экстренном режиме, в полной мере не устранили двойственности управления эвакогоспиталями и породили новые сложности взаимодействия внутри- и межведомственного характера. Некоторые из них были устранены на начальном этапе войны, другие же сохранялись на протяжении всего военного периода.

2. К началу Великой Отечественной войны система здравоохранения Пензенской области находилась в стадии становления, что не позволяло в должной мере обеспечить потребности населения в медицинской помощи и было явно несоизмеримо с грузом новых задач, поставленных военным временем. В то же время арсенал методов управления был ограничен возможностями перераспределения имеющихся ресурсов и надеждами на увеличение объема бюджетных ассигнований.

3. В годы войны в регионе была создана крупная госпитальная база, показатели развития которой более чем в 10 раз превзошли довоенные плановые показатели по числу эвакогоспиталей, и более чем в 15 раз – по мощности коечного фонда. Динамика ее развертывания и специализация коечного фонда определялись прежде всего актуальной оперативно-стратегической обстановкой. Несмотря на экстремальные условия, сеть гражданских учреждений на начальном

этапе войны оставалась достаточно стабильной, а с 1943 г. начала стремительно расти, значительно превзойдя довоенные показатели.

4. Крайне негативное влияние на работу учреждений здравоохранения оказывал существовавший кадровый голод, характерный еще для довоенного периода, и обусловленный отсутствием в регионе собственного высшего медицинского учебного заведения, мобилизацией медиков в армию и эвакогоспитали. Степень остроты кадровой проблемы на различных этапах войны была неодинаковой. Реализуемые органами здравоохранения мероприятия позволяли получить минимум кадровых ресурсов для решения оперативных задач, но в то же время давали лишь временный эффект, сопровождавшийся заметными издержками. Так, наиболее очевидным из частных проявлений этих издержек являлась непомерная нагрузка на медработников, которая негативно отражалась на доступности и качестве медико-санитарной помощи, оказываемой населению.

5. Специфической чертой финансирования здравоохранения Пензенской области в рассматриваемый период был постоянный рост отраслевых бюджетных ассигнований. Вместе с тем вследствие неотлаженности местного механизма финансирования отрасли, а также не всегда рационального постатейного распределения расходов без учета реального положения дел (низкого кадрового потенциала, спада производства в легкой промышленности и сельском хозяйстве, логистических проблема и пр.) наблюдалось неполное освоение отпускаемых средств и неудовлетворительное материально-хозяйственное обеспечение эвакогоспиталей и гражданского сектора.

6. Высокие показатели возвращения в строй раненых воинов (около 68%), достигнутые эвакогоспиталями Пензенской области, были обусловлены не только качественной постановкой лечебной работы и усилиями медперсонала, но и, в неменьшей степени, поступлением в 1941-1943 гг. в эвакогоспитали преимущественно контингентов с повреждениями легкой и средней тяжести, у которых вероятность обеспечения положительных исходов лечения была заведомо выше.

7. Не имея возможности и ресурсов для существенного улучшения санитарно-эпидемической обстановки в регионе, органы здравоохранения тем не менее обеспечили условия для снижения степени негативного влияния экстремальных факторов. Сосредотачиваясь главным образом на массовой вакцинации населения и максимальной локализации и устранении эпидемических очагов, они смогли не допустить развития эпидемий.

8. По уровню доступности медицинской помощи, как стационарной, так и амбулаторной, в функционировании системы здравоохранения наблюдался явный разрыв в обеспечении городского и сельского населения. Такая ситуация была следствием целенаправленной государственной политики, вытекающей из социально-экономических и оборонных приоритетов, в системе которых здоровье и трудоспособность населения являлись не столько самостоятельными ценностями, сколько средствами решения масштабных стратегических задач.

9. В условиях дефицита материальных ресурсов, недостаточного распространения основ гигиенических знаний и слабой доступности профессиональной медицинской помощи население индифферентно относилось к соблюдению правил личной гигиены, а в случае возникновения заболеваний вынужденно обращалось к традиционным методам восстановления здоровья.

Степень достоверности результатов исследования.

Достоверность результатов исследования обеспечивается положенными в его основу научными принципами, корректным использованием общенаучных и специально-исторических методов, соответствующих объекту, предмету, цели и задачам исследования, а также привлечением широкого круга исторических источников максимально доступного видового разнообразия.

Апробация результатов исследования. По тематике исследования опубликовано 14 научных статей, в том числе 5 статей в изданиях, включенных в перечень ведущих рецензируемых научных журналов, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства науки и высшего образования РФ, и 1 статья в издании, включенном в базу данных Web of Science.

Положения и результаты исследования были представлены и обсуждены в ходе работы VII Международной научной конференции, посвященной 180-летию со дня рождения В.О. Ключевского «Творческое наследие В.О. Ключевского в истории, культуре, литературе» (Пенза, 23 сентября 2021 г.); XIII Международной научно-практической конференции преподавателей, аспирантов, студентов и практиков, посвященной 65-летию Пензенского филиала Финансового университета при Правительстве РФ «Управление реформированием социально-экономического развития предприятий, отраслей, регионов» (Пенза, 11 ноября 2022 г.); XIV Всероссийской научно-практической конференции «Национальная безопасность и государственные интересы России» (Пенза, 8 февраля 2021 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию начала Великой Отечественной войны «Великая Отечественная война 1941-1945 гг.: в памяти народа, медиaprостранстве и оценках современных исследователей» (Пенза, 15 апреля 2021 г.); VII Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 82-летию Педагогического института им. В.Г. Белинского Пензенского государственного университета «Педагогический институт им. В.Г. Белинского: традиции и инновации» (Пенза, 17 декабря 2021 г.); XXIII и XXIV Всероссийских научно-практических конференциях «Лебедевские чтения» (Пенза, 2022, 2023гг.); Межрегиональной научно-практической конференции «Трудовой подвиг жителей городов Пенза и Боровичи в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Два города – одна трудовая судьба» (города, удостоенные почетного звания РФ «Город трудовой доблести») (Пенза-Боровичи, 5 мая 2022 г.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационное исследование соответствует п. 6 «История повседневной жизни различных слоев населения страны на соответствующем этапе ее развития», п. 11 «Социальная политика государства и ее реализация в соответствующий период развития страны», п. 22 «История Великой Отечественной войны», п. 28 «Историческая демография России» паспорта научной специальности 5.6.1. Отечественная история.

Структура диссертации соответствует целям и задачам исследования и включает введение, две главы, состоящие из 8 параграфов, заключение, список использованных источников и литературы, список сокращений, приложения. В основной части последовательно анализируется состояние системы здравоохранения, деятельность медицинских учреждений и практики здоровьесбережения населения Пензенской области в период Великой Отечественной войны.

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

1.1. Создание и трансформация системы управления здравоохранением

К концу 1930-х гг. советское здравоохранение представляло собой сложившуюся систему органов управления, общественных объединений, профильных учреждений, деятельность которых была направлена на решение актуальных задач по сохранению здоровья населения. В ее основе лежала так называемая «модель Семашко», основными декларируемыми принципами которой, являлись государственный характер, единство и плановость, бесплатность и общедоступность медицинской помощи, неразрывная связь науки с практикой, профилактическое направление, широкое участие трудящихся в деле народного здравоохранения¹.

Новая уникальная система охраны здоровья населения формировалась под прямым влиянием масштабных социально-культурных и политических катаклизмов, а также в условиях реализации государством грандиозных хозяйственных проектов первых десятилетий советской власти, которые влекли за собой значительные изменения организационно-управленческих основ отрасли. Краткий ретроспективный анализ изменений этих системообразующих элементов является основой для анализа эффективности управления и развития всей системы здравоохранения предвоенного и военного периодов.

В дореволюционной России общенациональный орган управления здравоохранением как таковой отсутствовал, охраной общественного здоровья занимались различные государственные ведомственные органы, общественные и частные учреждения. Несмотря на существование с сентября 1916 г. по февраль 1917 г. Главного управления государственного здравоохранения Российской

¹ Сорок лет советского здравоохранения... С. 10.

Империи на правах министерства, а также попытки регулирования медицинского дела со стороны Временного правительства (работа Центрального врачебно-санитарного совета при Временном правительстве), в России так и не сложилось единой государственной системы управления здравоохранением¹.

Придя к власти, большевики не сразу пошли по пути создания единого отраслевого наркомата (ведомства). 26 октября 1917 г. при Военно-революционном комитете учреждается Медико-санитарный отдел, переданный 5 декабря 1917 г. в ведение Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов. Отделу поручалась организация медицинской помощи рабочим и солдатам, перестройка врачебно-санитарного дела в стране на новых началах. Для управления медико-санитарным делом в созданных отраслевых комиссариатах (внутренних дел, путей сообщения, государственного призрения, просвещения) были организованы врачебные коллегии².

Декретом СНК РСФСР от 24 января 1918 г. был образован первый «высший медицинский орган Рабочего и Крестьянского правительства» РСФСР – Совет Врачебных коллегий, объединивший Медицинские коллегии всех Наркоматов. Его председателем был назначен А.Н. Винокуров, заместителями председателя – В.М. Бонч-Бруевич и М.И. Барсуков³. Работа Совета сопровождалась не только неизбежными организационными противоречиями, но и скрытой борьбой различных врачебных группировок. Все это обосновывало необходимость организации самостоятельного отраслевого наркомата⁴. Декретом СНК РСФСР от 11 июля 1918 г. вместо Совета врачебных коллегий для руководства всеми медико-санитарными учреждениями страны был организован Народный

¹Егорышева И.В., Чалова В.В. Организация и деятельность Главного управления государственного здравоохранения в России (сентябрь 1916 г. – февраль 1917 г.) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. № 27(6). С. 1108; Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения... С. 38.

²Сорок лет советского здравоохранения... С. 38.

³Сорок лет советского здравоохранения... С. 41.

⁴Голубев А.А. Правовое регулирование отечественного здравоохранения в 1917-1941 гг. дис. канд. юрид. наук. Москва, 2010. С. 27.

комиссариат здравоохранения. Наркомом здравоохранения был назначен Н.А. Семашко, его заместителем – З.П. Соловьев¹.

Положением «О народном комиссариате здравоохранения», утвержденным Декретом СНК РСФСР от 18 июля 1918 г., определялась организационная структура нового ведомства, включавшая пять отделов: военно-санитарный, гражданской медицины (земской и городской), страховой медицины, школьно-санитарный (учебно-медицинские учреждения, находящиеся в ведении Народного Комиссариата Просвещения), путей сообщения (с подотделами – железнодорожным, водных путей, ветеринарным). Для разработки научно-практических вопросов при Наркомате был образован Ученый медицинский совет, а также Центральный медико-санитарный совет как совещательный орган при участии представителей рабочих организаций. Низовым уровнем управления становятся Медико-санитарные отделы, созданные при местных Советах рабочих и крестьянских депутатов².

Как отмечает Ю.М. Комаров, структура НКЗ носила объединяющий характер, поскольку концентрировала в себе все виды ведомственной медицины, что для того времени было крайне необходимым и целесообразным. Вместе с тем, нельзя не отметить определенный синкретизм в определении функционала Наркомата здравоохранения (разработка и подготовка законодательных норм в области медико-санитарного дела; наблюдение и контроль за применением этих норм и принятие мер к неуклонному их выполнению; издание общеобязательных для всех учреждений и граждан РСФСР распоряжений и постановлений в области медико-санитарного дела; содействие всем учреждениям Республики в осуществлении медико-санитарных задач и др.). В последующем, в период Гражданской войны и в годы послевоенной разрухи, стало очевидным, что ведомственная структура комиссариата не соответствовала актуальным задачам,

¹ Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения: Декрет СНК РСФСР от 11.07.1918. Текст: непосредственный // Известия. 1918. № 173. 14 августа.

² О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение): Декрет СНК РСФСР от 18.07.1918. Текст: непосредственный // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917-1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. Москва, 1942. С. 688-689.

стоящим перед здравоохранением, не отражала медицинской и санитарно-эпидемиологической ситуации в стране, когда на первое место вышли проблемы борьбы с массовыми инфекционными заболеваниями, голодом и т.д.¹

Начало комплексной санитарно-эпидемиологической деятельности было положено Декретом СНК РСФСР «О санитарных органах Республики» от 15 сентября 1922 г. Нормативным актом был не только обозначен круг задач санитарных органов, сосредоточенных в Наркомате здравоохранения РСФСР и в местных отделах здравоохранения, но и сформулирован перечень прав санитарных врачей в области предупредительного санитарного надзора².

С изменением социально-экономической ситуации в стране возникла необходимость корректировки государственной политики в области управления здравоохранением. Постановлением ВЦИК от 19 ноября 1926 г. упразднились общие отделы уездных и окружных исполнительных комитетов с образованием вместо них отделов народного образования, здравоохранения и местного хозяйства³.

В новом Положении о Народном комиссариате здравоохранения РСФСР, утвержденном Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 28 марта 1927 г., произошло значительное расширение и уточнение функций комиссариата, которые теперь были определены вопросами медицинского обслуживания различных групп населения (материнство и детство, дети и подростки, инвалиды войны и труда, военнослужащие РККА и др.), а также вопросами развития отдельных направлений практической деятельности (организация и руководство санитарным делом и проведение общесанитарных мероприятий; общее руководство проведением мероприятий по предупреждению эпидемических

¹ Комаров Ю.М. Метаморфозы или эволюция организационной структуры Министерства здравоохранения в России. Текст: электронный // VIPERSON.RU: сайт. 2008. 23 марта. URL: <http://viperson.ru/articles/yuriy-komarov-metamorfozy-ili-evolyutsiya-organizatsionnoy-struktury-ministerstva-zdravoohraneniya-v-rossii-prodolzhenie> (дата обращения: 02.10.2022).

² Давыдова Т.В. Становление системы советского здравоохранения: миф или реальность // История в подробностях. 2013. № 4(34). С. 27.

³ Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940: сборник документов и материалов / Редкол.: М.И. Барсуков и др. Москва, 1973. С. 42.

заболеваний и борьба с ними; организация и проведение борьбы с социальными и профессиональными болезнями; организация санитарного просвещения и проведение санитарно-просветительных мероприятий; организация дела медицинского снабжения и обеспечения населения медицинской и лекарственной помощью и др.)¹.

Новая структура комиссариата приобрела структурно-функциональный характер, вместо многочисленных отделов было образовано шесть управлений по различным сферам деятельности (административно-финансовое управление, санитарно-профилактическое управление, лечебное управление, медико-санитарное управление путей сообщения, военно-санитарное управление РККА, Главное курортное управление). В составе комиссариата на правах совещательного органа был выделен Ученый медицинский совет.

Ввиду сложности межведомственного взаимодействия и руководства Военно-санитарным управлением РККА и Медико-санитарным управлением путей сообщения данные структуры были переданы в ведение Наркомата по военным и морским делам (1929 г.) и Наркомата путей сообщения (1931 г.) соответственно².

Начавшаяся в конце 1920-х гг. форсированная экономическая модернизация страны поставила проблему организации соответствующего уровня медицинской помощи. С принятием Постановления ЦК ВКП (б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 г. и одобрением в марте VII-м Всероссийским съездом здравоохранения первого пятилетнего плана развития здравоохранения, оказанию медицинской помощи был юридически предан классовый и плановый характер. Предусматривался дифференцированный подход к организации медицинской помощи различным группам населения в зависимости от их роли в социалистическом строительстве, закреплялись

¹ Об утверждении Положения о Народном комиссариате здравоохранения РСФСР: Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 28.03.1927. Текст: электронный // LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов СССР: сайт. 2011. URL: https://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_3241.htm (дата обращения: 08.09.2022).

² Здравоохранение в годы восстановления... С. 126-127, 153-154.

различия в медико-санитарном обеспечении населения промышленных и сельскохозяйственных территорий страны¹. Такое положение явно расходилось с провозглашенным еще в 1918 г. I-ым Всероссийским Съездом медико-санитарных отделов Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов принципом общедоступности медицинской помощи.

Колоссальный рост промышленного производства потребовал переориентации профилактической деятельности преимущественно на противоэпидемическую работу и санитарный надзор. Реализация этой задачи вела к постепенному созданию широкой сети санитарно-противоэпидемических учреждений. В 1930-х гг. в стране началось развитие массовой сети, уже действовавших ранее, комплексных учреждений – санитарно-эпидемических станций.

С целью усиления санитарного надзора, Постановлением ЦИК и СНК СССР от 23 декабря 1933 г. в составе Наркоматов здравоохранения союзных республик, при Наркоматах здравоохранения автономных республик и органах здравоохранения исполнительных комитетов автономных областей, краев, областей и городских советах были образованы санитарные инспекции, а при районных исполкомах устанавливались должности санитарных инспекторов².

Постановлением СНК СССР от 26 июня 1935 г. был создан единый общесоюзный орган – Всесоюзная государственная санитарная инспекция (ВГСИ) при СНК СССР, на которую возлагались широкие полномочия в области предупредительного санитарного надзора и общего наблюдения за деятельностью органов здравоохранения и ведомственных санитарных служб в области текущего санитарного надзора и противоэпидемической работы. Непосредственное руководство инспекцией осуществлял Главный государственный санитарный инспектор СССР, назначаемый СНК СССР. В крупнейших промышленных

¹Егорышева И.В., Шерстнева Е.В. Охрана здоровья промышленных рабочих в годы восстановления и индустриализации страны (к 100-летию Народного комиссариата здравоохранения РСФСР) // Здравоохранение Российской Федерации. 2017; 61(4): С. 222.

² Об организации государственной санитарной инспекции: Постановление ЦИК и СНК СССР от 23.12.1933 // Здравоохранение в годы восстановления... С. 200-201.

районах и важнейших пунктах пищевой, рыбной и консервной промышленности вводился институт Уполномоченных ВГСИ и непосредственно подчиненных им санитарных инспекторов¹.

В середине 1930-х гг. снова подвергалась изменению структура Наркомздрава РСФСР. Одной из причин реформирования стала серьезная критика работы наркоматов здравоохранения, как со стороны отдельных советских лидеров (Л.М. Кагановича, И.В. Сталина), так и со стороны высших государственных органов².

Для устранения выявленных недостатков и улучшения руководства здравоохранением Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 1 сентября 1935 г. была проведена реорганизация НКЗ РСФСР. Новая структура отражала функционально-отраслевую модель управления и включала: 12 управлений, 6 самостоятельных отделов, ряд совещательных, вспомогательных и хозяйственных органов. Управления отвечали за руководство отраслями здравоохранения (лечебно-профилактическая работа, противоэпидемическая работа, охрана материнства и детства, охрана здоровья детей и подростков и др.), а отделы вели специализированную и организационную работу (борьба с малярией, организация новой медицинской промышленности, планово-финансовая работа и др.)³.

Необходимость координации работы республиканских Наркоматов здравоохранения, а также важность проведения в СССР единой политики в области охраны здоровья населения, обусловили создание 20 июля 1936 г. союзно-республиканского Наркомата здравоохранения. В его введение передавалась Всесоюзная государственная санитарная инспекция, деятельность которой по-прежнему регулировалась Положением 1935 г.⁴

¹ О Всесоюзной государственной санитарной инспекции (Положение): Постановление СНК СССР от 26.07.1935 // Здравоохранение в годы восстановления... С. 235-238.

² Голубев А. А. Правовое регулирование отечественного здравоохранения... С. 55.

³ О реорганизации народного комиссариата здравоохранения РСФСР: Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 01.09.1935 // Здравоохранение в годы восстановления... С. 238-240.

⁴ Об образовании Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР: Постановление ЦИК СССР № 68, СНК СССР № 1298 от 20.07.1936 // Собрание законов СССР. 1936. № 40. Ст. 337.

Первоначальная организационная структура НКЗ СССР была закреплена в постановлении СНК СССР от 3 октября 1938 г. После ее незначительной корректировки в 1940 г. довоенная трансформация структуры НКЗ СССР, как и, в целом, системы управления здравоохранением СССР завершилась¹.

Таким образом, к началу 1940-х гг. в стране за достаточно короткое время была создана государственная система специализированных органов управления медицинским делом, высшим руководящим звеном которой являлся Наркомздрав СССР, возглавляемый с 1939 г. Г.А. Митеревым. В соответствии с Постановлением СНК СССР «Об организационной структуре Народного комиссариата здравоохранения СССР» от 1 июля 1940 г., его структура включала органы по управлению медицинской сетью, отраслями медицинской промышленности, снабжением здравоохранения, подготовкой медицинских кадров, медицинской наукой, ряд вспомогательных органов и Всесоюзную государственную санитарную инспекцию (подробнее см. приложение 2).

В непосредственном подчинении Наркомата здравоохранения состояли Всесоюзный институт экспериментальной медицины имени Горького (ВИЭМ) с филиалами в Ленинграде и Сухуми, Институт эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности имени академика Павлова, Институт патологии и терапии интоксикации, Центральный институт санитарной культуры, Центральное методическое бюро санитарной статистики, а также ряд других специализированных органов и учреждений. Штат сотрудников Наркомата здравоохранения был сокращен с 4974 до 4230 человек².

Как видим, накануне войны НКЗ СССР имел достаточно развитую структуру, в развитии которой прослеживается тренд на централизацию, выражающийся в расширении административного управления учреждениями разного типа в рамках функционально-отраслевой организационной структуры управления. Вместе с тем, утверждению современной ведомственной модели не

¹ О Положении и структуре Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР: Постановление СНК СССР от 03.10.1938 // Здравоохранение в годы восстановления... С. 281-286.

² Об организационной структуре Народного Комиссариата Здравоохранения СССР: Постановление СНК СССР от 01.07.1940 № 1117 // СП СССР. 1940. № 19. Ст. 468.

способствовали хаотичная практика различных мобилизационных кампаний и чрезмерная репрессивность режима. Крайне пагубно на работу Наркомата влияла частая сменяемость его руководителей. О качестве работы НКЗ СССР весьма критично отзывались и современники. Например, известный ученый Г.Н. Сперанский, трудившийся в Центральном институте усовершенствования врачей, отмечал: «В Наркомздраве СССР руководства нет, нигде руководства нет»¹.

В связи с этим, весьма убедительным представляется тезис о том, что применительно к территории РСФСР, ключевым органом, руководившим охраной здоровья населения, остался находившийся в подчинении НКЗ СССР республиканский Наркомат здравоохранения.

На рубеже 1930-1940 гг. было проведено его реформирование, направленное на внедрение территориально-отраслевого управления и сокращение государственного аппарата (с 3506 до 2858 человек) с целью экономии ресурсов, что было характерно как для НКЗ СССР, так и для других Наркоматов².

На 21 мая 1941 г. после ряда изменений структура НКЗ РСФСР включала 4 территориальных управления больницами и поликлиниками, а также 4 территориальных управления детскими лечебно-профилактическими учреждениями северо-западных и центральных, волжских и южных, урало-сибирских, восточных областей. Кроме того, в составе НКЗ РСФСР действовали функционально-отраслевые органы: 4 главных управления, 4 управления, 12 отделов, Главная государственная санитарная инспекция с группой санитарного просвещения и др. (подробнее см. приложение 3).

НКЗ РСФСР осуществлял руководство работой наркоматов здравоохранения автономных республик, краевых и областных отделов

¹ Цит. по: Голубев, А. А. Правовое регулирование отечественного здравоохранения... С. 64-65.

² О структуре Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР: Постановление СНК РСФСР от 19.05.1940 № 374 // СП РСФСР. 1940. № 10. Ст. 43.

здравоохранения, а также городских отделов здравоохранения Москвы и Ленинграда¹.

С образованием в феврале 1939 г. Пензенской области начался процесс становления системы региональных органов власти. Так, 25 марта 1939 г. был образован отдел здравоохранения Пензенского облисполкома², во главе которого находился заведующий, назначаемый областным советом депутатов трудящихся и утверждаемый НКЗ РСФСР. Первым руководителем Пензенского облздравотдела стал Михаил Дмитриевич Артемов, не проработавший на этой должности и одного года. Весомый вклад в становление региональной системы охраны здоровья населения и стабилизацию (упорядочение) ее работы в условиях начавшейся Великой Отечественной войны внес Федор Степанович Захаров, занимавший должность заведующего облздравом с декабря 1939 г. по февраль 1943 г.³

В составе облздравотдела, в соответствии с Положением «О краевом (областном) отделе здравоохранения» от 19 марта 1939 г., функционировали следующие подразделения: инспекторская группа, противоэпидемический сектор, Государственная санитарная инспекция, сектор капитального строительства, сектор кадров, судебно-медицинский эксперт, мобилизационный сектор, планово-финансовый сектор, сектор снабжения, медицинская статистика, секретариат⁴. На 1 января 1941 г. штат облздравотдела включал 42 сотрудника⁵.

Облздравотдел осуществлял руководство районными и городскими отделами здравоохранения, всеми учреждениями здравоохранения областного подчинения, а также общее наблюдение и контроль за медицинской

¹ Об утверждении Положения и структуры Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР и Положения о краевом (областном) отделе здравоохранения: Постановление СНК РСФСР от 19.03.1939 № 117 // СП РСФСР. 1939. № 6. Ст. 16.

² Призвание. Вехи Пензенской медицины / гл. ред. В.В. Стрючков. Пенза, 2015. С. 6.

³ Призвание. Вехи Пензенской медицины. ... С. 8.

⁴ Об утверждении Положения и структуры Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР и Положения о краевом (областном) отделе здравоохранения: Постановление СНК РСФСР от 19.03.1939 № 117 // СП РСФСР. 1939. № 6. Ст. 16.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 180. Л. 12.

деятельностью медико-санитарных и санаторных учреждений всех ведомств на территории области.

Таким образом, к июню 1941 г. сложилась следующая иерархия органов управления здравоохранением Пензенской области (см. приложение 4).

С началом войны ведущей задачей здравоохранения стало возвращение в строй раненых и больных воинов Красной Армии. Основой программы быстрой организационной перестройки здравоохранения на военные рельсы стали требования п. 2 «Директивы СНК СССР и ЦК ВКП (б) партийным и советским организациям прифронтовых областей о мобилизации всех сил и средств на разгром фашистских захватчиков» № П509 от 29 июня 1941 г., которые предписывали: *«Организовать всестороннюю помощь действующей армии, обеспечить ... широкую помощь раненым предоставлением под госпитали больниц, школ, клубов, учреждений»*¹. Ее выполнение определило развертывание рассредоточенной на территории страны широкой сети тыловых эвакогоспиталей (ЭГ).

Эвакогоспитали формировались по линии Наркомата здравоохранения, Наркомата обороны и некоторая часть – по линии Всесоюзного центрального совета профессиональных союзов (далее – ВЦСПС). Существовавшая в первые месяцы войны система управления госпиталями была достаточно запутанной. Эвакогоспитали, развертываемые НКЗ союзных республик своей работе (лечебная работа, административно-хозяйственная, подбор кадров, снабжение, финансирование и др.) были подчинены непосредственно местным органам здравоохранения. В оперативном отношении (использование коечного фонда, прием и выписка больных, перевод больных из одного госпиталя в другой, работа врачебных комиссий) эвакогоспитали НКЗ подчинялись эвакопункту, к которому был предписан госпиталь. Кроме того, санотделы округов и управления

¹ О мобилизации всех сил и средств на разгром фашистских захватчиков: Директива СНК СССР и ЦК ВКП (б) партийным и советским организациям прифронтовых областей от 29.07.1941 № П509 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. Москва, 1977. С. 29.

эвакопунктов осуществляли контроль деятельности госпиталей, как в медицинском, так и в организационно-хозяйственном отношении¹.

В соответствии с приказом НКЗ СССР от 30 июля 1941 г. для управления эвакогоспиталями, находящимися в ведении НКЗ СССР, при Управлении городских больниц НКЗ СССР и НКЗ РСФСР были созданы специальные органы – отделы эвакогоспиталей. Для руководства эвакогоспиталями в областных отделах здравоохранения учреждалась должность старшего инспектора по эвакогоспиталям, для руководства специальной лечебной частью – областной хирург-консультант эвакогоспиталей².

Подобная «ведомственная неразбериха», а также быстрое изменение оперативно-стратегической обстановки на фронтах создавали значительная сложности в управлении госпиталями и негативно сказывались на их работе. В связи с этим, Постановлением ГКО № 701сс от 22 сентября 1941 г., а также совместным приказом НКЗ СССР и НКО СССР от 30 сентября 1941 г., все эвакогоспитали, сформированные в военное время, расположенные в тыловых районах (кроме постоянных госпиталей НКО) были переданы в подчинение НКЗ СССР; эвакогоспитали фронтовых и армейских районов передавались в подчинение военным советам фронтов (округов)³.

На органы НКЗ СССР были возложены следующие задачи:

– организация лечения раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии;

– содержание личного состава этих эвакогоспиталей;

¹ О порядке руководства эвакуационными госпиталями Наркомздрава СССР и наркомздравов союзных республик: Циркуляр Наркомздрава СССР и Санитарного управления РККА от 19.07.1941 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 34.

² О руководстве эвакогоспиталями: Приказ Наркомздрава СССР от 30. 06. 1941. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 37.

³ Об улучшении медицинского обслуживания раненных и больных бойцов и командиров Красной Армии: Постановление ГКО СССР от 22.09.1941 № 701сс // В штабах Победы. 1941-1945: Док. в 5 кн. Кн. 1. 1941. «Вставай старна огромная» / Отв. ред. А.К. Сорокин. Москва, 2020. С. 398-400; О передаче эвакогоспиталей в тыловых районах страны в подчинение НКЗ СССР: Приказ Наркомздрава СССР и Народного комиссариата Оборона СССР от 30.09.1941// Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 49-51.

– снабжение эвакуогоспиталей всеми видами медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;

– руководство медицинским обслуживанием эвакуогоспиталей, сформированных на базе санаториев и домов отдыха ВЦПС и содержащихся за счет средств ВЦПС, снабжение этих госпиталей медицинским имуществом¹.

На НКО СССР возлагались:

– установление совместно с НКЗ СССР дислокации эвакуогоспиталей, их мощности и специализация;

– снабжение военнослужащих больных и раненых эвакуогоспиталей: продовольствием, денежным довольствием, проездными документами, обменным фондом обмундирования;

– организация эвакуации раненых и больных в тыловые районы, распределение их по эвакуогоспиталям через эвакуопункты².

Весь личный состав эвакуогоспиталей, призванный по мобилизации, кроме начальника и военного комиссара с 1 октября 1941 г. переводился на положение вольнонаемного, но считался мобилизованным, находящимся в распоряжении НКЗ СССР. Должности начальник и комиссара госпиталя замещались лицами начальствующего состава Красной Армии, их назначение и перемещение производилось совместными приказами начальника Главного военно-санитарного управления (далее – ГВСУ) РККА и Наркома здравоохранения СССР³.

В связи постоянным ростом сети тыловых эвакуогоспиталей, а также значительно возросшей нагрузкой по управлению ими, в октябре 1941 г. (во исполнение Постановления ГКО от 22 сентября 1941 г.) при НКЗ СССР было образовано Главное управление эвакуогоспиталей во главе с заместителем наркома здравоохранения СССР С.И. Миловидовым. В составе республиканских наркомздравов и обл-(край)здравотделов создавались соответственно управления

¹ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 50.

² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 50.

³ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 51.

(УЭГ) и отделы эвакогоспиталей (ОЭГ)¹. В РСФСР на должность начальника нового органа был назначен заместитель наркома здравоохранения – А.И. Жичин, а в Пензенской области – заместитель заведующего облздравотделом – В.С. Савельев².

В целях улучшения лечебной работы эвакогоспиталей, обобщения опыта их работы, а также внедрения новых методов в практику лечения, приказом НКЗ СССР от 5 марта 1942 г., при Главном управлении эвакогоспиталей НКЗ СССР создавался Госпитальный совет под председательством зам. наркома здравоохранения СССР С.И. Миловидова. В состав совета вошли видные врачи и организаторы здравоохранения: академики Н.Н. Бурденко, М.И. Авербах, А.И. Абrikосов, профессора И.Г. Руфанов и Н.Н. Приоров³. Подобные советы были созданы и при местных отделах эвакогоспиталей, в частности, в апреле 1942 г. при Пензенском облздравотделе. В состав совета вошли ведущие специалисты здравоохранения области: гл. хирург ОЭГ Левков, начальник ЭГ № 1649 Люцарев, начальник ЭГ № 1650 Коробков, начальник ЭГ № 498 Мартышкин, ведущий хирург ЭГ № 1649 Маят, хирурги Протопопов и Ган, профессора Ляпидус и Шемшелевич, доцент Гимпельсон, врачи-консультанты Люстрова и Алипов, заведующий станции переливания крови Милушев. Первые заседания госпитального совета были проведены 16 и 25 апреля 1942 г., а затем проводились 1 раз в месяц⁴.

В свою очередь реализация функций управления эвакогоспиталя в системе НКО СССР осуществлялась в рамках следующей властной вертикали: в непосредственном подчинении ГВСУ НКО и санитарных служб военных округов находились управления распределительных (далее – РЭП) и местных (далее – МЭП) эвакопунктов, которые в свою очередь осуществляли руководство

¹ Об образовании Управления эвакогоспиталей в составе наркомздравов союзных республик и в составе обл(край)здравотделов: Приказ Наркомздрава СССР от 08.10.1941 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 52-53.

² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 52.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 283. Л. 24 об.; Там же. Д. 412. Л. 53.

³ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны.... 107-108.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891 Л. 16-17.

эвакогоспиталями НКЗ, НКО и ВЦСПС в административном районе или области. Несколько МЭПов в зависимости от коечной сети могли быть объединены под руководством УРЭП, и располагались в областных городах и столицах автономных республик. К примеру, с начала войны руководство эвакогоспиталями Пензенской области последовательно осуществляли эвакопункты №45 и № 39. С октября 1941 г. управление эвакогоспиталями Пензенской области, а с ноября 1943 г. еще и Мордовской АССР возлагалось на УМЭП-26, дислоцировавшееся в г. Пензе и напрямую подчинявшееся санитарному отделу Приволжского военного округа¹.

Для эффективного руководства возросшей сетью эвакогоспиталей ВЦСПС (Постановлением СНК СССР от 17 июля 1941 г. все санатории и дома отдыха ВЦСПС были переданы под госпитали) в августе 1941 г. Управление санаториями и домами отдыха ВЦСПС было реорганизовано в Управление госпиталями ВЦСПС. Соответствующие управления создавались и на местах (по курортным зонам страны)².

В итоге в годы войны сложилась следующая система управления эвакогоспиталями Пензенской области (см. приложение 5).

Выстроенная система, однако, не была лишена недостатков. Например, с созданием отделов эвакогоспиталей происходит пересечение их полномочий с полномочиями мобилизационных секторов облздравов. Функции структурных подразделений приходилось распределять непосредственно заведующим облздравами и наркомам здравоохранения автономных республик. Как отмечает В.А. Томилов, в Пензенской области на мобилизационный сектор возлагались функции по формированию эвакогоспиталей и руководство их финансовой деятельностью, а отдел эвакогоспиталей решал кадровые вопросы и руководил лечебной деятельностью сформированных госпиталей. Лишь после объединения

¹ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 283. Л. 23; Там же. Д. 265. Л. 40.; Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 28.

²Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина... С. 92, 240.

мобилизационного сектора с отделом эвакуогоспиталей в июне 1942 г. такая двойственность руководства была ликвидирована¹.

Ощутимые сложности также были отмечены в разграничении властных полномочий между отделами эвакуогоспиталей и управлениями МЭП. Так, в 27 декабря 1941 г. начальник отдела эвакуогоспиталей Пензенского облздравотдела Савельев сообщал уполномоченному Наркомата Госконтроля СССР Похвалину: *«В середине октября приступил к работе эвакуопункт № 26.... В практике своей работы Эвакуопункт вмешивается в административную деятельность и дублирует работу Облздрава. ... На совещании начальников госпиталей и комиссаров 6 декабря 1941 г. представитель Начэвака №-26 тов. Серебрин заявил, что начальники госпиталей полностью во всех отношениях подчинены Эвакуопункту. Все это дезориентирует начальников госпиталей, приводит к их дерганью. Неоднократные попытки договориться о прекращении такой практики работы имели лишь временный успех»*².

Подобные административно-управленческие конфликтные ситуации возникали и в последующие военные годы. Так, приказом МЭП № 26 от 12 сентября 1944 г. без согласования с отделом эвакуогоспиталей было наложено дисциплинарное взыскание на начальника ЭГ № 2741 капитана медслужбы Зако. Вскоре последовал ответный приказ заведующего Пензенским облздравотделом № 203 от 29 сентября 1944 г., который предписывал: *«1. Начальникам эвакуогоспиталей НКЗ РСФСР строго руководствоваться в своей деятельности установленными для госпиталей НКЗ Законоположениями. 2. Распоряжения МЭП-26, относящиеся к деятельности Отдела эвакуогоспиталей Облздравотдела, считать подлежащими выполнению только при наличии визы Облздравотдела. 3. Приказ МЭП-26 от 12-го сентября 1944 года ... считать не действительным, как оформленный незаконно»*³.

¹ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 27. ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 274а. Л. 164 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 283. Л. 23-23 об.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 772. Л. 59.

Как видим, хаотичность управленческого механизма, выстроенного в экстренном режиме, на местах создавала сложности взаимодействия как внутри-, так и межведомственного характера, что особенно было заметно в первый год войны.

В условия военного времени не менее остро стояла задача улучшения медико-санитарного обслуживания рабочих предприятий оборонной промышленности. Следует отметить, что, несмотря на сосредоточение в Пензенской области предприятий оборонной промышленности, область не вошла в перечень регионов – центров оборонной промышленности, в которых, в соответствии с приказом НКЗ СССР от 12 ноября 1941 г., руководство медико-санитарными предприятиями оборонной промышленности возлагалось на специально выделенных инспекторов лечебно-профилактических управлений отделов здравоохранения¹.

Впрочем, 29 июля 1942 г. последовал приказ Наркомздрава СССР, требовавший от наркомов здравоохранения союзных и автономных республик, заведующих краевыми и областными отделами здравоохранения выделить в недельный срок опытных инспекторов по медико-санитарному обслуживанию предприятий оборонной промышленности². Однако, на наш взгляд, даже выделение в составе Пензенского облздравотдела указанной должности, коренным образом не повлияло на реальный уровень медико-санитарного обслуживания рабочих местных промышленных предприятий, который, в первую очередь, определялся недостаточным материально-хозяйственным обеспечением лечебных учреждений оборонки, не укомплектованностью медицинскими кадрами, неблагоприятными санитарными условиями труда и др.³

¹ См.: Об улучшении медобслуживания рабочих предприятий оборонной промышленности: Приказ Наркомздрава СССР от 12.11.1941 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 58-59.

² Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения... С. 93.

³ Иноземцев И.Н. Некоторые вопросы материально-хозяйственного обеспечения эвакогоспиталей Пензенской области в годы Великой Отечественной войны (на примере эвакогоспиталя № 1649) // Великая Отечественная война 1941-1945 гг.: в памяти народа, медиапространстве и оценках современных исследователей: сб. науч. статей по материалам Всерос. науч. конф. с международным участием, посвящ. 80-летию начала Великой Отечественной войны. Пенза, 2021. С. 173.

Таким образом, военная трансформация управленческой модели, осуществляемая в экстренных условиях путем проб и ошибок, завершилась уже на первом этапе войны и в дальнейшем серьезным изменениям не подвергалась.

При этом нельзя забывать, что государственные органы управления здравоохранением выполняли свои функции не автономно, а в тесном взаимодействии и под контролем партийных структур. К тому же в условиях ограниченности ресурсов успешное достижение задач здравоохранения военного времени было возможно лишь с привлечением помощи общественности, советских и партийных органов.

К примеру, значительное влияние на улучшение работы эвакогоспиталей оказала организация шефской помощи, правовые основы которой были заложены Постановлением ГКО от 22 сентября 1941 г. и Постановлением Секретариата ЦК ВКП (б) от 6 октября 1941 г. На основании этих решений создавался Всесоюзный комитет помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии. Подобные комитеты организовывались и на уровне областей, краев и союзных республик из представителей партийных, советских, комсомольских, профсоюзных и общественных организаций в составе 9-11 человек под председательством одного из секретарей обкома, крайкома, ЦК компартии союзной республики¹.

Во исполнение решения Пензенского облисполкома и обкома ВКП (б) от 29 сентября 1941 г. был организован Пензенский областной комитет помощи раненым, первым председателем которого стал секретарь облисполкома И.М. Лисавцев, а после его демобилизации на фронт в ноябре 1941 г. – секретарь обкома по строительству А.М. Андрющенко. В 1941-1942 гг. в состав комитета входили: Н.И. Бубнова (обком профсоюза «медсантруд»), Бузин (облсовет ОСОАВИАХИМа), С.И. Герасимов (обком ВКП (б)), Н.Ф. Гороховцев (обком

¹Об организации Всесоюзного комитета помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной армии: Постановление Секретариата ЦК ВКП (б) от 06.10.1941 (Утверждено Политбюро ЦК ВКП (б) от 08.10.1941 г.) // В штабах Победы. 1941-1945... С. 424.

профсоюза торговли и кооперации), Ф.С. Захаров (облздравотдел), Муратов (обком ВЛКСМ), А.Н. Савельев (фабричный комитет завода им. Фрунзе) и др.¹

В годы войны небывалого размаха достигла деятельность Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР. Еще 22 февраля 1941 г. СНК СССР был утвержден новый Устав объединения, который определял его основные, крайне актуальные, задачи: подготовка массовых кадров санитарных работников; массовая подготовка населения к санитарной обороне по оказанию первичной медицинской помощи и самопомощи; проведение просветительско-воспитательной работы среди населения; оказание содействия органам здравоохранения в проведении разъяснительной работы по вопросам о значении переливания крови, привлечения кадров доноров; организация помощи населению во время стихийных бедствий². Для реализации указанных задач была проведена работа по расширению рядов организации. Так, к концу войны в стране насчитывалось 11 млн. членов общества, объединенных в 200 тысяч первичных организаций.

Характерной чертой советской управленческой политики военных лет было создание чрезвычайных органов власти для решения возникших в связи с войной задач. Необходимость обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, потребовала создания чрезвычайных органов и на этом участке работы. Так, в целях предупреждения эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии, в соответствии с постановлением ГКО № 1234с от 2 февраля 1942 г., на местах были сформированы чрезвычайные полномочные противоэпидемические комиссии в составе представителей различных ведомств: председателей местных советов депутатов трудящихся, представителей органов Наркомздрава, НКВД, военных властей гарнизонов, представителей санитарной службы армии и партийных органов³. Комиссии наделялись всеми полномочиями,

¹ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 664. Л. 1.; Там же. Д. 770. Л. 3, 5.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 412. Л. 53.

² Устав Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Советских Социалистических Республик: Утвержден Постановлением СНК СССР от 22.02.1941 // СП СССР. 1941. № 7. Ст. 123.

³ О мерах по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной армии: Постановление ГКО от 02.02. 1942 № 1234с // Филоненко С.И. Война на воронежской земле.

необходимыми для быстрого и оперативного проведения мер по поддержанию санитарно-противоэпидемического режима, получали право привлекать нарушителей к строжайшей ответственности¹.

Итак, к началу Великой Отечественной войны в СССР была выстроена пусть и не совершенная, но достаточно логично выстроенная жестко централизованная модель управления здравоохранением. Неоднократные изменения этой модели и в 1917-1941-х гг. осуществлялись, прежде всего, в целях оптимизации управленческого механизма и приспособления его для решения ключевых задач, стоящих перед государственно-партийными органами.

Государственный и плановый характер советского здравоохранения, ориентация на излечение, в первую очередь, пациентов, занятых в стратегически важных сферах, значительно расширяли его мобилизационные возможности, в эпоху реализации грандиозных хозяйственных и оборонных задач позволяли мобилизовать и крайне утилитарно распределять ограниченные экономические и медицинские ресурсы.

С началом войны не потребовалось коренной перестройки всей системы управления отраслью. Она достаточно быстро была адаптирована под решение новых остро стоящих перед здравоохранением задач (лечение больных и раненых воинов, установление медицинского надзора за эвакуированным населением, обеспечению медобслуживания рабочих оборонных предприятий) посредством создания новых функционально-отраслевых органов (например, создание в октябре 1941 г. управлений и отделов эвакогоспиталей в составе наркоматов и отделов здравоохранения); перераспределения властных полномочий как внутри Наркомата здравоохранения, так и между отдельными ведомствами (например, объединение в 1942 г. мобилизационных секторов с отделами эвакогоспиталей; передача в подчинение НКЗ СССР в сентябре 1941 г. всех эвакогоспиталей расположенных в тыловых районах, сформированных в военное время);

1942-1943 гг. в документах Красной Армии, вермахта и войск сателлитов. В 5 т. Т. 4. Воронеж, 2018. С. 48-49.

¹ Сорок лет советского здравоохранения... С. 101.

делегирования части функций советским и партийным органам, общественности (например, организация в октябре 1941 г. Всесоюзного комитета помощи раненым, деятельность советского Красного Креста, создание в феврале 1942 г. Чрезвычайных противоэпидемических комиссий).

1.2. Динамика сети здравоохранения Пензенской области

Поворотным пунктом в деле развития региональной системы здравоохранения становится образование Пензенской области 4 февраля 1939 г.¹ С этого момента реализация третьего пятилетнего плана (1938-1942) применительно к социальной сфере региона получила дополнительный стимул. В соответствии с планом, к 1943 г. в Пензенской области предполагалось увеличить численность больниц с 67 до 98 (с 3 020 до 5 130 коек), амбулаторий со 126 до 186 учреждений. В этом случае уровень обеспеченности населения общими больничными койками в городских поселениях должен был вырасти с 170 до 150 человек на 1 койку, в сельских – с 1 000 до 600-700 человек². Приведенные данные свидетельствуют о преимущественном росте коечных мощностей сельского здравоохранения. Это разгрузило бы городские больницы, вынужденно обслуживавшие сельское население. Например, Пензенская центральная, Кузнецкая, Чембарская и другие больницы занимались приемом и госпитализацией сельского населения не только ближайших, но и отдаленных районов³. Так, в 1938-1939 гг. около 30% городских коек области были заняты сельским населением⁴.

Первоочередное расширение коечной сети планировалось в тех районах, которые:

¹ Справочник по административно-территориальному делению Пензенского края... С. 517.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 142. Л. 14-15.

³ Забежинский Л.М. Здравоохранение Пензенской области... С. 69.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 142. Л. 15.

а) имели возможность увеличения числа коек в уже существующих больничных зданиях (например, Николо-Пестровка, Башмаково, Каменка, с. Чемодановка Бессоновского) или в зданиях, строительство которых завершилось в 1939 г. (Нижний Ломов, Земетчино и др.);

б) не имели больниц в районных центрах (Кондольский, Пачелмский, Телегинский, Колышлейский, Даниловский р-ны);

в) не имели в районе ни одной больницы (Тамалинский р-н);

г) являлись районными центрами с развитой промышленностью, но имели недостаточное число коек (например, Сердобск)¹.

При определении коечной мощности лечебных учреждений области учитывались специализация, уровень экономического развития и численность населения различных поселений. Так, можно выделить следующие категории населенных пунктов:

1) крупные села, не являвшиеся райцентрами: типовое стационарное лечебное учреждение – больница на 25 коек;

2) райцентры, имевшие исключительно сельскохозяйственное производство (Голицыно, Даниловка, Телегино и др.) – больница на 50 коек;

3) райцентры, в которых располагались средние промышленные предприятия или совхозы (Башмаково, Городище, Земетчино Каменка, Николо-Пестровка, Лунино и др.) – больница на 100 коек;

4) райцентры, которые по уровню своего экономического развития, географическому положению и мощности коечной сети могут стать межрайонными центрами здравоохранения, способными оказывать все виды специализированной медицинской собственному населению и населению близлежащих районов (Беднодемьяновск, Нижний Ломов, Сердобск, Чембар) – больница на 150 коек; Кузнецк – больница на 250 коек.

5) г. Пенза – больница на 400 и более коек².

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 142. Л. 15.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 142. Л. 16.

В рамках реализации поставленных задач к концу 1940 г. в области удалось обеспечить деятельность 94 врачебно-стационарных учреждения на 3 751 койку и 183 учреждения амбулаторно-поликлинического типа¹. В их числе следует указать 71 общую больницу (2 968 коек), из которых 18 (1 445 коек) располагались в городских поселениях, 53 (1 523 коек) – в сельской местности².

Получили развитие специализированная медицинская помощь и санитарно-эпидемиологическая служба. В 1939 – первой половине 1941 гг. в Пензе были организованы следующие медицинские учреждения областного значения: физиотерапевтический институт (на базе больницы им. Н.А. Семашко), станция переливания крови, станция санитарной авиации, онкологический пункт, туберкулезный диспансер, кожно-венерологический диспансер, санитарно-эпидемиологическая станция (на базе межрайонной станции при Пензенском институте эпидемиологии и микробиологии), противомалырийная станция³.

Вместе с тем, несмотря на рост числа коек, развитие больничной сети региона отставало от среднесоюзных и среднереспубликанских показателей. Так, обеспеченность населения больничной помощью по всем типам поселений составляла: по СССР – 4,0 койки на 1 000 чел., по РСФСР – 4,3 койки, по Пензенской области – 2,2 койки⁴. Если в Пензенской области аналогичный показатель по городским поселениям равнялся 7,3 койкам, по сельской местности – 1,2, то в РСФСР – 8,2 и 1,6 соответственно⁵.

Кроме того, 11 районов Пензенской области имели больницу только в райцентре (например, Кондольский, Николо-Пестровский, Телегинский р-ны), а в Тамалинском р-не больницы и вовсе отсутствовали⁶.

¹ ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 52.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2-2 об.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 17 об; Забежинский Л.М. Предисловие // Сборник научных трудов Пензенского института эпидемиологии и микробиологии. Пенза, 1951. С. 3-11. С. 7.

⁴ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина... С. 13.; Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. Москва, 1967. С. 8. ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 52.

⁵ ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 52.; Семенов, М.А. Развитие медицинской сети Советского Союза в годы Великой Отечественной войны // КЛИО. 2020. № 12 (168). С. 125.

⁶ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 180. Л. 7.; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 14 об.

Острая потребность в расширении стационарной помощи населению ощущалась и в областном центре – Пензе. Несмотря на рост населения и развитие промышленного производства больничная сеть города увеличилась незначительно и к августу 1940 г. включала: 6 больниц и 1 роддом общей коечной мощностью на 955 коек, психиатрическую больницу (625 коек) и железнодорожную больницу (120 коек), подведомственную Народному комиссариату путей сообщения (НКПС) СССР¹.

Крупнейшее лечебное учреждение Пензы – Центральная городская больница, располагала лишь 330 койками и обслуживала не только горожан, но и сельских жителей со всех районов области. Была очевидна необходимость строительства в Пензе новой больницы с профильными лечебными отделениями не менее чем на 500 коек².

Как видим, имевшая к 1941 г. в Пензенской области сеть учреждений здравоохранения сеть была недостаточной и не могла в должной мере обеспечить потребностей населения в медицинской помощи. Такую ситуацию, на наш взгляд, следует связывать не только с низкими стартовыми показателями медицинской сети на момент создания области и ее медленным развитием в предвоенный период, но и с высокими темпами естественного прироста населения региона, которое только за 1939 г. увеличилось с 1 648 тыс. до 1 709,5 тыс. чел.³

Задачи по повышению уровня медицинского обслуживания органам здравоохранения предстояло решить в последующие годы, однако их реализации помешала начавшаяся Великая Отечественная война, которая привела к кардинальной перестройке системы здравоохранения.

Ведущим направлением деятельности становится организация лечения раненых и больных бойцов Красной Армии. Основу модели оказания медицинской помощи раненым составлял принцип поэтапного лечения с эвакуацией по назначению. В рамках этой концепции завершающим этапом

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 1, 17.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 180. Л. 7.

³ ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 3.; Отчет Государственной санитарной инспекции по Пензенской области за 1945 г. Л. 53. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО». Л. 53.

медицинской эвакуации наиболее тяжелых контингентов раненых являлось оказание специализированной помощи в эвакогоспиталях тыловых районов.

Одним из районов развертывания крупнейшей госпитальной базы стало Среднее Поволжье. Прежде всего, это было связано с наличием развитых транспортных коммуникаций, инфраструктуры и медицинской сети. Вполне закономерно, что Пенза, являвшаяся крупным железнодорожным узлом уже с конца XIX в., с началом войны приобретала статус важнейшего звена в системе эвакуационных перевозок. Однако, на фоне других регионов Поволжья, обладающих достаточно развитой сетью лечебных и научно-медицинских учреждений, базой для подготовки врачебных кадров, Пензенская область представляется менее подготовленной к мобилизационным нагрузкам. Например, если в 1940 г. коечный фонд Саратовской области составлял 9 737 койки, Татарской АССР – 10 500 коек, в Куйбышевской – 6 347 коек, то в Пензенской области – лишь 3 751 койку¹.

Этим были обусловлены более низкие показатели развертывания эвакогоспиталей, предусмотренные мобилизационным планом для Пензенской области. Если в Саратовской области было предусмотрено развертывание 36 госпиталей на 12 300 коек, в Татарской АССР – 15 эвакогоспиталей на 8 690 коек, в Куйбышевской области – 14 эвакогоспиталей на 5 100 коек, то в Пензенской – лишь 6 эвакогоспиталей на 2 100 коек: ЭГ №№ 1648, 1649, 1650, 1651 (г. Пенза), 1312 (г. Кузнецк), 1690 (г. Сердобск)².

С началом войны Пензенский облздравотдел активно включается в работу по развертыванию эвакогоспиталей. Вслед за указаниями высших государственных и партийных органов 1 июля 1941 г. было принято постановление бюро Пензенского обкома ВКП (б) «О перестройке всей работы на

¹ Ванчинов Д.П. Военные годы Поволжья... С. 194.; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2-2 об. Данные по Пензенской области приведены без учета психиатрических коек и коек, свернутых на ремонт.

² Петров В.В. Деятельность эвакогоспиталей на территории Саратовской области в годы Великой Отечественной войны // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 150; Томилов, В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 6. ГАПО. Ф. р-1320 Оп. 1. Д. 265. Л. 2.

военный лад» предписывающее «...подготовить в кратчайшие сроки все госпитали и лечебные учреждения, обеспечив организованное принятие раненых, проявив о них заботу, достойную Советского государства»¹.

В целом динамика развертывания эвакогоспиталей на территории Пензенской области в военные годы представлена в графике 1.

Поражения Красной Армии в начале войны, продвижение линии фронта вглубь страны и постоянный рост числа раненых потребовали значительного увеличения госпитальной коечной сети в тыловых регионах. Принятые в связи с этим в 1941 г. распоряжения СНК и Наркомздрава предписывали дополнительно развернуть в регионе к 1 января 1942 г. еще 11 040 коек². Так, в соответствии с постановлением СНК СССР от 7 июля 1941 г. было дополнительно развернуто 19 госпиталей на 6 000 коек. Во исполнение последующих распоряжений от 3 и 6 ноября 1941 г. было развернуто еще 6 госпиталей на 1 500 штатных коек и 1 200 временных коек в порядке уплотнения на базе уже развернутых госпиталей³.

Организация новых госпиталей и увеличение числа больничных коек выявили ряд проблем материального характера. Если 6 госпиталей, организованные в порядке основного плана имели всю необходимую материально-хозяйственную базу, то развертывание дополнительных плановых госпиталей во многом осложнялось отсутствием медицинского оборудования, санитарно-хозяйственного имущества или материалов для ремонта отведенных под госпитали помещений⁴.

В связи с этим, к концу 1941 г. Пензенскому облздравотделу фактически удалось развернуть 6 эвакогоспиталей на 2 100 коек (по довоенному мобилизационному плану) и дополнительно 25 эвакогоспиталей на 7 500 штатных коек и 1 200 временных в порядке уплотнения, т.е. всего 10 800 коек вместо 13 640 коек, предусмотренных плановыми заданиями. Из числа имеющихся

¹ О перестройке всей работы на военный лад: Постановление бюро Пензенского обкома ВКП (б) от 01.07. 1941 № 143 // Пензенский край, 1917-1977 гг.: Документы и материалы. Саратов-Пенза, 1982. С. 166-167.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 1.

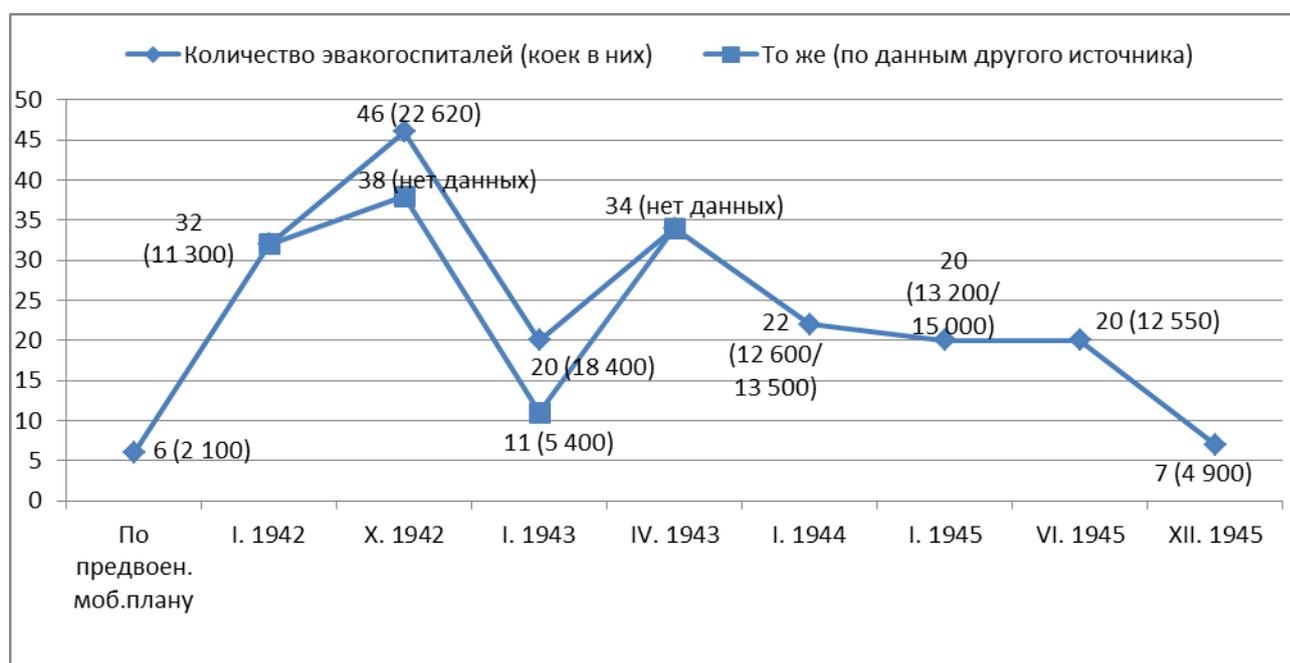
³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 2.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 289. Л. 2.

эвакогоспиталей в систему ВЦСПС в 1941 г. было передано 2 эвакогоспиталя на 600 коек: ЭГ № 2772 (Дом отдыха, пос. Ахуны) и ЭГ № 2776 (Дом отдыха, пос. Сура)¹. Кроме того, 1 ноября 1941 г. в систему НКЗ был принят и развернут госпиталь НКО № 998 (г. Пенза) на 500 коек².

График 1

Динамика численности эвакогоспиталей НКЗ и ВЦСПС на территории Пензенской области в годы Великой Отечественной войны³



Таким образом, на 1 января 1942 г. в Пензенской области дислоцировалось 32 эвакогоспиталя, подведомственных НКЗ и ВЦСПС, мощностью на 11 300 коек.

Успешное наступление советских войск на Московском направлении в конце 1941 г. – начале 1942 гг. потребовало дополнительной реэвакуации лечебных учреждений из районов глубокого тыла. В течение 1942 г. в

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 4.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 283. Л. 23.

³ Рассчитано и составлено на основе обобщения данных: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 289. Л. 1.; Там же. Д. 891. Л. 2-4; Там же. Д. 893. Л. 1-3; Там же. Д. 913. Л. 2, 19, 37, 38; ГАПО. Ф. р-148. Оп. 1. Д. 977. Л. 1.; Данные о численности коечного фонда на апрель 1943 г. в источнике не указаны; Двойные показатели числа коек указаны при расхождении данных в различных источниках.

Пензенскую область из союзных республик прибыло и было развернуто 10 госпиталей на 4 000 коек¹.

Возросшие летом 1942 г. санитарные потери определили необходимость дополнительного развертывания эвакуогоспиталей. Во исполнение постановлений ГКО от 23 апреля и 8 июля 1942 г. на территории Пензенской области было дополнительно развернуто 4 240 коек в порядке уплотнения и сформировано 4 госпиталя на 3 080 штатных коек².

Пик числа одновременно развернутых госпиталей был достигнут осенью 1942 г. Так, к концу октября в области по различным данным дислоцировалось от 38 до 46 госпиталей мощностью до 22 620 коек³.

Рассмотрение развития госпитальной базы Пензенской области в конце 1942-1944 гг. необходимо осуществлять с учетом наличия определенных расхождений в сведениях о движении коечного фонда эвакуогоспиталей, содержащихся в документальных источниках⁴.

Тяжелая боевая обстановка, сложившаяся в районе Сталинграда, потребовала усиления фронтовых и армейских госпитальных баз, которое во многом осуществлялось за счет передачи эвакуогоспиталей из системы наркомата здравоохранения вместе с оборудованием и квалифицированными специалистами. Так, согласно приказу НКО СССР и НКЗ СССР от 24 октября 1942 № 00225/520, в течение ноября 1942 г. 26 эвакуогоспиталей Пензенской области были переданы НКО и в срочном порядке передислоцированы на Сталинградское направление⁵. Пациенты из этих госпиталей предварительно были эвакуированы в глубокий тыл.

Как отмечают Н.Г. Иванов, А.С. Георгиевский, О.С. Лобастов, в период наступательной операции советских войск под Сталинградом затрудненная

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 2.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 461. Л. 21.; Там же. Д. 893. Л. 1.

⁴См.: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. – «Отчет о работе госпиталей Пензенской области за период с 1 июля 1941 по июль 1945 гг.»; Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. – дополнительные «Материалы к отчету о работе госпиталей за период с июля 1941 по июль 1945 гг.».

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 4.

железнодорожная эвакуация обусловила возможность ограничить до минимума эвакуацию раненых в глубокие тыловые районы и получить более или менее приемлемые результаты лечения непосредственно во фронтовых и армейских госпитальных базах¹.

Таким образом, в конце 1942 г. в сеть эвакогоспиталей Пензенской области ощутимо сократилась. По данным основного отчета о работе эвакогоспиталей, по состоянию 1 января 1943 г. в регионе действовало 9 госпиталей НКЗ на 4 800 коек и 2 госпиталя ВЦСПС на 600 коек², по другим данным – 20 госпиталей на 12 960 штатных и 5 440 временных коек³.

Более убедительным представляется первый вариант. Вместе с тем, если на основе данных того же источника рассчитать движение коек в госпиталях в течение 1943 г., то на 1 января 1944 г. получается отрицательное число коек (или число коек составит меньше нуля). Сомнения вызывает и точность второго показателя. Так, при наличии 20 госпиталей на 18 440 коек, средняя коечная мощность госпиталей составила бы 920 коек. На практике же, подобную мощность за все годы войны имели лишь несколько госпиталей области.

Несмотря на значительные сложности (особенно остро сказывалась нехватка специального медицинского оборудования, особенно после передачи многих госпиталей в ведение НКО), в соответствии с постановлениями ГКО от 2 января и 7 марта 1943 г. в регионе продолжилось развертывание новых эвакогоспиталей⁴. Лишь благодаря активной помощи местных советских и партийных организаций и мобилизации всех внутренних ресурсов к 15 апреля 1943 г. удалось увеличить сеть эвакогоспиталей до 34⁵. Всего же в 1943 г., по данным отчета о работе эвакогоспиталей Пензенской области за июнь 1941 –

¹ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина... С. 173.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 1.; Там же. Д. 461. Л. 21.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 3.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 1.

⁵ ГАПО. Ф. р-148. Оп. 1. Д. 977. Л. 1.

июль 1945 г., облздравотделом было сформировано еще 18 госпиталей на 7 800 штатных коек и 300 временных коек развернуто в порядке уплотнения¹.

С целью дальнейшего усиления госпитальных баз действующей армии постановлением ГКО от 2 января 1943 г. из Пензенской и Саратовской областей передавалось 25 000 коек². Всего в течение 1943 г. органы здравоохранения Пензенской облсти передали НКО 8 госпиталей, коечная мощность которых составляла, по одним данным – 2 700 коек³, по другим – 4 060 коек⁴.

В связи с образованием 19 января 1943 г. Ульяновской области, к которой отошли Барановский и Николаевский районы, в подчинение Ульяновского облздравотдела перешел ЭГ № 1337/2906 на 400 коек (с. Канадей Николаевского р-на)⁵. Кроме того, до конца 1943 г. были реэвакуированы в западные союзные Республики 5 эвакогоспиталей мощностью от 2 200⁶ до 2 800 коек⁷. Расформировано 2 госпиталя на 900 штатных и 5 440 временных коек⁸. Таким образом, к началу 1944 г. госпитальная база Пензенской области включала 22 эвакогоспиталя. Из проведенных расчетов следует, что в них насчитывалось 13 500 коек⁹, а по данным одного из источников – 12 600 коек (12 000 – в системе НКЗ, 600 – ВЦСПС)¹⁰.

На заключительном этапе войны сеть эвакогоспиталей Пензенской области стабилизируется. Так, по данным основного отчета о работе эвакогоспиталей, в течение 1944 г. в западные районы страны передислоцировано 2 госпиталя на 600 коек, а в конце года в порядке уплотнения развернуто 2 100 временных коек¹¹. В дополнительных материалах к отчету также содержатся данные о

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 2.

² Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 22.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 1.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 4.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3.

⁶ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3.

⁷ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 1.

⁸ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3.

⁹ Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3-4.

¹⁰ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 1.

¹¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 2, 3.

расформировании в 1944 г. 1 550 коек¹. Таким образом, по состоянию на январь 1945 г. в области находилось 20 эвакуогоспиталей, располагавших: по подсчетам автора – 15 000 койками², по данным источника – 12 550 койками (11 950 – НКЗ, 600 – ВЦСПС)³.

Относительно развития госпитальной сети в 1945 г. все источники дают идентичную информацию. Активный процесс расформирования госпиталей начинается лишь после окончания войны. Если с января и до конца июня 1945 г. госпитальная база области изменения не подвергалась⁴, то во втором полугодии она значительно сократилась. Так, к 1 декабря 1945 г. в регионе осталось только 7 госпиталей (3200 штатных и 1 700 временных коек)⁵.

В соответствии с приказом Наркома здравоохранения РСФСР от 21 июля 1945 г, в первую очередь были расформированы эвакуогоспитали, расположенные в зданиях лечебных учреждений, мединститутов и санаториев после перевода раненых в оставшиеся госпитали. Медицинские и хозяйственные кадры расформированных госпиталей направлялись на работу в госпитали для инвалидов Отечественной войны и во вновь организуемые лечебные учреждения, которым также безвозмездно получали имущество, транспорт, подсобные хозяйства и запасы топлива этих госпиталей⁶.

Таким образом, на территории Пензенской области в разные военные годы в общей сложности располагалось 64 эвакуогоспиталей системы НКЗ и ВЦСПС коечной мощностью в 32 820 коек. Подавляющее большинство этих госпиталей – 53 (82,8%) эвакуогоспиталей на 20 480 штатных коек и 7 840 временных коек в порядке уплотнения, были сформированы на месте Пензенским областным отделом здравоохранения. Кроме того, принято и развернуто

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 1.

² Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3-4.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 1; Там же. Д. 913 Л. 2;

⁴ Данные различных источников совпадают: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 4.; Там же. Д. 893. Л. 2-3.; Там же. Д. 913. Л. 37,38.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 1.; Там же. Д. 913. Л. 19, 37,38.

⁶ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 886. Л. 59.

передислоцированных из других регионов 10 госпиталей на 4 000 коек, принято от НКО – 1 госпиталь на 500 коек¹.

Сопоставление приведенных данных с данными о численности эвакуогоспиталей в других поволжских регионах указывает на крайне высокую степень мобилизационной нагрузки, возложенной на систему здравоохранения Пензенской области, начавшую формироваться лишь накануне войны. Так, в военный период более мощные тыловые госпитальные базы были сформированы только в Саратовской области (74 эвакуогоспиталя) и Татарской АССР (68 эвакуогоспиталей). 54 эвакуогоспиталя функционировали в Куйбышевской и Ульяновской областях, 17 – в Чувашской АССР, 13 – Мордовской АССР, 1 – в Марийской АССР².

Рассматривая развитие сети эвакуогоспиталей необходимо учитывать и специализацию их коечной сети, которая не была постоянной в различные военные годы и зависела как от оперативно-стратегической обстановки и контингента раненых, так и от мобилизационных возможностей региональных органов здравоохранения (см. таблицу 1).

Таблица 1

**Специализация коечной сети эвакуогоспиталей Пензенской области
в годы Великой Отечественной войны (в %)³**

Специализация коек	Годы				
	По моб. плану	1 янв 1942	1 янв 1943	1 янв 1944	1 янв 1945
Общехирургические и общетравматические	77,3	81,2	59,9	Нет данных	62,2
Хирургические специализированные, в том числе:	2,2	7,1	12,1	19,8	26,7
челюстно-лицевые	–	2,2	1,5	Нет данных	3,7
нейрохирургические	–	1,6	1,1		2,5
легочно-хирургические	–	–	–		–
офтальмологические	2,2	1,1	0,7		1,2

¹ Подсчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 4.

² Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 23; Бирюкова С.Б. Работа эвакуогоспиталей Мордовии в 1941-1945 гг. // Вестник Мордовского университета. № 4. 1995. С. 30.

³ Составлено по: Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 28, 29, 31, 32, 33, 34; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 428. Л. 20.

ЛОР	–	1,1	0,7		1,2
протезные	–	–	2,2		11,7
урологические	–	1,1	0,7		1,2
восстановительной хирургии	–	–	5,2		5,2
Общетерапевтические	4,6	3,2	8,8		3,5
Терапевтические специализированные, в том числе:	15,9	8,5	19,2	7,4	7,5
туберкулезные	–	–	5,8	Нет данных	2,8
инфекционные	9,1	7,8	8,2		3,2
психоневрологические	2,2	0,4	2,3		0,3
кожно-венерологические	4,6	0,3	0,6		1,2
санитарные	–	–	2,3		–

Как следует из таблицы, предвоенный мобилизационный план предусматривал развертывание, главным образом, общехирургических и общетравматологических коек. Большинство терапевтических коек при этом имели инфекционную профилизацию.

С развертыванием значительного количества новых коек на начальном этапе войны меняется и структура коечного фонда. В соответствии с постановлением СНК СССР от 7 июля 1941 г. для всех развертываемых госпиталей сохранялось существующее процентное соотношение общехирургических и общетерапевтических (80% и 20% соответственно). В этих пределах облздравотдел мог самостоятельно установить долю специализированных коек¹. Так, к 1942 г. доля специализированных хирургических коек была увеличена с 2,2 до 7,1%, а терапевтических сокращена с 15,9 до 8,5%.

В целях повышения качества оказания специализированной помощи в июне 1942 г. облздравотделами и наркомздравами республик Среднего Поволжья совместно с эвакуационными пунктами были установлены нормативы специализированных коек по областям и республикам, предполагалось создание сети сортировочных, протезных и санаторно-курортных госпиталей, организация в хирургических госпиталях отделений для однопрофильных раненых². Так, в 1942 г. госпитальный коечный фонд Пензенской области пополнили новые специализированные хирургические (протезные и восстановительной хирургии) и

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 265. Л. 201.

² Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 31.

терапевтические (туберкулезные и санитарные) койки. К концу 1942 г., после передачи 59% госпиталей НКЗ, большинство которых являлись общехирургическими, в систему НКО, удельный вес специализированных коек Пензенской области вырос до 31,3%.

В 1943-1944 гг. заметное место в структуре коечного фонда заняли протезные койки и койки восстановительной хирургии, что объясняется увеличением числа раненых с боевыми повреждениями конечностей и необходимостью проведения их физической реабилитации.

В годы войны организация специализированных коек осуществлялась как путем развертывания новых специализированных госпиталей и специализированных отделений (палат), так и их созданием на базе общехирургических и общетерапевтических эвакогоспиталей в основном в г. Пензе.

Их специализация, особенно на начальном этапе войны, во многом определялась наличием в отдельных госпиталях квалифицированных специалистов узкого профиля. Так, в силу кадровых особенностей эвакогоспиталей г. Пензы, в 1941 г. возникло глазное отделение в ЭГ № 1648, ЛОР-отделение в ЭГ № 1649, челюстно-лицевое в ЭГ № 998, урологическое в ЭГ № 2771¹. С организацией специализированных отделений, раненые, лечившиеся до этого в общих хирургических госпиталях переводились по профилю в соответствующие отделения.

Необходимо отметить, что специализированные отделения по разным причинам, и, в первую очередь, в связи с передислокацией эвакогоспиталей на фронт, также неоднократно переводились из госпиталя в госпиталь. Так, например, в ЭГ № 1649 после ряда переводов были развернуты урологическое отделение, отделения легочной хирургии и восстановительной хирургии. В ЭГ № 3530 также после ряда переводов с конца 1943 г. осталось нейрохирургическое отделение. Протезное отделение после нескольких передислокаций в основном

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 2.

было развернуто в эвакогоспиталях № 3537 и № 2787¹. В ЭГ № 1648 были сосредоточены ЛОР-отделение, челюстно-лицевое, нейрохирургическое и глазное отделение².

Таким образом, в годы войны наблюдалось постоянное увеличение числа специализированных коек, доля которых с 1942 по 1945 гг. выросла с 15,6% до 34,2%, прежде всего, за счет хирургических. Если на первом этапе войны наибольшее число специализированных хирургических коек приходилось на челюстно-лицевые, то к концу войны на протезные и восстановительные.

Всего из 53 эвакогоспиталей, развернутых непосредственно Пензенским областным отделом здравоохранения за военный период, один госпиталь полностью специализировался на лечении туберкулезных больных (ЭГ № 4582), один был развернут как инфекционно-терапевтический (ЭГ № 1650), 13 хирургических госпиталей имели терапевтические и специализированные отделения и 38 госпиталей являлись чисто хирургическими с профилем по локализации ранений³.

Следует отметить, в тылу страны также выделялись специализированные госпитали для обслуживания военнопленных, которое осуществлялось в соответствии с постановлением СНК СССР от 1 июля 1941 г. № 1798/800сс, предусматривавшем оказание военнопленным медико-санитарной помощи *«на одинаковых основаниях с военнослужащими Красной Армии»*⁴.

Если на первом этапе войны число таких госпиталей было незначительным, то с проведением Красной Армией крупных наступательных операций на втором и третьем этапе войны и поступлением значительного числа военнопленных потребность в организации спецгоспиталей ошутимо возрасла. Так, к 1945 г. в Пензенской области для лечения раненых и больных военнопленных было

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 895. Л. 1.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 2.

⁴ Об утверждении Положения о военнопленных: Постановление СНК СССР от 01.07.1941 № 1798-800с. Текст: электронный // Электронная библиотека исторических документов: официальный сайт: URL: <http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/170806-postanovlenie-snk-sssr> (дата обращения: 08.09.2022).

передано 5 эвакуогоспиталей: ЭГ №№ 2738 (Кузнецк), 2741 (Нижний Ломов), 2916 (Пачелма), 2917 (Кузнецк), 5903(с. Махалино Кузнецкого р-на), коечная мощность которых на 1 июня 1945 г. составляла 2 900 штатных и 2 100 временных коек¹.

Для успешного лечения раненых и больных воинов важнейшее значение имела их своевременная эвакуация из действующей армии. Раненые поступали в госпитальные базы тыла в основном с военно-санитарных поездов и санитарных летучек с разными сроками с момента ранения, с разными видами ранений и в разном состоянии.

С целью ускорения и облегчения доставки раненых в эвакуогоспитали, в соответствии со специальной директивой военного совета Приволжского военного округа от 16 июля 1941 г., их развертывание осуществлялось в населенных пунктах, расположенных в непосредственной близости к железнодорожным магистралям² (см. приложение 6).

Если в соответствии с довоенным мобилизационным планом, 66,6% (4 из 6) эвакуогоспиталей были развернуты в Пензе, то в последующие годы их доля значительно сократилась³. Так, на 1 января 1942 г. в Пензе дислоцировались 21,9% эвакуогоспиталей (7 из 32), на конец марта 1943 г. – 18,8% (6 из 32), на 1 января 1945 г. – 25% (5 из 20)⁴.

Из вышеприведенных данных следует, что на протяжении войны большинство эвакуогоспиталей размещались в районах и районных центрах области. Так, наиболее крупными центрами сосредоточения эвакуогоспиталей, как правило, расположенными вдоль линии железной дороги, являлись: с. Беково и Бековский р-н, Бессоновский р-н, Городищенский р-н, с. Каменка, с. Трескино Колышлейского р-на, г. Кузнецк и Кузнецкий р-н, с. Нечаевка (ст. Симанщина) Мокшанского р-на, г. Нижний Ломов, Никольский р-н, с. Пачелма, г. Сердобск и Сердобский р-н, Терновский р-н.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 913. Л. 18.

² Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 40.

³ ГАПО. Ф. р-1320 Оп. 1. Д. 265. Л. 2.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320 Оп. 1. Д. 289. Л. 2.; Там же. Д. 718. Л. 10.; Там же. Д. 913. Л. 3-4

Другим критерием размещения эвакогоспиталей было наличие подходящих зданий. Они должны были обладать просторными помещениями и необходимой коммунальной инфраструктурой. Под госпитали выделяли лучшие общественные здания. Так, на территории РСФСР на базе школ было развернуто 45,4% госпиталей, институтов – 13,2%, лечебных учреждений – 11,6%. В помещениях гостиниц, клубов, общежитий – 29,8%¹.

В Пензенской области формирование эвакогоспиталей в большинстве случаев также проходило на базе школ и других учебных заведений (ФЗУ, техникумы, ясли). Это было особенно характерно для Пензы. Так, на базе образовательных учреждений города были развернуты ЭГ №№ 998, 1042, 1648, 1649, 1651, 3530, на базе Дома колхозника – ЭГ № 1650, Дома партпросвета – ЭГ № 2771, общежития завода № 740 – ЭГ № 3530 и т.д.²

В отличие от РСФСР, в Пензенской области на втором месте по частоте размещения находились объекты гражданского здравоохранения. Несмотря на то, что они являлись наиболее удобными для развертывания госпиталей, передать все больницы под госпитали, объективно, было невозможно, как в силу ограниченного количества лечебных учреждений в районах следования железнодорожного транспорта, так и в силу необходимости сохранения довоенной системы медицинского обслуживания гражданского населения. Так, под госпитальные были переданы койки в больницах п. Башмаково (ЭГ №№ 2737 и 2773) с. Головинщино (ЭГ № 5902), пгт. Заметчино (ЭГ № 4402), пос. Золотаревка (ЭГ №№ 3455, 4647), с. Каменка (ЭГ № 3289) г. Кузнецка (ЭГ №1312), рп. Николо-Пестровка (ЭГ № 4488), пгт. Никольский хутор (ЭГ № 3422), с. Поим (ЭГ № 3555); в домах отдыха и санаториях п. Ахуны (ЭГ 2772), с. Беково (ЭГ № 3279, 4580, 5336), с. Зубриловка (ЭГ № 2777), п. Сура (ЭГ № 2776), пгт. Чаадаевка (ЭГ № 4582)³.

¹ Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения... С. 66.

² В тылу герои не забыты... С. 390-392.

³ В тылу герои не забыты... С. 398-405

Лишь незначительная часть эвакогоспиталей области разворачивались на базе общежитий, административных зданий, учреждений культуры. Так, например, койки ЭГ № 2774 (г. Кузнецк) размещались в зданиях общежития и столовой обувной фабрики, ЭГ № 5903 (с. Махалино) в жилых помещениях колхоза и колхозном клубе¹.

Проведенный анализ позволяет выделить в развитии базы тыловых эвакогоспиталей на территории Пензенской области следующие хронологические этапы:

1. 22 июня – июль 1941 г. Развертывание эвакогоспиталей в соответствии с довоенным мобилизационным планом. Формировались в установленные сроки, в достаточно хорошо оборудованных зданиях, с наличием установленного комплекса медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.

2. Июль 1941 – начало 1942 гг. Значительное увеличение коечной сети, как за счет формирования новых лечебных учреждений, так и за счет развертывания временных коек в порядке уплотнения. Обусловлено продвижением линии фронта вглубь страны и ростом санитарных потерь, при которых преобладала эвакуация раненых за пределы фронтов и передислокация госпиталей из западных районов страны в восточные.

В первое полугодие войны органами здравоохранения Пензенской области было развернуто наибольшее число госпиталей, чем в последующие годы – 31 эвакогоспиталь (58,5%)². Такое развитие находилось в рамках общесоюзной тенденции. Так, из 2 990 тыловых эвакогоспиталей (1 340 400 коек), сформированных за военные годы, 76% были развернуты в 1941 г.³

3. Февраль – октябрь 1942 г. Рост коечной сети за счет формирования новых эвакогоспиталей и развертывания госпиталей, реэвакуированных из восточных регионов глубокого тыла, с целью их приближения к фронту.

¹ В тылу герои не забыты... С. 401.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3.

³ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина... С. 168.

4. Ноябрь 1942 – начало 1944 гг. В значительной мере на развитии госпитальной базы Пензенской области отразился общесоюзный процесс расширения армейских и фронтовых госпитальных баз за счет передачи эвакогоспиталей НКЗ и их передислокации во фронтовые районы. Если на январь 1942 г. фронтовые и армейские госпитали РККА сосредотачивали лишь 35,8% всей коечной сети, то к сентябрю 1942 г. – 51,7%, а в январе 1944 г. уже 65,2%¹. За годы войны в различные районы было передислоцировано 50% сформированных эвакогоспиталей, для усиления госпитальных баз фронтовых и прифронтовых районов были переданы 30% тыловых эвакогоспиталей².

В Пензенской области этот процесс начался с передачи в ноябре 1942 г. 26 эвакогоспиталей НКЗ в систему НКО и их передислокации на Сталинградском направлении. Всего же в 1942–1943 гг. из числа эвакогоспиталей НКЗ, дислоцировавшихся в регионе, было передано в НКО 34 госпиталя, передислоцировано из области – 6 госпиталей³. Вместе с тем, после передачи эвакогоспиталей в НКО, в 1943 г. последовало формирование новых эвакогоспиталей НКЗ, сопровождавшееся значительными сложностями материального характера и кадровыми проблемами.

5. Начало 1944 – июнь-июль 1945 гг. Стабилизация госпитальной базы Пензенской области, незначительное сокращение сети за счет передислокации эвакогоспиталей в западные республики СССР и расформирование коек.

6. Второе полугодие 1945 г. Активное расформирование эвакогоспиталей.

Великая Отечественная войны ощутимо повлияла и на дальнейшее изменения сети гражданского здравоохранения.

Несмотря на значительные материально-хозяйственные и кадровые проблемы, а также передачу части лечебных учреждений под госпитали, в Пензенской области за годы войны, в целом, произошло расширение врачебно-стационарной помощи населению (см. таблицу 2; приложение 7).

¹ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина... С. 172.

² Томилов, В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 5.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 3-4.

Таблица 2

**Фактическое число коек во врачебно-стационарных учреждениях
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Местность	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Городская	2 095	2 039	2 101	2 336	2 665	2 890
Сельская	1 656	1 682	1 635	1 690	1 697	1 950
Всего по области	3 751	3 721	3 736	4 026	4 362	4 840
Кроме того, психиатрических коек	635	660	660	660	660	710
Кроме того, кое свернутых на ремонт	—	250	250	250	250	—

В этом процессе прослеживается два основных этапа, хронологической границей которых является 1943 г. На первом этапе (1941-1943 гг.) наблюдалась определенная стагнация коечного фонда или его незначительное сокращение. Такую ситуацию следует связывать с несколькими факторами. Во-первых, первоочередное размещение эвакуогоспиталей области осуществлялось на базе учебных учреждений; во-вторых, при передаче части коек лечебного учреждения по госпитальные, оставшийся гражданский фонд пополнялся за счет развертывания новых коек в порядке уплотнения; в третьих, при передаче зданий лечебных учреждений под госпитали, осуществлялся их перевод в помещения других социальных объектов с их частичным переоборудованием под развертывание гражданских коек и оснащением необходимым медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом. Например, в ноябре 1941 г. решением облисполкома Пензенскому горздравотделу для размещения инфекционного отделения (тифозные койки) Центральной городской больницы были переданы учебный корпус и столовая Пензенского педагогического института².

На втором этапе (1943-1945 гг.), с увеличением бюджетных ассигнований на здравоохранение, стало четко прослеживаться расширение коечной сети, в первую очередь, в городских поселениях. Так, с 1943 по 1945 гг. при

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2-2 об.; Д. 600. Л. 2.; Д. 787. Л. 2.; Д. 946. Л. 1 об.-2.; Д. 1096. Л. 1 об.-2.; Д. 1336. Л. 1 об. Указано фактическое число коек по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

² От учительского института до педагогического университета: История ПГПУ им. В. Г. Белинского: 1939-1999 гг. Пенза, 1999. С. 15.

незначительном росте количества врачебно-стационарных учреждений (с 27 до 29) число коек в них увеличилось на 26,8%¹.

Более медленными темпами развивалась сеть сельских врачебно-стационарных учреждений. Так, сельский коечный фонд Пензенской области в 1943-1944 гг. вырос всего на 3,8%. Подобное положение следует связывать, во-первых, с ориентацией государства на первоочередное распределение ресурсов для оказания медпомощи рабочим промышленных предприятий, вследствие чего уровень материального и кадрового обеспечения сельского здравоохранения значительно уступал городскому; во-вторых, с наибольшей концентрацией эвакогоспиталей в сельских райцентрах и районах области. Так, даже в 1945 г. планом развития здравоохранения предусматривалось обеспечение 1000 человек городского населения СССР 9 койками, а сельского – почти в 5 раз меньше – лишь 1,85 койками².

Поэтому вполне закономерно, что заметный рост числа сельских коек начался лишь на заключительном этапе войны, когда появилась возможность уделить чуть больше внимания сельскому здравоохранению, а также началось расформирование основной массы госпиталей, сопровождавшееся возвратом их зданий, имущества и передачей кадров гражданским больницам.

Следует учитывать и то, что обслуживание части сельского населения, по-прежнему, осуществлялось за счет городских больниц. Так, например, необходимостью приближения специализированной врачебной помощи к сельскому населению была обусловлена реорганизация в 1944 г. Пензенской центральной городской больницы в областную больницу³.

Рассматривая изменение уровня обеспечения населения врачебно-стационарной помощью, необходимо принимать во внимание значительные колебания численности населения, связанные, в первую очередь, с мобилизацией мужского населения и движением эвакуированных. Однако, в связи с отсутствием

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 2.; Там же. Д. 1096. Л. 1 об.-2.;

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 7.

³ Годин В.С., Савин О.М., Шалдыбин Г.П. Путь в полтора столетия... С. 214.

полных данных о состоянии населения региона за все военные годы, имеется возможность отследить лишь примерную динамику его изменений.

Так, в период с 1940 по 1946 гг. происходит сокращение численности городского и сельского населения области. Если, на 1 января 1940 г. в Пензенской области проживало 1 709,5 тыс. чел., из которых 285,2 тыс. в городских поселениях, то на 1 января 1946 г. лишь 1 649,2 тыс. чел., включая 282,4 тыс. городских жителей¹. Из общей динамики выпадает г. Пенза, население которого к 1944 г. выросло почти на 30 тыс. чел., составив около 190 тыс., и до конца войны не подверглось серьезным изменениям².

Более четко тенденции изменения численности населения региона в годы войны прослеживаются на примере сельских жителей, число которых составляло: в начале 1940 г. – 1 424,3 тыс., 1943 – 1 403 тыс., 1945 – 1 253 тыс., 1946 – 1 366, 7 тыс.³ При этом важно иметь в виду, что большая часть переселенцев размещалась именно в сельской местности. Так, на 1 января 1943 г. здесь проживало 83,7% эвакуированных лиц (92 136 из 110 033 чел.)⁴.

Таким образом, на первом этапе войны, приток эвакуированного населения если и перекрыл военную мобилизацию, то не значительно. В 1943-1944 гг. реэвакуация привела к значительному сокращению сельского населения, и лишь с 1945 г. наблюдается его увеличение, обусловленное как демобилизацией военнослужащих, так и естественным приростом.

Так или иначе, естественное и механическое движением населения наряду с развитием коечной сети определяли изменения уровня обеспеченности жителей больничной помощью. Более детальная картина этих изменений представлена в таблице 3.

¹ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

² ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 3.

³ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО»; ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 3.

⁴ ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 51.

**Уровень обеспеченности населения Пензенской области
больничными койками (на 1 000 жителей) (1940-1945 гг.)¹**

Местность	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Город	7,3	Нет данных	8,0	8,8	10,0	9,8
Село	1,2		1,1	1,2	1,2	1,4
По всем местностям	2,2		2,3	2,6	2,9	2,9

Приведенные данные свидетельствуют о том, по причине сокращения численности населения и одновременного роста числа коек, показатель обеспеченности городского населения больничными койками к концу войны вырос. В сельской местности после снижения этого показателя на первом этапе войны в дальнейшем произошел его рост до довоенного уровня, и последовала стабилизация.

Из таблицы видно, что на протяжении войны, наблюдалось стабильное увеличение разрыва между показателями развертывания городской и сельской стационарной помощи. Если в конце 1940 г. разница в обеспеченности городских и сельских жителей составляла 6 раз, то в конце 1944 г. – более чем 8 раз.

Следует также отметить, что в течение войны областной показатель числа развернутых коек на 1000 человек населения оставался ниже среднего показателя по РСФСР, который в 1942 г. был равен: по городам – 8,8 койкам по сельской местности – 1,7 койкам, в 1943 г. – 9,7 и 1,9 койкам соответственно².

В годы войны важное значение имело развитие специализации коечной сети больничных учреждений. Она, в первую очередь, находилась в зависимости от уровня и структуры заболеваемости населения.

Уже в начале 1942 г. в связи с ощутимым ростом эпидемической заболеваемости важнейшей задачей органов гражданского здравоохранения стала экстренная госпитализация максимального числа инфекционных больных, которая, прежде всего, распространялась на городское население. Решение этой

¹ Рассчитано и оставлено автором по: ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 52.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 988. Л. 2. Данные указаны по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

² Семенов М.А. Развитие медицинской сети Советского Союза... С. 125.

задачи привело к росту абсолютного числа и удельного веса инфекционных коек, (см. таблицу 4).

Таблица 4

Специализация коечного фонда в городских поселениях Пензенской области (1940-1945 гг.)¹

Профиль коек	Годы											
	1940		1941		1942		1943		1944		1945	
Показатель	коек	%										
Общие и терапевтич.	558	26,6	645	31,6	600	28,5	669	28,6	785	29,4	857	29,7
Хирургич.	408	19,5	357	17,6	362	17,2	374	16,0	459	17,3	569	19,7
Родильные	385	18,4	361	17,7	346	16,5	330	14,1	362	13,6	374	12,9
Гинекологич.	120	5,7	123	6,0	96	4,6	103	4,4	83	3,2	88	3,0
Глазные	84	4,0	64	3,1	74	3,5	107	4,6	86	3,2	99	3,5
Отоларинголог.	5	0,2	19	0,9	4	0,2	30	1,3	6	0,2	6	0,2
Детские неинфекц.	115	5,5	115	5,6	115	5,5	140	6	140	5,2	140	4,9
Инфекц. взрослые	205	9,8	153	7,5	319	15,2	168	7,2	432	16,2	445	15,4
Инфекц. детские	115	5,5	107	5,3	100	4,7	190	8,1	175	6,6	175	6,0
Туберкулезные взрослые детск.	60	2,9	35	1,7	35	1,7	190	8,1	70	2,6	70	2,4
Кожно-венерологич.	30	1,4	50	2,5	50	2,4	35	1,5	67	2,5	67	2,3
Малярийные	10	0,5	10	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого коек	2 095	100	2 039	100	2 101	100	2 336	100	2 665	100	2 890	100
Кроме того, врем.инфекц.*	240		430		710		190		0		0	

Как видно из таблицы, наибольшее число инфекционных коек было развернуто 1942-1944 гг. При этом максимальный показатель их удельного веса пришелся на конец 1944 г. (22,8%). Кроме того, в годы войны в силу ограниченности штатных коек по необходимости реализовывалась практика

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 3 об.; Там же. Д. 600. Л. 2об.; Там же. Д. 787. Л. 2 об.; Там же. Д. 946. Л. 3.; Там же. Д. 1096. Л. 3.; Там же. Д. 1336. Л. 3. Указано фактическое число коек по состоянию на 31 декабря соответствующего года. Проценты рассчитаны автором.

* Число коек указано на день максимального развертывания.

экстренного развертывания временных инфекционных коек. Так, по городам их максимальное количество было развернуто в 1942 г. – 710 коек.

В военные период были усилены мероприятия по борьбе с туберкулезом. Так, после принятия постановления СНК СССР от 5 января 1943 г. «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом» и соответствующего приказа НКЗ СССР, предписывающих увеличить противотуберкулезный коечный фонд в стране на 12 тыс. коек (включая 100 дополнительных коек в Пензенской области), уже к концу 1943 г. число коек для больных туберкулезом выросло с 35 до 190. Одним из направлений оказания помощи больным туберкулезом стала организация их лечения на базе дополнительно развертываемых санаториев¹. Так, если в конце 1943 г. в области имелось 2 санаторных учреждения на 115 коек, которые полностью имели туберкулезную профилизацию, то в конце 1945 г. уже 6 санаториев (515), из которых 3 (315 коек) являлись туберкулезными².

Развертывание части госпитальных коек на базе гражданских учреждений вызвало снижение хирургической коечной мощности в 1941 г. Рост их абсолютного числа начался уже с 1942 г., а удельного веса – лишь с 1944 г.

Несмотря на развертывание эвакогоспиталей в городах не произошло снижения числа общих и терапевтических коек, сохранявших ведущие позиции в структуре коечного фонда. Более того, на протяжении войны наблюдался рост, как их абсолютного количества, так и процентной доли.

Число глазных и отоларингологических коек значительным изменениям не подвергались.

Следует отметить определенный регресс в развитии гинекологической родильной сети, объективно вызванный снижением репродуктивной активности населения. Так, абсолютное число родильных и гинекологических коек с 1941 по 1945 гг. снизилось на 11,9% (с 505 до 445), а их удельный вес с 24,1 до 16,8%. Примерно схожая ситуация характерна и для детских неинфекционных коек,

¹ О мероприятиях по борьбе с туберкулезом: Приказ НКЗ СССР от 12.01.1943 // *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны...* С. 244-246.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 8 об.; Там же. Д. 1336. Л. 8 об.

удельный вес которых, не смотря рост их абсолютного числа, снизился с 1941-по 1945 г. с 5,5 до 5,2%.

Структура коечного фонда сельских поселений в годы войны подвергалась гораздо меньшим колебаниям (см. таблицу 5). Коечная сеть здесь была направлена, главным образом, на оказание неспециализированной помощи. Так, на протяжении войны около 60% коечного фонда стабильно составляли общие и терапевтические койки. При этом следует учитывать, что в случае необходимости получения узкоспециализированной помощи, значительная часть сельского населения направлялась на госпитализацию в городские учреждения.

На селе сложилось аналогичное городскому положение с коечной сетью, обслуживающей женщин. К 1945 г. по сравнению с 1941 г. родильная коечная сеть в больничных учреждениях уменьшилась на 16,4%, а в колхозных родильных домах на 78,7%.

Особое внимание обращает на себя относительно стабильные показатели числа инфекционных коек в сельской местности, и отсутствие стационарной помощи для больных туберкулезом вплоть до 1945 г.

Таблица 5

**Специализация коечного фонда
в сельских поселениях Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Профиль коек	Годы											
	1940		1941		1942		1943		1944		1945	
	коек	%	коек	%	коек	%	коек	%	коек	%	коек	%
Общие и терапевт.	960	58,0	987	58,7	994	60,8	1040	61,6	1 071	63,1	1 098	56,3
Хирургич.	87	5,2	55	3,3	61	3,7	75	4,4	83	4,9	80	4,1
Родильные	359	21,7	361	21,4	318	19,5	340	20,1	300	17,7	312	16,0
Гинекологич.	15	0,9	13	0,8	7	0,4	15	0,9	19	1,1	17	0,9
Детские неинфекц.	5	0,3	10	0,6	5	0,3	7	0,4	5	0,3	10	0,5
Инфекц. взрослые	220	13,3	244	14,5	245	15	203	12	214	12,6	248	12,7

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 3 об., 5; Там же. Д. 600. Л. 2об., 3 об.; Там же. Д. 787. Л. 2 об., 7; Там же. Д. 946. Л. 3, 4 об.; Там же. Д. 1096. Л. 3, 4 об.; Там же. Д. 1336. Л. 3, 4 об. Указано фактическое число коек по состоянию на 31 декабря соответствующего года. Проценты рассчитаны автором.

Инфекц. детские	10	0,6	12	0,7	5	0,3	10	0,6	5	0,3	–	–
Туберкулезн. взрослые	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	185	9,5
Итого коек	1 656	100	1 682	100	1 635	100	1 690	100	1 697	100	1 950	100
Кроме того, врем.инфекц.*	362		190		150		179		0		245	
Кроме того, в колхозн. род.домах	371		212		215		225		79		138	

Одной из задач здравоохранения военного времени стала организация специализированной помощи инвалидам Отечественной войны. Так, с 1941 по 1945 гг. число домов инвалидов в области увеличилось с 2 до 3 учреждений, а число коек в них на 31% (с 435 до 570) ¹. Однако, в условиях демобилизации из армии значительного числа людей, получивших травмы и заболевания разных форм тяжести на полях сражений, такого количества специализированных учреждений было объективно недостаточно для оказания помощи нуждающимся.

В ведении органов здравоохранения находились и эвакуированные в регион учреждения охраны материнства и младенчества. Так, к имеющимся в 1941 г. 2-м домам матери и ребенка (110 коек) с началом войны прибавились еще 7 эвакуированных учреждений (3 в городах и 4 в сельской местности) на 975 коек. В 1942-1945 гг. часть этих учреждений была закрыта, либо реэвакуирована, в итоге, к концу 1945 г. в области имелось 5 городских домов матери и ребенка на 500 коек².

С целью массового вовлечения женщин-матерей в промышленное и сельскохозяйственное производство проводилось расширение ясельной сети. Так, к 1 января 1944 г. число ясельных мест по 35 областям РСФСР возросло на 30% в сравнении с довоенным уровнем, а по другим союзным республикам в среднем на 10% ³.

Эти изменения на примере Пензенской области представлены в таблице 6.

* Число коек указано на день максимального развертывания.

¹ ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 52.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 600. Л. 4 об.; Там же. Д. 1336. Л. 6 об.

³ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 21. Д. 219. Л. 4.

Развитие ясельной сети Пензенской области в 1940-1945 гг.¹

Местность	Показатель	Годы					
		1940	1941	1942	1943	1944	1945
Городская	Учреждений	28	27	27	28	27	28
	Коек в них	1 428	1 693	1 936	1 952	2 021	2 212
Сельская	Учреждений	46	47	48	57	57	59
	Коек в них	1035	1 082	1 164	1 479	1 512	1 483
Всего по области	Учреждений	74	74	75	85	84	87
	Коек в них	2 463	2 775	3 100	3 431	3 533	3 659

Из таблицы видно, что в Пензенской области к 1944 г. число постоянных яслей в сравнении с довоенным уровнем увеличилось на с 74 до 85, число коек в них на 39,3% (с 2 463 до 3 431 коек). Исходя из выше представленных данных, следует то, что темпы развития ясельной сети Пензенской области превышали средние республиканские и союзные показатели.

Следует отметить, что в городских и сельских населенных пунктах это развитие имело свою специфику. Если в городах расширение ясельной сети осуществлялось путем развертывания новых коек на базе уже имеющихся постоянных учреждений, то в сельской местности также за счет организации новых яслей, преимущественно при совхозах и МТС.

Нехватка возможностей для открытия постоянных яслей в сельских местностях компенсировалась за счет организация сезонных яслей на период посевной и уборочной кампаний. Такое решение имело достаточно большой эффект. Так, за годы войны наибольшее количество таких учреждений было развернуто в 1942 г. – 1 832, что на день максимального развертывания позволяло обеспечить ясельной помощью 70 573 ребенка². Например, в 1942-1943 гг. организация временных яслей в колхозе им. 18-го Партсъезда Городищенского р-

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 7 об.; Там же. Д. 600. Л. 5.; Там же. Д. 787. Л. 5.; Там же. Д. 946. Л. 6.; Там же. Д. 1096. Л. 6.; Там же. Д. 1336. Л. 6. Указано фактическое число мест, развернутых во все смены, по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 5.

на позволила привлечь к сезонным полевым работам 89 колхозниц-матерей, в колхозе «Ленинский путь» Лопатинского р-на – более 20 и т.д.¹

Зачастую открытие временных яслей и их деятельность определялось возможностями и инициативностью местного руководства. Например, по инициативе председателя в сельхозартели «Труд» Голицынского р-на М.И. Кадомцевой, с целью обеспечения возможности кормления грудных детей в поле, был выделен специальный транспорт для подвоза детей из яслей к месту работы колхозниц². Наблюдались и противоположные ситуации. Так, инструктор отдела кадров Пензенского обкома ВКП (б) А. Гаврюшова в докладной записке, составленной 15 июля 1941 г. по итогам проверки развертывания сети дошкольных учреждений на период уборочной кампании, на имя 1-го секретаря обкома А.Ф. Кабанова отмечала, что *«Из 39 районов только в десяти приступили к организации детских площадок и яслей ... из намеченных к открытию 1 896 яслей на июнь месяц имеется 528 яслей...»*³. Например, в апреле 1943 г. Свищевский райисполком, ссылаясь на ограниченные возможности, снизил утвержденный облисполкомом план развертывания сети временных яслей в колхозах со 111 до 42 учреждений⁴.

Таким образом, в годы войны специализация коечного фонда была развита достаточно слабо, особенно на селе. В условиях нехватки ресурсов решение наиболее остро стоящих проблем здравоохранения, осуществлялось за счет перераспределения коечного фонда, в пользу коек направленных на борьбу с наиболее опасными для общественного здоровья заболеваниями, например, инфекционными. Активно реализовывалась практика экстренного развертывания временного коечного фонда.

Получает развитие и сеть амбулаторно-поликлинических учреждений. После сокращения в 1942 г. последовало ее восстановление. С 1943 г.

¹ Яслями обслуживаются 200 детей // Сталинское знамя. 1942. 22 июля. № 171 (7696). С. 3.; Еремин И. Ясли и детплощадки // Сталинское знамя. 1943. 11 апреля. № 79 (7912). С. 2.

² Каждому колхозу – детские сады и ясли // Сталинское знамя. 1942. 21 апреля. № 93 (7618). С. 1.

³ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 283. Л. 7-7 об.

⁴ Каждому колхозу – детясли и площадку // Сталинское знамя. 1943. 16 апреля. № 82 (7915). С. 1.

прослеживается устойчивый рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений, что видно из таблицы 7.

Таблица 7

**Динамика сети амбулаторно-поликлинических учреждений
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Тип учреждения	Местность	Годы					
		1940	1941	1942	1943	1944	1945
Общие поликлиники и амбулатории*	город	20	20	20	21	23	23
	село	112	119	113	118	120	124
Туберкулезные учреждения	город	7	6	6	6	9	7
	село	1	1	1	1	–	–
Кожно-венерологические учреждения	город	9	5	5	5	12	5
	село	5	5	4	4	4	4
Психоневрологические учреждения	город	7	5	1	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Консультации самостоят. (женские и детские)	город	13	15	15	16	17	22
	село	14	15	13	19	25	28
Учреждения по обслуживанию детей	город	7	5	3	5	9	5
	село	–	–	–	–	–	–
Гельминтологические учреждения:	город	1	1	–	–	–	–
	село	–	–	–	–	–	–
Онкологические учреждения:	город	3	1	1	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Итого врачебных учреждений	город	51	51	51	55	59	64
	село	132	140	131	142	149	156

Из нее следует, что в городе к началу 1945 г. сеть внебольничных учреждений выросла с 51 до 59, как за счет общих амбулаторий и поликлиник, так и за счет специализированных учреждений.

В городе оказание первичной медицинской помощи осуществлялось различными лечебно-профилактическими учреждениями амбулаторно типа.

В основе организации их работы лежал не только участковый принцип медицинского обслуживания, который на деле не соблюдался или соблюдался достаточно слабо, но и ведомственный принцип, т.е. часть амбулаторно-

¹ Составлено: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 4, 5 об.-6.; Там же. Д. 600. Л. 3-3 об.; Там же. Д. 787. Л. 3-3 об.; Там же. Д. 946. Л. 3 об.-4.; Там же. Д. 1096. Л. 3 об.-4.; Там же. Д. 1336. Л. 3 об.-4. Указаны данные по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

* Без учета детских, самостоятельных зубоврачебных и физиотерапевтических поликлиник или амбулаторий.

поликлинических учреждений занималась исключительно обслуживанием работников промышленных предприятий и их семей. Так, только в Пензе в 1943 г. на промышленных предприятиях было занято 45 тыс. рабочих¹. Очевидно, что в условиях военного времени, обеспечение этой социальной группы медицинской помощью имело важное стратегическое значение.

С целью улучшения дела охраны здоровья работников оборонной промышленности были издан приказ НКЗ СССР от 12 ноября 1941 г. № 57 «Об улучшении медобслуживания рабочих предприятий оборонной промышленности», в соответствии с которым, основная нагрузка по обслуживанию рабочих возлагалась на медико-санитарные части, создававшиеся еще с 1939 г. Первоначально предусматривалась организация медсанчастей лишь на крупных предприятиях оборонки (в остальных создавались здравпункты), а затем с изданием приказа НКЗ СССР от 29 июля 1942 г. № 393 «О создании медсанчастей на крупных предприятиях оборонного значения» – на всех оборонных предприятиях².

Впрочем, в Пензенской области медсанчасти не стали основным типом учреждения, оказывающим помощь рабочим. Так, первая медсанчасть была организована лишь в сентябре 1942 г. на самом крупном предприятии области – заводе № 50 им. Фрунзе, находившемся в ведении Наркомата боеприпасов. На нее также возлагалось одновременное обслуживание рабочих бывшего часового и спиртоводочного заводов³.

Более важную роль в медицинском обслуживании рабочих региона, как на оборонных предприятиях, так и на предприятиях, не имеющих оборонного значения, играли заводские и цеховые здравпункты и амбулатории. Мощным импульсом к увеличению их количества стал приказ НКЗ РСФСР от 22 ноября 1941 г. «О работе здравпунктов оборонной промышленности», который определял основные направления их деятельности и предусматривал расширение и полное

¹ ГАПО. Ф. п-37. Оп. 1. Д. 908. Л. 2.

² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 58-60; Кузьмин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны... С. 42.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 451. Л. 3.

укомплектование штатов медицинских работников¹. Динамика развития сети здравпунктов представлена в таблице 8.

Таблица 8

**Динамика развития сети здравпунктов на промышленных предприятиях
Пензенской области в 1940-1945 гг.²**

Тип учреждения	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Врачебные	12	12	21	21	23	24
Фельдшерские и сестринские	23	23	22	21	21	21
Итого	25	25	43	42	44	45

Как видим, развитие сети здравпунктов осуществлялось, главным образом, за счет расширения сети врачебных учреждений, которое за годы войны выросло в 2 раза.

Так, например, при пензенском заводе № 50 им. Фрунзе к концу 1942 г. имелись центральный врачебный здравпункт (4 врача и 4 средних медработника) и 4 цеховых сестринских пункта³. В том же году на заводе № 255 в Наркомата боеприпасов в Нижнем Ломове открыта собственная амбулатория закрытого типа, имеющий фельдшерский здравпункт был расширен до врачебного⁴. В январе 1945 г. во исполнение решения Пензенского горисполкома новые врачебные пункты открыты на арматурном и мельничном заводах. Во врачебный пункт реорганизован фельдшерский пункт завода дезинфекционного оборудования⁵.

Отметим, что расширение сети медико-санитарного обслуживания рабочих было обусловлено не только открытием новых здравпунктов на уже имеющихся в Пензенской области предприятиях, но и увеличением числа предприятий по причине их эвакуации. Так, за годы войны в Пензенскую область было эвакуировано 65 крупных промышленных предприятий (в том числе работники

¹ Здоровоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 61-62.

² Указаны данные без учета цеховых филиалов и по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 451. Л. 2.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 68.; Там же. Д. 451. Л. 7.

⁵ Новые врачебные пункты // Сталинское знамя. 1945. 14 января. № 10 (8333). С. 2.

этих предприятий и их семьи), которые в основном размещались на базе местных производств¹.

Следует иметь в виду, что помимо создания собственных медико-санитарных частей, здравпунктов и амбулаторий, к каждому оборонному предприятию в городских больницах выделялось определенное количество коек для стационарного лечения работников. К оборонным заводам, не имеющим закрытых поликлиник, для внеочередного приема рабочих прикреплялись ближайшие поликлиники города или выделялись специальные часы приема².

Например, по направлению заводских здравпунктов городской поликлиникой № 3 г. Пензы проводился внеочередной прием рабочих завода № 163 Наркомата авиационной промышленности, городской поликлиникой и больницей г. Кузнецка рабочих заводов № 748 Наркомата минометного вооружения и № 472 Наркомата авиационной промышленности, Бессоновской райбольницей рабочих двух заводов минометного вооружения с. Грабово, Каменской райбольницей рабочих завода № 704 минометного вооружения (ст. Белинская) и т.д.³

Кроме того, производилась реорганизация открытых гражданских лечебных учреждений в закрытые учреждения по обслуживанию рабочих. Так, поликлиника № 1 г. Пензы и больница (150 коек) при заводе № 50 им. Фрунзе в 1942-1943 гг. были реорганизованы в закрытие учреждения, занимающиеся обслуживанием рабочих и служащих заводов им. Фрунзе, бывшего часового и бывшего спиртоводочного заводов^{4*}.

Таким образом, ведущее место в организации медико-санитарного обслуживания рабочих оборонных предприятий Пензенской области заняли заводские здравпункты и открытые поликлиники и больницы. Такая организация медицинской помощи, с одной стороны, позволяла компенсировать

¹ Пензенский край в истории и культуре России... С. 386.

² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 62.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 451. Л. 3, 5, 7.; Там же. Д. 684. Л. 11.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 451. Д. 684 Л. 3.

* Кроме того, медико-санитарным обслуживаем рабочих указанные занималась организованная в 1942 г. медико-санитарная часть.

недостаточность лечебных мощностей здравпунктов, а, с другой стороны, еще больше перегружала сеть общих лечебных учреждений. Впрочем, в условиях дефицита материальных ресурсов и медицинских кадров, сложившаяся система представляется приемлемым вариантом.

В годы войны происходило медленное приближение амбулаторно-поликлинической помощи сельским жителям. Так, число сельских врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений выросло в 1941-1945 гг. со 132 до 156, врачебных участков – со 124 до 139, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов – с 241 до 400¹. Однако, их количества явно было недостаточно для ощутимого улучшения в медицинском обслуживании сельчан, поскольку каждое из учреждений первичной медицинской помощи – фельдшерский пункт, могло одновременно обслуживать несколько поселений, расположенных на значительном расстоянии друг от друга.

Кроме того, сельские учреждения имели проблемы кадрового характера, ограничивающие их деятельность. Так, в конце 1943 г. 10 из 127 врачебных сельских участков были заняты фельдшерами. 20 из 123 фельдшерско-акушерских пунктов не работали вовсе по причине нехватки медицинских кадров².

Из вышесказанного следует, что для значительной части сельского населения было крайне затруднительным получение не только врачебной, но и первичной медицинской помощи. Это положение подтверждается и материалами полевых исследований. Так, из 52 респондентов, проживающих в сельской местности, в населенном пункте проживания полностью отсутствовали любые медицинские учреждения (в т.ч. ФП или ФАП) – у 33 человек (63,5%), имелся только ФП или ФАП – у 14 (26,9%), имелась больница – у 5 (9,6%). Возможность получения квалифицированной врачебной помощи непосредственно в пункте проживания имелась у 5 человек (9,6%), в учреждении, расположенном на расстоянии: от 5 до 10 км – у 29 человек (55,8%), 11-15 км – у 8 человек (15,4%),

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 5, 6.; Там же. Д. 1336. Л. 4-4 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 57.

16-20 км – у 5 человек (9,6%), 21-30 км – у 2 человек (3,8%), более 30 км – у 3 человек (5,8%)¹.

Вследствие обострения эпидемической обстановки в регионе в годы произошло дальнейшее развитие системы санитарно-эпидемических учреждений, которая накануне войны, находилась лишь на стадии становления (см. приложение 8).

Из приложения видно, что за стагнацией на первом начальном этапе войны, последовал активный рост их числа в 1943-1944 гг. Если, на 31 декабря 1942 г. имелось 55 таких учреждений, то на 31 декабря 1944 г. уже 84. Общий рост составил 52,7%, прежде всего, за счет расширения сети сельских санитарно-эпидемиологических станций более чем в 5 раз (с 5 до 26 учреждений). Подробная динамика развития сети СЭС представлена в таблице 9.

Таблица 9

**Динамика развития сети санитарно-эпидемиологических станций
Пензенской области (1939-1945 гг.)²**

Типы учреждений	Годы						
	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Районные	–	7	9	10	32	37	38
Межрайонные	2	2	2	2	2	–	–
Городские	–	–	–	–	1	1	1
Областные	1	1	1	1	1	1	1
Итого	3	10	12	13	36	39	40

В соответствии, с положением 1939 г., в круг обязанностей СЭС входило осуществление текущего санитарного надзора на подведомственной территории. Работа станций строилась по территориальному принципу, носила постоянный характер, и, в отличие от противоэпидемических отрядов, занимавшихся ликвидацией очагов и последствий уже возникших эпидемий, была направлена на профилактику и предотвращение эпидемических заболеваний³. В этом контексте,

¹ Материалы полевых исследований 2021-2022 гг.

² Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 96. Л. 11.; Там же. Д. 167. Л. 11.; Там же. Д. 600. Л. 6.; Там же. Д. 787. Л. 6.; Там же. Д. 946. Л. 9.; Там же. Д. 1096. Л. 9.; Там же. Д. 1336. Л. 9. Указано фактическое число учреждений по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

³ Сорок лет советского здравоохранения... С. 99.

упразднение имеющихся в области 12 противоэпидемических отрядов в течение 1940 г. представляется своевременным и качественным улучшением¹.

В военный период активную деятельность в области санитарного надзора вела Всесоюзная государственная санитарная инспекция, чему благоприятствовало увеличением числа санинспекторов. Так, в 1941-1944 г. количество занятых штатных должностей выросло с 27 до 47,5. При этом максимальный показатель был отмечен в 1943 г. – 45,8 занятых штатных должностей².

Работу в рассматриваемой сфере вели и другие самостоятельные профильные санитарно-эпидемиологические учреждения. Так, заметное место в противоэпидемической сети занимали малярийные станции и пункты. Сохраняющиеся в области высокие риски превращения малярии в крупную эпидемию, обусловили стабильность их числа на всем протяжении рассматриваемого периода – 28-29 учреждений (см. приложение 8).

Снижение уровня жизни и приток эвакуированного населения значительно обострили проблему распространения социальных заболеваний. Большое значение в условиях роста заболеваемости и смертности от болезней органов дыхательных путей, в частности туберкулеза, имела противотуберкулезная помощь. Однако, имевшаяся в Пензенской области противотуберкулезная амбулаторно-поликлиническая сеть была развита крайне слабо. Так, в 1943 г. число туберкулезных учреждений в городе было увеличено с 6 до 9, а единственное учреждение, расположенное в сельской местности, было закрыто. Достаточно высокими оставались показатели венерической заболеваемости, вследствие чего в 1944 г. число соответствующих учреждений в городах было увеличено с 5 до 12 (см. таблицу 7).

Достаточно быстро в годы войны развивалась дезинфекционная служба области. При этом статистика имеющихся данных свидетельствует об возросшей роли стационарной дезинфекционной помощи. Так, в 1943 г. вдвое выросло число

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 10а. Л. 110 об., 232 об.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 12 об.; Там же. Д. 946. Л. 9 об.; Там же. Д. 1096. Л. 9 об.

дезстанций и дезпунктов. В 1941-1944 гг. число действующих стационарных дезкамер в городах увеличилось почти в 6 раз, в сельской местности более чем в 10 раз. Вместе с тем, за аналогичный период количество подвижных камер выросло незначительно: со 127 до 140 установок (см. приложение 8).

Серьезным пробелом в сети санитарно-эпидемиологических учреждений Пензенской области являлась нехватка санитарно-просветительских учреждений. Так, в рассматриваемый период в области имелся лишь один Дом санитарного просвещения (г. Пенза). В его задачи входило не только непосредственная пропаганда санитарно-гигиенических знаний, но и организационно-методическое руководство санитарно-агитационной работой, осуществляемой медицинской сетью региона¹. Крайне негативно на организации санитарного просвещения в регионе сказалась временная приостановка его деятельности с 1942 по 1944 гг.

Крупным региональным научно-методическим центром, оказывающим активное содействие органам здравоохранения по поддержанию санитарно-эпидемиологического режима, являлся Пензенский институт эпидемиологии и микробиологии. Основные направления деятельности института нашли отражение в его организационной структуре, которая окончательно сложилась накануне войны и включала: научные отделы (эпидемиологический и санитарно-гигиенический), производственные и подсобные отделы, библиотеку, административно-хозяйственную часть и бухгалтерию².

В годы войны расширилась сеть учреждений амбулаторного обслуживания женщин и детей. Так, в 1941-1944 гг. количество самостоятельных женских и детских консультаций выросло в городах с 13 до 17 учреждений, в сельской местности – с 14 до 25 (см. таблицу 7).

С целью улучшения снабжения детей младшего возраста кисломолочными и другими продуктами к 1945 г. число молочных кухонь и детских пищевых станций по сравнению с довоенным периодом выросло вдвое – с 8 до 16

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 4.; ГАПО. Ф. р-1371. Оп. 1. Д. 50. Л. 18.

² ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 1.

учреждений¹. Впрочем, в условиях тяжелого продовольственного положения в стране, организация молочных кухонь объективно не могла удовлетворить потребности детского населения в лечебных молочных смесях. В целом, несмотря на увеличение числа женских и детских амбулаторно-поликлинических учреждений, их сеть оставалось развитой достаточно слабо.

Крайне сложно в годы войны обстояло дело с обеспечением населения скорой и неотложной медицинской помощью. Несмотря на то, что в Пензе и других городах области продолжали действовать единственная в области станция скорой помощи и 3 пункта неотложной помощи, их работа была крайне затруднена сокращением числа работающих санитарных автомашин. Если, в 1941 г. названные учреждения располагала 9 машинами, то в 1945 г. лишь 3-мя. Положительно на развитии скорой помощи в регионе сказалось возобновление с 1 января 1944 г. работы станции санитарной авиации, закрытой в 1941 г.²

Итак, проведенный анализ показал, что перестройки сети здравоохранения в рассматриваемый период была связана исключительно с решением военно-оборонных задач. С началом войны на систему здравоохранения Пензенской области, находящейся в стадии становления, легла непосильная нагрузка по развертыванию мощной сети эвакогоспиталей и одновременному осуществлению обширной лечебной и санитарно-противоэпидемической работы среди гражданского населения.

Вследствие ограниченности возможностей регионального здравоохранения, решение новых задач обеспечивалось за счет увеличения объема бюджетных ассигнований, а также вынужденного перераспределения, по мере возможности, имеющихся ресурсов в пользу наиболее востребованных отраслей здравоохранения, с ослаблением внимания к другим отраслям. Использование такой тактики позволило создать в регионе мощную систему тыловых

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 600. Л. 4 об.; Там же. Д. 1096. Л. 7.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 7.; Там же. Д. 600. Л. 4.; Там же. Д. 787. Л. 4.; Там же. Д. 946. Л. 5.; Там же. Д. 1096. Л. 5.; Там же. Д. 1336. Л. 5. ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 769. Л. 2.

эвакогоспиталей, динамика развертывания и специализация коечного фонда которых, определялись актуальной оперативно-стратегической обстановкой.

Формирование новых госпиталей происходило преимущественно на базе объектов социальной инфраструктуры (образовательных и медицинских учреждений). Следует отметить, что расширение госпитальной коечной сети, осуществлялась, не столько за счет коек гражданских учреждений, сколько за счет развертывания новых штатных коек и организации временных коек в порядке уплотнения. Такое положение, безусловно, породило значительные издержки в работе лечебных учреждений, но, тем не менее, не привело к развалу сети гражданского здравоохранения.

Более того, несмотря на значительные трудности, уже в 1943 г. благодаря росту бюджетных ассигнований и начавшемуся параллельному оттоку эвакуированного населения, удалось не только стабилизировать медицинскую сеть (как стационарную, так и амбулатоно-поликлиническую) и превзойти ее довоенные показатели, но и развить тенденцию к их дальнейшему увеличению.

Вместе с тем, необходимо иметь в виду, что динамика роста сети медицинских полностью не обеспечивала потребностей населения региона. К тому же, применение дифференцированного подхода, рассчитанного (ориентированного) на первоочередное обслуживание рабочих промышленных предприятий и членов их семей, обусловили увеличение разрыва в уровне доступности медицинской помощи для городского и сельского населения в пользу первого.

1.3. Кадровое обеспечение здравоохранения Пензенской области

В конце 1930-х гг. решение кадровой проблемы в здравоохранении Пензенской области определялось двумя факторами: общей логикой советской модернизации и развития профессионального образования, соответствовавшего новому технологическому укладу, а, с другой стороны, реформой административно-территориального деления и процессом региональной

интеграции. Оставаясь на периферии происходивших изменений, Пенза как районный центр Тамбовской области (до февраля 1939 г.) не могла обеспечить подготовку корпуса медицинских работников высшего звена. Отсутствие образовательных учреждений соответствующего профиля гарантировало низкий уровень кадровой обеспеченности здравоохранения. Так, на 31 декабря 1940 г. в Пензенской области насчитывалось всего 437 врачей (физических лиц), что составляло 2,6 врача на 10 000 человек (при этом показатель обеспеченности городского населения в 11,8 раз превосходил аналогичный показатель по сельской местности: 10,6 и 0,9 врачей на 10000 чел. соответственно)¹.

Эти показатели значительно уступали как средним показателям по СССР и РСФСР, так и показателям по другим союзным республикам и регионам РСФСР. Для сравнения: обеспеченность врачебными кадрами по СССР составляла 7,9 врачей на 10 000 чел., по РСФСР – 8,2, по Таджикской ССР – 4,1, по Узбекской ССР – 4,7, по Киргизской ССР – 3,8, по регионам Западной Сибири – 3,3².

Начавшаяся война сопровождалась значительными изменениями в численности и составе медицинских кадров высшего звена, определяемыми целым комплексом разноплановых факторов. Общая картина этих изменений и их влияние на уровень обеспеченности врачебными кадрами представлена в таблице 10.

Вследствие мобилизации в РККА в первые месяцы войны произошло резкое сокращение врачебных кадров гражданского здравоохранения. Так, уже к 10 июля 1941 г. в Пензенской области в действующую армию были призваны 36% медицинских работников (149 врачей из 419).

¹Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13.; Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

² Семенов М.А. Фронт в тылу... С. 200.

**Динамика показателей численности и уровня обеспеченности
врачебными кадрами гражданского здравоохранения
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Показатель	31.12. 1940	22.06. 1941	31.12. 1941	31.12. 1942	31.12. 1943	31.12. 1944	31.12. 1945
Штатных должностей (шт.)	693,5	751	751	749	891,25	932	1 009,75
Занятых должностей (шт.)	585	?	630	675	751,25	803,25	853,75
Физических лиц (чел.)	437	419	783	697	530	486	532
Укомплектованность (%)	84,4	?	83,9	90,1	84,3	86,2	84,6
Коэффициент совместительства (ставок на чел.)	1,3	?	0,8	0,9	1,4	1,7	1,6

Особенно остро на состоянии кадровой проблемы отразилась мобилизация медиков в штат развертываемых в регионе эвакуогоспиталей. В январе 1943 г. заведующий пензенским облздравотделом Ф.С. Захаров в справке о ходе выполнения постановления ГКО № 2690 от 2 января 1943 г. сообщал уполномоченному Комиссии партийного контроля (КПК) при ЦК ВКП (б) В.М. Канарейкину: *«Для вновь формируемых госпиталей требуется свыше 200 врачей. В гражданской сети области в настоящее время работает 550 врачей. Без серьезного ущерба для гражданских лечебных учреждений в госпитали может быть направлено только 66 врачей. Мобилизация остальных врачей приведет к резкому ухудшению обслуживания гражданского населения и к закрытию ряда врачебных участков»².*

Значительно обострял и без того сложное положение, наблюдавшийся в Пензенской области в 1942-1943 гг., процесс передачи эвакуогоспиталей вместе с их персоналом из системы НКЗ в систему НКО с последующей передислокацией в другие регионы. В такой ситуации при выполнении новых планов развертывания эвакуогоспиталей местному руководству приходилось изыскивать

¹ Рассчитано и составлено автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13; Там же. Д. 600. Л. 7; Там же. Д. 787. Л. 7; Там же. Д. 946. Л. 10 об.-11; Там же. Д. 1096. Л. 10 об.-11; Там же. Д. 1336. Л. 10 об.-11.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 571. Л. 1. Указаны данные по учреждениям системы облздравотдела, без учета зубных врачей и врачебных кадров эвакуогоспиталей Пензенской области. Процент укомплектованности и коэффициент совместительства на 22.06.1941 г. рассчитать не представляется возможным в связи с отсутствием данных о количестве занятых штатных должностей.

² ГАПО. Ф.п-148. Оп. 1. Д. 860. Л. 8.

новые кадровые ресурсы. Лишь в 1945 г. с началом расформирования эвакуогоспиталей их кадры стали массово пополнять персонал гражданских лечебных учреждений.

Вместе с тем, из данных таблицы 10 видно, что, несмотря на мобилизацию, к концу 1941 г. число врачей (физических лиц) в Пензенской области не только не сократилось, но даже увеличилось, по сравнению с довоенным уровнем, на 87% (с 419 до 783). Причиной таких изменений является приток специалистов в ходе эвакуации населения в Пензенскую область из западных регионов страны. Так, к началу 1942 г. в область было эвакуировано 390 врачей¹.

Впрочем, прибытие эвакуированных врачей явно превышало рост штатных возможностей гражданского здравоохранения региона, и, вероятнее всего, в такой ситуации часть эвакуированных специалистов трудоустраивалась в гражданские лечебные учреждения не на полную ставку, либо вовсе не трудоустраивалась. Об этом свидетельствуют коэффициент совместительства, который в 1941–1942 гг. составлял менее одной ставки на человека. Кроме того, на наш взгляд, органы здравоохранения были заинтересованы в закреплении в штатах гражданских лечебных учреждений, в первую очередь, местных врачей. Это было вызвано высокими рисками потенциальной утраты трудовых ресурсов, которые возникали вследствие высокой миграционной мобильности и неустойчивости эвакуированных кадров.

Имела место и недостаточная эффективность управления кадровыми ресурсами. Так, в приказе от НКЗ СССР «О замещении врачами сельских врачебных участков и о создании нормальных бытовых и рабочих условий для врачей, направляемых на село» от 6 ноября 1941 г. Пензенская область была отмечена в числе регионов, в которых в результате неправильного использования местными органами здравоохранения эвакуированных врачей и либерального отношения к тем из них, кто не желает работать в сельской местности и оседает в городе, увеличилось число незамещенных сельских врачебных участков².

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 517. Л. 6.

² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 56.

Таким образом, в 1941-1942 гг. сложились парадоксальная ситуация, когда даже при наличии специалистов процент укомплектованности учреждений здравоохранения составлял не более 90%.

В дальнейшем в результате оттока врачей в ходе массовой реэвакуации из Пензенской области, начавшейся в 1943 г., и одновременного расширения штатов медучреждений, кадровая ситуация заметно ухудшилась. Так, в 1944 г. лишь за счет значительного увеличения нагрузки на работников удалось достичь 86-и процентной укомплектованности от штатной численности. Коренного изменения ситуации не произошло даже в 1945 г. после расформирования эвакогоспиталей и демобилизации части врачей с фронта.

Крайне негативно на состоянии кадрового обеспечения сказывалось отсутствие в Пензенской области собственного учреждения по подготовке врачебных кадров, в то время как соседние регионы Поволжья преимущественно обладали собственной научно-образовательной базой для подготовки высшего медперсонала: Казанский государственный медицинский институт, Казанский Государственный институт для усовершенствования врачей им. В.И. Ленина (ГИДУВ), Куйбышевская военно-медицинская академия (с 1942 г. – медицинский институт), Саратовский медицинский институт.

Вопрос об открытии в Пензе медицинского института поднимался местными государственно-партийными органами еще до войны. Так, в ноябре 1937 г. соответствующее ходатайство Пензенского научно-методического общества было поддержано президиумом Пензенского городского совета. Однако, несмотря на ускоренную постройку здания института, которая завершилась уже в 1938 г., ввиду отсутствия необходимого числа квалифицированных преподавателей, учреждение так и не было открыто. Собственная альма-матер врачебных кадров появится в Пензе лишь на рубеже XX-XXI вв.¹

¹Кошелева А.И., Кусакина М.В. История Пензенского медицинского института // Культурно-исторические исследования в Поволжье: проблема и перспективы: материалы II Всерос. науч.-методолог. семинара. Самара, 2013. С. 101-102.

В предвоенные годы основной контингент молодых специалистов поступал в Пензенскую область из Крымского, Первого Московского, Харьковского и Воронежского мединститутов. Так, из 83 врачей, прибывших в Пензенскую область в 1940 г., вышеозначенные вузы окончили более 50%, остальные же были выпускниками Московского областного клинического института (МОКИ), 2-го и 3-го Московских, Казанского, Днепропетровского, Ивановского, Кубанского, 1-го Ленинградского, Саратовского, Сталинградского, Сталинского мединститутов¹.

Кадровый голод вызвал необходимость ускоренной подготовки специалистов: досрочный выпуск медицинскими вузами в 1941-1942 гг. специалистов из числа студентов 5 и 4 курсов; перенесение начала 1941/1942 учебного года с 1 сентября на 1 августа; сокращение срока подготовки врачей с 5 до 3,5 лет за счет сокращения каникул и резкой интенсификации учебного процесса; пересмотр учебных программ; проведение дополнительных наборов студентов; унификация учебного процесса и преподавание по единому профилю лечебного факультета с углубленным изучением вопросов хирургии и эпидемиологии; сокращение конкурсных испытаний при приеме в медицинский вуз и др. Подобные меры, с одной стороны, позволили несколько смягчить кадровую проблему в тыловых регионах за счет сверхпланового выпуска уже в первый военный год 14 тыс. врачей, с другой стороны, негативно отразились на качестве подготовки выпускников. По этой причине 19 июня 1942 г. учебные планы с сокращенным сроком обучения были отменены. С начала 1942/1943 учебного года обучение в медицинских вузах осуществлялось по скорректированным учебным программам, близким по нагрузке к довоенным².

Очевидно, что перечисленные мероприятия не оказали значительного влияния на решение кадровых проблем здравоохранения Пензенской области. Анализ таблицы 10 позволяет констатировать, что мобилизация и реэвакуация специалистов, а также рост штатов лечебных учреждений гражданского сектора не покрывался выпускниками медицинских вузов, распределяемых в Пензенскую

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 170. Л. 97-98.

² Ерегина Н.Т. Подготовка медицинских кадров... С. 289-292, 298, 301-302.

область. Так, например, в 1944 г. в систему облздрава поступило 45 врачей, окончивших вузы в том же году¹. Рассмотреть динамику поступления на работу в медучреждения выпускников за все военные годы, а также определить круг вузов-источников пополнения врачебных кадров не представляется возможным в силу наличия лишь отдельных разрозненных данных об этом. Так, например, в том же 1944 г. по распределению из Кубанского мединститута (г. Краснодар) поступило 19 врачей, которые были направлены на работу и заняли пустующие врачебные сельские участки и на должности госсанинспекторов².

Произошедшие в годы войны изменения коснулись и состава врачебных кадров. В связи с мобилизацией уже в начале войны значительно обострилась потребность в специалистах узкого профиля подготовки. Органами здравоохранения региона отмечалась особая нужда во врачах-хирургах, рентгенологах, физиотерапевтах и специалистах по санитарии и эпидемиологии³. Так, по состоянию на 23 января 1942 г. гражданским учреждениям здравоохранения требовалось 226 врачей, в том числе узких специалистов: хирургов – 20, педиатров – 16, зубных врачей – 6, санитарных врачей – 8)⁴.

Подробные данные об изменениях структуры специализации врачей представлены в приложении 9. Анализ данных приложения позволяет констатировать, что значительное влияние на изменение численности врачей по большинству специальностей также оказывали не только мобилизационные мероприятия, но и миграционные процессы. Это хорошо видно на примере врачей-хирургов и акушеров-гинекологов, обладающих практическими навыками по хирургии, которые в условиях военного времени были наиболее востребованными. Так, численность этих специалистов в течение 1941 г. выросла, соответственно на 73% и 59%, по причине притока эвакуированных медиков, а затем (в 1942-1944 гг.) уменьшилось на 60% и 53% соответственно, в силу их

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1096. Л. 11 об. Данные за 1942, 1943, 1945 гг. отсутствуют.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 852. Л. 1 об.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 57.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 571. Л. 1.

мобилизации и реэвакуации. Тенденция к росту числа врачей этих профилей стала прослеживаться лишь в 1945 г. с началом демобилизации.

Несколько иная ситуация сложилась со специалистами, задействованными в санитарно-противоэпидемических органах и учреждениях, кадровому комплектованию которых уделялось значительное внимание¹. По этой причине число эпидемиологов, инфекционистов, санитарных врачей в годы войны оставалось относительно стабильным и не сократилось с началом реэвакуации. Впрочем, обеспеченность санитарно-противоэпидемических учреждений врачебными кадрами следует считать достаточно низкой. Если в конце 1940 г. она составляла 77%, то в связи с резким расширением сети СЭС к концу 1944 г. снизилась до 62%².

Гораздо лучше обстояло дело с кадровой обеспеченностью государственной санитарной инспекции по Пензенской области. Несмотря на то, что количество штатных должностей госсанинспекторов увеличилось за годы войны с 29 до 50 единиц, коэффициент укомплектованности не снижался ниже 94%, а в конце 1941 г. и вовсе достигал 100%³.

В условиях острого кадрового дефицита одним из путей временного решения проблемы было совместительство врачебных должностей. В соответствии с приказом НКЗ СССР № 103 «О совместительстве врачебных должностей в лечебных учреждениях», изданном в декабре 1941 г., предусматривалось совместительство по следующим направлениям: совмещение работы санитарного врача и эпидемиолога, совмещение работы врачом по одной широкой и одной узкой специальности; совмещение работы заведующего учреждением с лечебной работой в этом учреждении. В конце 1941 г. был

¹ См., например: О распределении врачебных кадров по стране и работе с ними: Приказ уполномоченного ГКО по проведению противоэпидемических мероприятий – Наркома здравоохранения СССР от 02.07.1942 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 165.

² Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 12 об.; Там же. Д. 1096. Л. 9.

³ Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 600. Л. 7; Там же. Д. 787. Л. 6.

разрешено совместительство военных врачей эвакогоспиталей в гражданских лечебных учреждениях¹.

Значительно расширил возможности для совместительства приказ уполномоченного ГКО «О распределении врачебных кадров по стране и работе с ними» от 2 июля 1942 г. Так, например, рекомендовалось совмещение работы на участке терапевта и педиатра с работой врача здравпункта, школы, яслей, педиатра родильного дома с работой на обслуживаемом участке. Приказ также предписывал местным органам здравоохранения добиться того, чтобы *«каждый врач имел не менее полутора – двух ставок»* и рассматривал совместительство как *«патриотическое оборонное дело»*².

Совместительство врачей активно применялось и в Пензенской области, особенно после начала реэвакуации приезжих специалистов. Так, в декабре 1944 г. коэффициент совместительства врачебных должностей достиг критического показателя – 1,7 ставки на человека (см. таблицу 10). Совместительство распространялось и на руководящих работников. Так, в июне 1941 г. в связи с мобилизацией на фронт главврача больницы при заводе им. Фрунзе О.И. Протопоповой исполнение обязанностей главврача по совместительству было возложено на главврача поликлиники № 1 г. Пензы Мухину. По тем же причинам в первые месяцы войны заведующий облздравотделом Ф.С. Захаров был вынужден по совместительству занимать еще две должности: заведующего конторой (сектора) снабжения и начальника станции санитарной авиации³. Из вышесказанного, следует, что медики работали буквально на износ. Труд многих из них был заслуженно отмечен государственными наградами (см. приложение 10).

Для решения кадровой проблемы и повышения качества медицинской помощи проводилась переподготовка и повышение квалификации врачей.

¹ Давыдова Ю.А. Численность и состав медицинского персонала в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны: 1941-1945 // Статистика и экономика. 2013. № 5. С. 149.

² О распределении врачебных кадров по стране и работе с ними: Приказ уполномоченного ГКО по проведению противоэпидемических мероприятий – Наркома здравоохранения СССР от 02.07.1942 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 166.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 274а. Л. 64-64 об.

Обучение осуществлялись как без отрыва от производства, так и с отрывом от основной деятельности, в основном на трех-, четырехмесячных курсах на базе Казанского государственного института для усовершенствования врачей и Центрального института усовершенствования врачей (г. Москва). Так, в 1944 г. курсы перепрофилирования и повышения квалификации прошли: с отрывом от производства – 40 человек, без отрыва – 73; с января по октябрь 1945 г. – 10 и 137 врачей соответственно¹.

Те же цели преследовала организация краткосрочных семинаров по узкому кругу вопросов. Только в 1943 г. через подобные семинары было проведено семинары 647 врачей². Регулярно проводились специальные научные конференции работников больниц и амбулаторий. Так, за годы войны 5 крупных научных конференций состоялось в Центральной городской больнице Пензы³. Несколько раз в год проводились конференции Пензенского института микробиологии и эпидемиологии с участием врачей инфекционной больницы, госсанинспекторов и эпидемиологов г. Пенза и областной СЭС⁴.

Нередко дефицит врачебных кадров компенсировался их заменой средним медперсоналом. Так, например, во втором полугодии 1943 г. фельдшерами были заняты из 10 из 127 сельских врачебных участков, а также 4 из 39 должностей районных госсанинспекторов⁵. Активно практиковалось замещение фельдшерами руководящих должностей. Так, в июне 1945 г. лишь в 6 районах области заведующими райздравотделами работали врачи, остальные занимали фельдшеры⁶. Впрочем, такая ситуация с руководящими кадрами представляется более прогрессивной чем в довоенный 1940 г., когда 23 из 40 заведующих рай- и горздравотделами вовсе не имели никакого медицинского образования⁷.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 856. Л. 87-87 об.; Там же. Д. 870. Л. 5.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 57.

³ Годин В.С. Путь в полтора столетия... С. 197.

⁴ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 4.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 31, 56.

⁶ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1020. Л. 1.

⁷ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 21.

Для более детальной оценки состояния кадровой проблемы в регионе кратко рассмотрим социокультурный состав медицинских кадров высшего звена (см. приложение 11).

Процесс мобилизации, охвативший, в первую очередь, мужское население привел к увеличению численности женщин занятых в здравоохранении. Если до войны удельный вес женщин в структуре врачебных кадров составлял 62%¹, то, как видим из приложения 11, к середине 1943 г. он вырос до 83%, и лишь в 1945 г. последовавшая демобилизация привела к его некоторому сокращению (до 73%).

Важным критерием, влияющим на качество медицинской помощи, является профессиональный опыт кадров высшего звена. Так, в 1943-1945 гг. основная часть врачей была представлена квалифицированными специалистами в возрасте старше 35 лет (55-62%), имевшими стаж работы более 10 лет (40-43%). Около трети врачей (35-36%) составляли молодые специалисты, проработавшие менее 5 лет. При этом после 1943 г. наблюдалась тенденция к росту в профессиональной структуре выпускников медицинских вузов в возрасте до 25 лет (с 7 до 21%). Самой малочисленной оставалась группа врачей со стажем работы от 5 до 10 лет (20-24%).

Представленные в приложении 11 данные также свидетельствуют о низком уровне партийности врачебных кадров Пензенской области: количество персонала состоящего в партии составляла лишь 5-6%. Классовый принцип формирования врачебного корпуса также особой роли не играл. Выбор профессии определялся, в первую очередь, доступностью образования для определенной категории населения, в большей степени включенной в модернизационные процессы. Так, в 1943 г. 81% врачей были выходцами из служащих, 10% из рабочих и 9% из крестьян. В национальной структуре врачебных кадров преобладали русские (71%) и евреи (25%).

Таким образом, несмотря на обновление штатов медицинских работников, которое наблюдалось на протяжении войны, с 1943 г. структура врачебного персонала оставалась достаточно стабильной. Преобладание в составе врачей

¹ Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13 об.

опытных специалистов, имеющих более чем десятилетний стаж работы, в некоторой степени сглаживало остроту кадровой проблемы и проблемы снижения качества медицинской помощи, которая возникала в силу перегруженности врачей.

Реализация вышеперечисленных мер позволяла минимально обеспечить учреждения гражданского здравоохранения врачебным персоналом и временно смягчить кадровую проблему. Дефицит врачей сохранялся и после окончания войны. Так, на 31 декабря 1945 г. в Пензенской области имелось 532 врачей (физических лиц), работающих в системе облздравотдела, или 3,2 врача на 10 000 человек. Как видим, по сравнению с довоенным периодом показатель обеспеченности населения врачебным персоналом вырос в 1,2 раза. Вместе с тем, такая положительная динамика связана не только с увеличением количества врачей в 1941-1945 гг. на 21,7%, но и с сокращением численности населения на 3,5% (с 1 709 500 до 1 649 252 чел.)¹. Отметим и то, что по уровню обеспеченности медицинскими кадрами высшего звена Пензенская область, по-прежнему, отставала от других регионов РСФСР. В частности, по данным М.А. Семенова, в конце 1945 г. на 10 000 чел. населения Западной Сибири приходилось 4,8 врача².

Существенную роль в оказании медицинской помощи населению области играли медицинские работники среднего звена. Важным фактором, оказавшим положительное влияние на состояние кадровой проблемы, была возможность подготовки среднего медперсонала непосредственно в Пензенской области. Так, в годы войны в регионе работали две фельдшерско-акушерские школы (в Пензе и Кузнецке), сестринская школа (закрыта в 1943 г.) и фармацевтическая школа в Пензе. На конец 1942/1943 учебного года общий контингент учащихся этих заведений составлял 560 человек³. Помимо подготовки фельдшеров, фельдшеров-

¹ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО»; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1336. Л. 10 об.-11.

² Семенов М.А. Фронт в тылу... С. 209.

³ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 970. Л. 92.

акушеров, медсестер и фармацевтов, в них в разные годы готовили лаборантов, зубных техников и зубных врачей¹.

Для ускоренной подготовки кадров сроки обучения в фельдшерско-акушерских школах и школах медсестер были сокращены: для фельдшерско-акушерского профиля с 3 до 1,5 лет, для медсестер – с 2-х лет до 1 года². Интенсификация учебного процесса достигалась за счет удлинения учебного дня и сокращения учебных часов на изучение отдельных дисциплин. Однако, такие изменения привели к снижению качества подготовки средних медицинских кадров, вследствие чего, в 1942 г. довоенные сроки обучения были восстановлены³.

Значительные ограничения на подготовку среднего медицинского персонала накладывали тяжелые условия военной повседневности. Так, например, в 1941 г. по причине участия студентов 1-3 курсов в торфозаготовках и сельскохозяйственных работах, занятия в Кузнецкой фельдшерско-акушерской школе начались не 1 августа, как было запланировано, а лишь 14 октября. Уже через неделю последовало распоряжение Кузнецкого горсовета о закрытии школы до особого распоряжения, учащиеся были распущены по домам. С возобновлением работы школы со 2 февраля 1942 г. значительная часть из них к занятиям не приступила: из 335 студентов, числившихся на 1-3 курсах школы, к окончанию 1941/1942 учебного года, осталось 58% (194 человека)⁴.

Сложности в организации быта учащихся вели к снижению учебной дисциплины и пропуску занятий. По причине плохого продовольственного снабжения многие учащиеся были вынуждены отлучаться домой в деревню за продуктами питания. Нередкими были случаи отъездов за различными справками, пропусками по семейным обстоятельствам (проводы или встреча с фронта родственников). Несмотря на реализацию различных мер, направленных на укрепление учебной дисциплины (вызов родителей, обсуждение на педсоветах, исключение из школы и т.д.) проблема с пропусками занятий оставалась

¹ См., например: ГАПО. Ф. р-58. Оп. 1. Д. 53. Л. 22.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 191. Л. 63 об.

² Семенов М.А. Фронт в тылу... С. 204.

³ ГАПО. Ф. р-1093. Оп. 1. Д. 16. Л. 1

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 854. Л. 3-3 об.

актуальной до конца войны. Так, например, в 1943/1944 учебном году учащимися Пензенской фельдшерско-акушерской школы было пропущено по уважительным причинам 27 180 человеко-часов, по неуважительным – 960¹.

На протяжении войны медицинские школы испытывали серьезные проблемы, связанные с нехваткой необходимых учебных помещений, мест проживания обучающихся, столовых. Так, например, в 1944 г. Пензенская фельдшерско-акушерская школа при контингенте учащихся в 800 человек располагалась в арендованном двухэтажном каменном здании, в котором имелось лишь 9 учебных комнат. В июле 1941 г. общежитие школы было передано НКО СССР. Учащиеся были расселены по частным квартирам, их проживание оплачивала школа из расчета в 30 р. за каждого учащегося. По причине отсутствия необходимого помещения для столовой учащиеся были прикреплены к городским столовым или питались на квартирах самостоятельно².

Гораздо хуже обстояло дело в Кузнецкой фельдшерско-акушерской школе. Так, в 1940-1941 гг. здания школы и школьной столовой были переданы под развертывание госпитальных коек, а общежитие было занято эвакуированными гражданами³. Занятия в Пензенской школе медицинских сестер в силу отсутствия собственного здания проходили на базе помещений Центральной городской больницы и психиатрической больницы⁴.

Серьезные проблемы наблюдались и с обеспечением учебниками, наглядными пособиями, учебными химическими реактивами и материалами, канцелярскими принадлежностями и т.д. К примеру, в Пензенской фельдшерско-акушерской школе в 1943/1944 учебном году один учебник анатомии приходился на 8 человек, по внутренним болезням на 5 человек, по хирургии и микробиологии на 4 человек. Совершенно отсутствовали учебники по истории

¹ ГАПО. Ф. р-58. Оп. 1. Д. 53. Л. 12 об.-13.

² ГАПО. Ф. р-58. Оп. 1. Д. 53. Л. 10.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 854. Л. 4.

⁴ ГАПО. Ф. р-1093. Оп. 1. Д. 12. Л. 87.

СССР. Из-за нехватки необходимых реактивов временно не работал химический кабинет¹.

На организации учебного процесса также негативно сказывалась мобилизация части преподавателей и дефицит врачебных кадров в области. Так, в 1944/1945 учебном году из 38 преподавателей Пензенской фельдшерско-акушерской школы, только 14 человек (из них лишь 4 врача) работали в школе как по основному месту работы, остальные были совместителями. Из-за большой нагрузки преподавателей-врачей по основному месту работы имелись случаи срывов занятий².

Прямым следствием тягот военного времени становится сокращение числа подготовленных специалистов. Если в 1940 г. медицинские школы Пензенской области окончили 673 человека, то в 1942 г. даже за счет сокращения сроков обучения удалось подготовить 614 специалистов. В 1943 и 1944 гг. по ряду различных обстоятельств (отсев учащихся, восстановление довоенных сроков обучения, закрытие Пензенской школы медсестер и др.) численность выпускников составила лишь 458 человек³.

Подготовленные специалисты в порядке мобилизации распределялись в местные эвакогоспитали (по мере их развертывания), санитарно-противоэпидемические учреждения и пустующие фельдшерско-акушерские пункты. К примеру, из 171 выпускника Пензенской фельдшерско-акушерской школы мартовского выпуска 1942 г. 91 был направлен по разнарядке на работу в эвакогоспитали⁴. Из 134 фельдшеров, подготовленных Пензенской и Кузнецкой школами, все были направлены на санитарно-противоэпидемическую работу или в пустующие фельдшерско-акушерские пункты области⁵.

Ускоренным способом подготовки средних и младших медицинских кадров являлось их обучение на различных курсах и на занятиях в кружках. В

¹ ГАПО. Ф. р-58. Оп. 1. Д. 53. Л. 11 об.

² ГАПО. Ф. р-58. Оп. 1. Д. 53. Л. 22 об.

³ ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 99.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 571. Л. 31-31 об.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 852. Л. 1 об.

соответствии с приказом НКЗ СССР «О массовой подготовке медицинских сестер запаса и санитарных дружинниц» от 7 июля 1941 г., основная работа по массовой санитарной подготовке населения возлагалась на организации Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР¹.

Обучение медицинских сестер запаса, санитарных дружинниц, санитаров и санитарных инструкторов велось, как с отрывом, так и без отрыва от производства, специально выделенными опытными врачами или средним медперсоналом в свободное от работы время. Сроки обучения на курсах без отрыва от производства составляли 5,5 месяцев и 2,5 месяца – с отрывом².

Занятия по программам «Готов к санитарной обороне» (ГСО) (первая помощь при ранениях, химических отравлениях, предупреждение инфекций) проходили в кружках, организуемых непосредственно на предприятиях, учреждениях, учебных заведениях и пр. Так, например, в июне 1941 г. по инициативе жительниц г. Пензы, проживающих в доме № 63 по ул. Кирова, был организован кружок по обучению оказанию первой медицинской помощи. Занятия проводились во дворе дома, где поставили стол, принесли санитарную сумку со всеми необходимыми принадлежностями. Домохозяйкам демонстрировалась техника остановки кровотечения, обработки ран, перевязки и т.п.³

Всего за годы войны, Пензенской областной организацией общества было подготовлено 2 026 медсестер запаса, 2 550 санитарных дружинниц, 47 635 значкистов ГСО⁴. Многие из них были направлены местные эвакогоспитали или мобилизованы в РККА в качестве медсестер, санитарок и санинструкторов.

Обучение среднего медперсонала для сети гражданского здравоохранения также велось на курсах и семинарах по специализации и повышению квалификации при местных лечебных учреждениях. Так, в 1943 г. на подобных курсах было подготовлено 45 дезинфекторов, 149 патронажных сестер, 1 850 работников сезонных яслей, 45 заведующих постоянными яслями, 17 сестер

¹ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 31.

² Королева Л.А. Страницы истории... С. 59.

³ Королева Л.А. Страницы истории... С. 60.

⁴ ГАРФ. Ф. Р-9501. Оп. 2. Д. 1018. Л. 17.

молочных кухонь¹. В 1944 г. курсы специализации и повышения квалификации с отрывом от производства прошли 102 человека, без отрыва – 78; в 1945 г. с отрывом – 97, без отрыва – 80².

Активную деятельность по повышению квалификации медперсонала, задействованного в санитарно-противоэпидемической работе, проводил Пензенский институт эпидемиологии и микробиологии. Благодаря подготовке и переподготовке среднего медперсонала на собственной научно-производственной базе, несмотря на мобилизацию части работников, в институте наблюдался ежегодный общий прирост кадров. Если в начале 1941 г. в штате в ПИЭМа состояло 110 сотрудников, то к 1944 г. их число выросло до 158³.

Для эпидемиологов, врачей и среднего медперсонала учреждений здравоохранения области эпидемиологическим отделом института проводились ежегодные семинары по вопросам лабораторных исследований, организации и проведения противоэпидемической профилактики инфекционных заболеваний группы кишечных инфекций и др. Кроме того, для отдельных групп работников (например, лаборантов) была предусмотрена индивидуальная стажировка на базе института. Всего в 1941-1945 гг. проведено 26 семинаров с охватом слушателей в 459 человек (305 врачей и 154 средних медработников), индивидуальную стажировку прошли 55 врачей и 114 медиков среднего звена⁴.

Как видим, в годы войны подготовка среднего медперсонала приобрела более масштабный характер. Это позволяло в значительной степени компенсировать мобилизацию средних медицинских кадров и стабилизировать процент укомплектованности (см. таблицу 11).

Из данных таблицы следует, что в 1941 г., несмотря на 27-процентное увеличение числа медработников, вызванное эвакуационным процессом, ощутимое расширение штатов привело к снижению процента укомплектованности с 93,8 до 87,6%. Далее, в 1942-1944 гг., последовало

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 57.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 5.

³ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 207. Л. 44; Там же. Д. 140. Л. 1.

⁴ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 110.

снижение уровня укомплектованности, вызванное, с одной стороны, сокращением числа средних медицинских кадров, с другой стороны, резким ростом числа штатных ставок. Однако, стабилизация коэффициента совместительства в 1944 г. на уровне 1,1 ставок на человека, свидетельствует о том, что положение с обеспеченностью средними медработниками обстояло значительно лучше, чем с кадрами высшего звена.

Таблица 11

Динамика показателей численности и уровня обеспечения средними медицинскими кадрами гражданского здравоохранения Пензенской области (1940-1945 гг.)¹

Показатели	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Штатных должностей (шт.)	2 680	2 991	2 978	3 291,5	3 526	3 942
Занятых должностей (шт.)	2 514,5	2 619	2 600	2 736	2 858,5	3 308
Физических лиц (чел.)	2 502	3 180	2 851	2 218	2 616	2 968
Укомплектованность (%)	93,8	87,6	87,3	83,1	81,1	83,9
Коэффициент совместительства (ставок на чел.)	1,0	0,8	0,9	1,2	1,1	1,1

Следует отметить, что для получения целостного представления о ситуации с кадрами в системе здравоохранения Пензенской области, необходимо также учитывать разницу в уровне обеспеченности медицинскими кадрами населения городов и сел, которая за военные годы хоть и приобрела тенденцию к сокращению, но по-прежнему, оставалась значительной (9,8 раз). Так, на 31 декабря 1945 г. показатель обеспеченности врачами по городской местности составил 12,7 врача на 10 000 чел., по сельской – 1,3 врача, т.е. по сравнению с 1940 г. вырос, соответственно в 1,2 и 1,4 раза².

К концу войны сохранилась более чем четырехкратная разница в уровне обеспеченности работниками среднего звена. Так, на 31 декабря 1940 г. на 10 000

¹ Рассчитано и составлено автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13.; Там же. Д. 600. Л. 7.; Там же. Д. 787. Л. 7.; Там же. Д. 946. Л. 10 об.-11.; Там же. Д. 1096. Л. 10 об.-11.; Там же. Д. 1336. Л. 10 об.-11. Указано фактическое число коек по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

² Рассчитано автором по: Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО»; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1336. Л. 10 об.-11.

сельских жителей приходилось 9 средних медработников, на горожан – 43; на 31 декабря 1945 г. – 11,5 и 49 средних медработников, соответственно¹.

Однако, как справедливо отмечает М.А. Семенов, для объективной оценки уровня медицинского обеспечения городских и сельских жителей, следует также иметь в виду характер и особенности использования медперсонала в городе и на селе. Если в городе большая часть ответственной лечебной работы была возложена на врачей, а основным вспомогательным персоналом выступали медсестры, то на селе самостоятельное лечение больных проводили не только врачи, но и фельдшеры, составлявшие бóльшую часть среднего медперсонала².

В Пензенской области такое распределение стало более явно прослеживаться к концу войны. Если, в конце 1940 г. в городах работали: 301 врач (69%) и 407 фельдшеров и фельдшеров-акушеров (44%), в сельской местности – 136 врачей (31%) и 512 (56%) фельдшеров; то в конце 1945 г. в городах было задействовано 358 врачей (67%) и 349 фельдшеров (33%), а в сельской местности – 174 врача (33%) и 694 фельдшера (67%)³.

Приведенные данные свидетельствуют о сохранении существенного разрыва в обеспеченности медперсоналом, самостоятельно оказывающим медицинскую помощь, в городских и сельских учреждениях: в 1940 г. этот показатель составил 5,4 раза, в 1945 г. – 3,9 раза.

Движение медицинских кадров в городе и на селе имело примерно схожие тенденции (см. приложение 12). Как видим, зависимость между мобилизационными и миграционными процессами и изменениями численности врачей и средних медицинских кадров сохранялась как для города, так и для села. Вместе с тем, в разных местностях она характеризовалась различной интенсивностью: если в городе итоговый прирост составил 19% по врачебным кадрами 13% по средним кадрам, то в сельской местности – 28% и 24% соответственно.

¹ Рассчитано автором по: Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО»; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13.; Там же. Д. 1336. Л. 10 об.-11.

² Семенов М.А. Фронт в тылу... С. 210.

³ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13, 14.; Там же. Д. 1336. Л. 10 об.-11.

В течение 1941-1945 гг. шло постоянное расширение медицинских штатов. Так, в городе число штатных врачебных должностей увеличилось на 38%, на селе – 62% (наибольший скачок пришелся на 1942 г.). В начале войны высокий уровень укомплектованности, как в городе, так и на селе, поддерживался за счет эвакуированных специалистов. Однако, после 1942 г. резкий рост врачебных ставок в совокупности с оттоком специалистов в ходе реэвакуации, обусловили снижение уровня укомплектованности сельского здравоохранения до 76,4%, в то время как в городах он остался практически на том же уровне. Такие показатели достигались за счет расширения совместительства до 1,4 – 1,7 на человека. Здесь важно иметь в виду и то, что возможности для совместительства на селе, в силу разброса врачебных ставок и территориальной удаленности врачебных учреждений друг от друга, были значительно меньше. По этому, даже при одинаковых коэффициентах совместительства, на практике выполнять такую нагрузку в сельской местности было в разы сложнее, чем в городе.

Ощутимо возросло и количество штатных ставок среднего медперсонала: на 40% в городах и 54% в сельской местности. При этом рост штатных возможностей, опережал рост численности средних медицинских кадров и не покрывался даже за счет прибывших специалистов. Вследствие этого, уже с 1941 г. наблюдалось снижение показателя укомплектованности, которое к концу войны было характерно в большей степени для сельской местности. Осталось неизменным и соотношение между врачами и средним медперсоналом: в 1945, как и в 1940 гг. на 1 врача по городским местностям приходилось около 4 средних медработников, по сельским – около 9.

Большой объем работы, слабое внимание местных органов к проблемам сельского здравоохранения, нехватка жилья, задержка зарплаты, трудности с получением продуктов питания и др. вели к возникновению проблемы текучести кадров. Так, в ходе обсуждения итогов работы сельского здравоохранения за 1944-1945 гг. на втором областном Съезде сельских врачей Пензенской области (начало 1946 г.) отмечалось: *«Там, где созданы более или менее сносные условия работы, там есть работники, т.е. они не уходят, а наоборот, приглашают к*

себе товарищей по работе в район. Как, например, Чаадаевский район (зав. райздравотделом тов. Торонцев) имел в 1944 г. 47 человек средних мед.работников, а в 1945 г. – 70 человек... Не думайте, что это дал Облздрав, нет, это Ваши работники ушли от Вас и остались у них [в Чаадаевском районе] работать»¹.

Конечно, в рамках мобилизационной модели управления государством предпринимались меры по повышению кадровой обеспеченности сельского здравоохранения. Так, приказ НКЗ СССР от 6 ноября 1941 г. «О замещении врачами сельских врачебных участков и о создании нормальных бытовых и рабочих условий для врачей, направляемых на село» предписывал укомплектовать свободные сельские участки врачами из числа эвакуированных врачей и врачей декабрьского выпуска 1941 г., одновременно приняв меры к созданию нормальных бытовых и рабочих условий для врачей, направленных на село².

В соответствии с Постановлением СНК РСФСР от 3 марта 1944 г. «Об улучшении медицинского обслуживания населения», руководителям местных органов здравоохранения надлежало укомплектовать до 1 мая 1944 года все сельские врачебные участки врачами и в дальнейшем категорически запретить отзыв врачей сельских участков без одновременной их замены другими врачами³. На достижение схожих целей был направлен и приказ НКЗ СССР «О мероприятиях по укреплению сельских врачебных участков» от 28 июня 1944 г.⁴

Тем не менее, в условиях объективно ограниченных кадровых и материально-хозяйственных возможностей здравоохранения эти решения не

¹ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 16.

² О замещении врачами сельских врачебных участков и о создании нормальных бытовых и рабочих условий для врачей, направляемых на село: Приказ НКЗ СССР от 06.11.1941 г. // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 56.

³ Об улучшении медицинского обслуживания населения: Постановление СНК РСФСР от 03.03.1944 г. № 117. Текст: электронный // LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов СССР: сайт. 2011. URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4480.htm (дата обращения: 07.02.2023).

⁴ О мероприятиях по укреплению сельских врачебных участков: Приказ НКЗ СССР от 28.06.1944 г. // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 419-421.

могли коренным образом повлиять на состояние кадровой проблемы и имели ограниченный эффект.

Квалифицированные медицинские кадры были необходимы и для развертываемых в Пензенской области эвакуогоспиталей. Очевидно, что динамика изменений численности медперсонала находилась в прямой зависимости от динамики формирования самих госпиталей. Исходя из этого, следует, что наибольшее количество медработников трудились в эвакуогоспиталях на момент их максимального развертывания, т.е. во второй половине 1942 г., когда госпитальная сеть включала не менее 38 учреждений. Однако, установить это в точности не представляется возможным, поскольку в распоряжении исследователей имеются лишь сведения о численности кадров по состоянию на конец соответствующего военного года (см. таблицу 12).

Таблица 12

**Динамика показателей численности и уровня укомплектованности
персоналом эвакуогоспиталей
Пензенской области персоналом (1940-1945 гг.)¹**

Категория	Показатели	31.12. 1941	31.12. 1942	31.12. 1943	31.12. 1944	01.07. 1945
Врачебные кадры	Плановая численность (чел.)	311	132	382	297	316
	Фактическая численность (чел.)	236	123	257	207	208
	Укомплектованность физ. лицами (%)	76	93	67	70	66
Прочие категории работников*	Плановая численность (чел.)	3 696	1 534	4 844	3 860	4 107
	Фактическая численность (чел.)	3 394	1 503	4 551	3 454	3 317
	Укомплектованность физ. лицами (%)	92	98	94	89	81

Как видим из таблицы, наименьшее число врачей и других категорий работников в эвакуогоспиталях значилось в декабре 1942 г., т.е. после передачи 26 эвакуогоспиталей в ведение НКО СССР (по различным данным, в области осталось от 9 по 20 госпиталей). В 1943 г. развертывание новых эвакуогоспиталей, передача части учреждений в НКО, их реэвакуация в западные районы страны и расформирование, определили последующие колебания численности персонала. В

¹ Рассчитано и составлено автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 7.

* Указана суммарная численность средних и младших медицинских кадров, а также административно-хозяйственного персонала.

итоге, в течение года число врачебных кадров выросло на 209%, число работников других категорий на 303%. В 1944 г. в связи с передислокацией 2 эвакогоспиталей в западные республики СССР и расформированием 900 коек фактическая численность госпитальных работников сократилась и до начала активного процесса расформирования госпитальной базы (с середины 1945 г.) значительно не менялась.

Сопоставление данных таблицы 12 с данными графика 1 позволяет заключить, что наибольший процент укомплектованности приходился на периоды наименьшей концентрации эвакогоспиталей в Пензенской области. Это наиболее четко видно на примере учета врачебных кадров. Так, со снижением числа эвакогоспиталей в конце 1942 г. до 9 учреждений процент укомплектованности врачами вырос с 76% до 93%. На отчетные даты последующих военных лет, когда госпитальная база региона сосредотачивала 20-22 эвакогоспиталя, укомплектованность находилась в районе 66-70%.

Существенной была разница в обеспеченности эвакогоспиталей различными группами работников. Если в случае со средним и младшим медперсоналом укомплектованность кадрами была достаточно высокой, то применительно к врачебным кадрам уместно говорить о сложившейся бедственной ситуации. На наш взгляд, основными причинами, обусловившими крайне затруднительное выполнение плановых заданий по комплектованию эвакогоспиталей врачебными кадрами, являлись, во-первых, ограниченные кадровые возможности гражданского здравоохранения региона, во-вторых, отсутствие в регионе собственной базы для подготовки медицинских кадров высшего звена.

В этой связи большое значение имеет вопрос об источниках поступления медицинских кадров в эвакогоспитали. Учитывая то, что 83% эвакогоспиталей, развернутых в Пензенской области в годы войны были созданы «с нуля» пензенским облздравотделом, следует, что основная масса врачебных кадров эвакогоспиталей была мобилизована из гражданских учреждений. Так, только в январе-феврале 1942 г. из 659 врачей, задействованных в гражданской сети, на

работу в новых эвакуогоспиталях было направлено 92 врача¹. Например, почти весь врачебный персонал ЭГ № 3289, развернутого в июле 1941 г. в с. Каменка, первоначально состоял из работников районной больницы, а в дальнейшем пополнялся через облздравотдел и районный военный комиссариат².

Помимо мобилизации из гражданских лечебных учреждений, персонал пензенских эвакуогоспиталей пополнялся за счет перевода специалистов из других регионов. Так, в августе – начале сентября 1943 г. после передачи части эвакуогоспиталей в систему НКО вместе их персоналом (74 врача), из Башкирской АССР в эвакуогоспитали Пензенской области были направлены на работу 50 врачей. Для их сопровождения был командирован уполномоченный облздравотдела³.

На протяжении войны остро стояла проблема нехватки врачей узких специальностей, в первую очередь, хирургов. Она решалась путем перепрофилирования врачей других специальностей на курсах, проводимых отделом эвакуогоспиталей Пензенского облздравотдела или Казанским ГИДУВом. Полутора-двухмесячные курсы без отрыва от производства, как правило, организовались на базе наиболее оборудованных и обеспеченных высококвалифицированными кадрами местных эвакуогоспиталей. Так, например, в феврале-апреле 1942 г. в на базе эвакуогоспиталей № 998 (г. Пенза), № 1950 (г. Кузнецк), № 1690 (г. Сердобск) для госпитальных врачей, не имеющих специальной хирургической подготовки (терапевты, педиатры, выпускники 1938-1941 гг.), были организованы и проведены 45-ти дневные курсы специализации по хирургии. Занятия проводились без отрыва от производства ведущими хирургами эвакуогоспиталей области 2 раза в неделю с 17 до 20. Специализацию на курсах прошли 17 врачей из ЭГ №№ 998, 1648, 1649, 1650, 1651, 2771, 2772⁴.

Проводились и курсовые мероприятия по повышению квалификации врачей. Например, с 5 по 10 января, а также с 25 февраля по 2 марта 1942 г. на

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 571. Л. 1.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 896. Л. 1.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 29.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 476. Л. 1, 32-32 об.

базе Центральной городской больницы г. Пензы под руководством У.М. Милушева для врачей-хирургов, работающих в эвакогоспиталях, были проведены курсы переливания крови¹.

Наибольшее число специалистов (411 врачей) прошли подготовку в 1942 г., т.е. в период развертывания в Пензенской области максимального числа эвакогоспиталей. Всего же в 1941-1944 гг. переподготовку и повышение квалификации без отрыва от производства прошли 574 врача, с отрывом от производства – 208 врачей, в т.ч. по хирургии 200 и 84, соответственно². Подробные сведения о численности врачей, прошедших различные курсы специализации и повышения квалификации, за отдельные военные годы представлены в приложении 13.

Следует отметить, что в штате многих эвакогоспиталей преобладали молодые специалисты, не имеющие большого стажа работы. Однако в большинстве госпиталей должности ведущих хирургов и ведущих терапевтов занимали опытные специалисты, которые осуществляли контроль за работой молодых врачей и способствовали их профессиональному развитию. К эвакогоспиталям, не имеющим ведущих хирургов, в качестве постоянных консультантов были прикреплены хирурги их других госпиталей³. В числе специалистов, сыгравших особенно значимую роль в подготовке молодых врачей и повышении качества лечебной помощи руководством облздравотдела отмечены такие ученые-медики как Э.И. Гимпельсон, В.С. Маят, С.Ю. Невядомский, Б.Я. Шемшелевич и др.⁴

Для повышения качества лечения ранобольных были введены должности главного хирурга и главного терапевта отдела эвакогоспиталей, которые помимо руководящей работы оказывали помощь пациентам эвакогоспиталей. В Пензенской области в разные военные годы эти должности занимали,

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 477. Л. 1-2.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 21.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 573. Л. 4.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 16.

соответственно, хирурги: А.И. Левков, В.С. Маят, М.М. Лифшиц; терапевты: И.Г. Кирпичников, С.Ю. Невядомский, И.В. Алипов¹.

Ту же цель преследовало создание в 1942 г. при отделе эвакогоспиталей группы усиления, в состав которой вошли ведущие врачи различных специализаций: хирурги: Маят, Протопопов, Левков; терапевты: Алипов, Майоранова, Мараховский, Коробков; невропатологи: Ляпидус, Гарнауэр, Шурупов; окулисты: Люстрова, Малкин, Ляутерштейн; отиаторы: Терновский, Шеремет, Щербак; инфекционисты: Лукин; венерологи: Клячкин; урологи: Гимпельсон, Криво. Врачи, включенные в состав группы, осуществляли выезды в районные эвакогоспитали для оказания консультативной и практической помощи, проводили на местах сложные показательные операции².

В военный период не менее активно осуществлялась профильная подготовка имеющегося среднего медицинского персонала посредством его обучения на курсах по всем видам специализированной лечебной помощи, проводимых на базе эвакогоспиталей, больниц, медицинских школ. К работе на курсах привлекались врачи и преподаватели тех же учреждений³.

Всего за годы войны на сестринских курсах было подготовлено с отрывом и без отрыва от производства: 81 операционная сестра, 64 операционных техника, 28 субординаторов, 32 рентгентехника, 12 рентген-лаборантов, 117 массажисток, 26 лаборантов, более 300 инструкторов, методистов и помощников методиста по ЛФК, 176 медсестер по ЛФК, 335 по травматологии и гипсовой технике, 231 по переливанию крови, 20 по внутривенному переливанию, 123 по диетическому питанию, 26 по физиотерапии, 51 перевязочная медсестра и 79 старших медсестер⁴.

В конечном итоге проводимая специализация медицинского персонала эвакогоспиталей объективно способствовала углублению специализации

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 17-18.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 16.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 287. Л. 50.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 22.

медицинской помощи, и, как следствие, повышала качество обслуживания поступающих раненых.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что для системы здравоохранения Пензенской области на протяжении всего военного периода была актуальна проблема кадрового дефицита. На ее состояние оказывало влияние значительное количество разноплановых факторов: низкие кадровые возможности накануне войны, отсутствие собственного медицинского института, мобилизация значительной части медперсонала в развертываемые эвакогоспитали и на фронт, миграционные и эвакуационные процессы и др.

Если в 1941-1943 гг. обострившийся по причине мобилизации кадровый дефицит в гражданском здравоохранении частично компенсировался за счет эвакуированных специалистов, то в 1944-1945 гг. вследствие их оттока в ходе реэвакуации, как и до войны, решение кадровой проблемы осуществлялось, главным образом, путем активного применения совместительства. Медперсонал, прежде всего, врачи, был вынужден одновременно занимать более 1,5 ставок. Ситуация в кадровом вопросе осложнялась нехваткой медиков узких специальностей. Особенно остро проблема кадрового дефицита стояла в сельской местности, где показатель обеспеченности врачами на 10 000 человек даже к началу 1946 г. уступал городскому почти в 10 раз.

Недостаточная укомплектованность врачебными кадрами была характерна и для развертываемых на территории Пензенской области эвакогоспиталей, как в плане их количественного обеспечения, так и в плане наличия узких специалистов. Значительно осложняло работу органов здравоохранения по обеспечению штатов эвакогоспиталей постоянная текучесть врачебных кадров, а также передислокации госпиталей вместе с обслуживающим персоналом в другие регионы страны.

В сложившихся условиях государство было вынуждено прибегнуть к интенсификации подготовки медицинских кадров путем расширения набора в медицинские институты и средние образовательные учреждения медицинского профиля, сокращения сроков обучения в них, подготовки (обучения) среднего и

младшего медперсонала на различных ускоренных курсах (рокковские курсы медсестер, занятия по программам ГСО), а также за счет подготовки специалистов высшего и среднего звена на курсах специализации (перепрофилирования) и повышения квалификации. Ускоренная подготовка, с одной стороны, позволила временно снизить остроту кадрового вопроса, с другой, негативно отразилась на качестве подготовки выпускников.

Эффективность работы учреждений здравоохранения во многом зависела и от рациональной расстановки медицинских кадров. Однако, из-за быстрого изменения оперативной обстановки, сложности решения оперативных задач, стоявших перед местными органами здравоохранения, и влияния субъективных факторов программа мобилизационного распределения давала сбои. Невысокие показатели кадровой укомплектованности при наличии значительного числа эвакуированных специалистов свидетельствуют, особенно в 1941-1942 гг., подтверждают этот тезис.

Тем не менее, несмотря на серьезные кадровые проблемы, региональным органам здравоохранения все же удавалось выполнять поставленные перед ними задачи. В основе их достижения лежала ежедневная самоотверженная работа медиков, их стойкость и мужество.

1.4. Финансирование и уровень материально-хозяйственного обеспечения здравоохранения

В период Великой Отечественной войны необходимость обеспечения обороны государства привела к существенным изменениям в бюджете страны, которые затронули и финансирование сферы здравоохранения. Соответствующие данные отражены в таблице 13.

Данные таблицы свидетельствуют, что для государственного бюджета в начале войны было характерно сокращение затрат на здравоохранение (в сравнении с 1940 г. на 23,9%). Впрочем, здесь следует иметь в виду утрату в начале войны значительной части медицинской сети на оккупированных

территориях, и, как следствие, исключение этой сети из расходной части советского бюджета на первом этапе войны. А также то, что по мере увеличения ассигнований, начиная с 1943 г., нагрузка по обеспечению медицинской сети освобожденных территорий существенно возрастает.

Таблица 13

**Затраты на здравоохранение
в государственном бюджете СССР (1940-1945 гг.)¹**

Показатели	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Общие расходы госбюджета (млн. руб.)	174 350,2	191 398,1	182 841,4	209 989,2	263 962,4	298 590,7
В том числе расходы на здр-е (млн. руб.)	8 950	6 814,8	6 766,2	8 447,9	10 192,2	11 366,5
Удельный вес расходов на здр-е (%)	5,1	3,6	3,7	4,0	3,9	3,8

Необходимо также отметить, что с началом войны доля расходов на здравоохранение в структуре государственного бюджета по сравнению с 1940 г. снизилась с 5,1% до 3,6%. Однако, несмотря на увеличение абсолютной суммы затрат на здравоохранение в 1943-1945 гг. и общий рост государственного бюджета, структурная доля расходов за охрану здоровья населения так и не достигла довоенного уровня. Так, в 1943 г. этот показатель составил 4%, в 1944 – 3,9, в 1945 – 3,8².

Важно учитывать, что бюджетная система СССР, представляла собой сложный комплекс отдельных видов бюджетов, включающий три основных звена: бюджеты союзные, республиканские и местные. При этом основная роль в реализации мероприятий по охране здоровья граждан отводилась местным бюджетам, за счет средств которых предусматривалось финансирование учреждений и мероприятий: лечебно-профилактических (больниц, поликлиник, амбулаторий, здравпунктов, фельдшерских пунктов, станций скорой помощи,

¹ Составлено по: Государственный бюджет СССР. Статистический сборник. Ч. II. 1938-1950 гг. / под общ. ред. А.В. Бачурина. Москва, 1955. С. 37, 40, 93, 97.

² Государственный бюджет СССР... С. 37, 40, 93, 97.

противотуберкулезные учреждения и др.); санитарно-противоэпидемических (ГСИ, СЭС, бактериологические лаборатории, дезинфекционные станции и пункты, малярийные станции, противоэпидемические мероприятия, дома и пункты санпросвещения); в области родовспоможения и лечебно-профилактической помощи женщинам и детям (роддома, акушерские пункты, детские и женские консультации, детские больницы и поликлиники, ясли, дома ребенка, молочные кухни); в области просвещения и управления здравоохранением¹. Так, на протяжении войны местные бюджеты покрывали от 64 до 79% государственных расходов на здравоохранение².

В связи с этим, а также по причине отсутствия точных сведений об объемах союзных и республиканских ассигнований, анализ изменений бюджета здравоохранения в Пензенской области, целесообразно осуществлять на основе данных о динамике затрат местных бюджетов региона на здравоохранение (см. таблица 14).

Таблица 14

Затраты на здравоохранение в бюджете Пензенской области (1940-1945 гг.)³

Показатели	Годы						
	1940	1941	1942*	1942*	1943	1944	1945
Общие расходы бюджета области (тыс. руб.)	212 916,7	214 802,1	261 726,3	204 000,3	198 457,4	275 864,9	Нет данных
В том числе расходы на здр-е (тыс. руб.)	41 740,2	45 209,3	105 542,0	47 816,0	56 056,0	56 416,0	61 100,7
Удельный вес расходов на здр-е (%)	19,6	21,1	40,3	23,4	28,3	20,5	?

Из таблицы следует, что финансирование здравоохранение, составляя в разные годы от 19,6% до 40,3% от всей расходной части, являлось важнейшей статьей расходов бюджета Пензенской области. Динамика бюджетных

¹ Ровинский Н.Н. Государственный бюджет СССР. Москва, 1944. С. 33.

² Государственный бюджет СССР... С. 37, 93.

³ Составлено и рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 512. Л. 42 об, 43.; Там же. Д. 746. Л. 26 об.; Там же. Д. 1019. Л. 21 об.; Там же. Д. 1152. Л. 27.; Там же. Д. 1297. Л. 44,45.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 987. Л. 6.; Там же. Д. 1037. Л. 2.

* С учетом расходов на развертывание и текущее обслуживание эвакогоспиталей.

* Без учета расходов на развертывание и текущее обслуживание эвакогоспиталей.

ассигнований на охрану здоровья населения региона выпадала из общей канвы развития бюджета государственного здравоохранения военного периода: наряду с ростом областного бюджета наблюдался параллельный рост абсолютного показателя расходов на здравоохранение. Если в 1941 г. рост ассигнований на здравоохранение составил 8,3% по сравнению с довоенным уровнем, то в 1942 г., в связи с необходимостью развертывания широкой сети эвакуогоспиталей, сумма выделяемых средств выросла относительно 1941 г. на 233,5%, достигнув 105 542 тыс. рублей. Даже без учета средств, направляемых на эвакуогоспитали (57 726 тыс. руб.), отраслевые расходы на гражданский сектор выросли до 47 816 тыс. рублей, т.е. относительно 1941 г. возросли на 5,7%¹.

В 1943 г. перевод эвакуогоспиталей на финансирование из республиканского бюджета позволил снизить нагрузку на областной бюджет и направить больший объем средств на охрану здоровья гражданского населения, как в абсолютных показателях, так и в процентном отношении к общим расходам бюджета. Прирост ассигнований на гражданский сектор составил 17,2%². В дальнейшем их дальнейшее ощутимое увеличение последовало только в 1945 г.

Таким образом, общий прирост затрат на здравоохранение за военные годы в Пензенской области опережал общесоюзные показатели (соответственно на 46,4% и 27% относительно 1940 г.). Динамика изменения объема ассигнований также имела свою специфику: если наиболее активный прирост бюджета здравоохранения в Пензенской области пришелся на 1941-1943 гг., то в общесоюзном масштабе на 1944-1945 гг.

Рассматривая изменения бюджета гражданского здравоохранения, следует учитывать его структуру. Соответствующие данные отражены в таблице 15.

¹ Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 512. Л. 42 об,43; Там же. Д. 746. Л. 26 об.; Там же. Д. 1019. Л. 21 об.; ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 977а. Л. 11.

² ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1152. Л. 27.

**Структура бюджета гражданского здравоохранения
Пензенской области (1941-1944 гг.)¹**

Статьи расходов	Годы							
	1941 ²		1942 ³		1943 ⁴		1944 ⁵	
	сумма (т.р.)	%	сумма (т.р.)	%	сумма (т.р.)	%	сумма (т.р.)	%
Зарплата и начисление на зарплату	22 130,3	49	22 101,6	46,2	32 364,4	57,7	33 612,7	59,5
Административно-хозяйственные расходы	5 276	11,7	5 882,9	12,3	5 133,8	9,2	4 506,1	8,0
Просвещение и наука	359,9	0,7	162,8	0,3	102,7	0,2	976,5	1,7
Питание	9 244,8	20,5	10 221,7	21,4	9 023,0	16,1	7 331,7	13,0
Приобретение медикаментов и перевяз. средств	2 163,7	4,8	1 995,2	4,2	1 911,4	3,4	2 755,6	4,9
Приобретение и ремонт инвентаря и оборудования	2 942,7	6,5	1 901,5	4,0	1 577,3	2,8	1 675,2	3,0
Капитальные вложения	126,0	0,3	—	0	—	0	—	0
Внелимитные затраты	1 953,0	4,3	862,0	1,8	708,0	1,3	940,6	1,7
Прочие расходы	1 012,9	2,2	4 688	9,8	5235,4	9,3	4 617,6	8,2
Итого	45 209,3	100	47 818	100	56 056,0	100	56 416,0	100

Анализ представленных сведений позволяет констатировать, что для структуры финансирования гражданского здравоохранения была характерна некоторая диспропорция. С одной стороны, с начала войны наблюдалось стабильное превалирование и ощутимое увеличение доли расходов на заработную плату (с 46,3% до 56,3%), что следует связывать с постоянным ростом штатов здравоохранения и расширением сети. С другой стороны, с 1942 г. прослеживается явное снижение удельного веса расходов на приобретение и ремонт инвентаря и оборудования (с 6,5% до 3%), на внелимитные затраты и капитальное строительство (с 4,6% до 1,7%).

Подобная бюджетная политика представляется не достаточно эффективной. Резкое увеличение доли ассигнований на заработную плату при очевидной

¹ ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1152. Л. 23 об. Раздел «Образование и наука» включает расходы на научно-исследовательскую работу, учебные расходы, стипендии учащихся, приобретение учебных пособий, книг для библиотеки.

² ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 746. Л. 19 об.

³ ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1019. Л. 18 об.

⁴ ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1152. Л. 23 об.

⁵ ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1297. Л. 37.

нехватке кадров для закрытия штатных должностей и параллельное сокращение на ремонт и капитальное строительство, могло привести лишь к ухудшению состояния материально-хозяйственной базы медицинских учреждений. Это подтверждается и тем, что фактические расходы в некоторые военные годы превышали выделенные целевые средства. Так, например, в 1943 и 1944 гг. сумма фактических затрат по внелимитным капитальным вложениям превысила плановые расходы, соответственно, на 46% и 33%; по расходам на приобретение и ремонт инвентаря и оборудования – на 45% и 10%¹.

С 1943 г. наблюдалось значительное снижение ассигнований на питание, которое происходило по причине низкого процента выполнения планов по соответствующей статье расходов в силу проблем с продовольственным снабжением. Так, в 1942 г. они были выполнены на 76%, в 1943 – на 65%, в 1944 – на 82%².

Нерациональное использование части финансовых средств в совокупности с тяжелыми условиями военного времени (например, продовольственная проблема, низкий кадровый потенциал) обусловили неполное освоение бюджетных ассигнований. Так, например, в 1942 г. процент выполнения бюджета по здравоохранению составил 68% (с учетом эвакогоспиталей), на 81% (без учета эвакогоспиталей), в 1943 – 83%, в 1944 – 94%³.

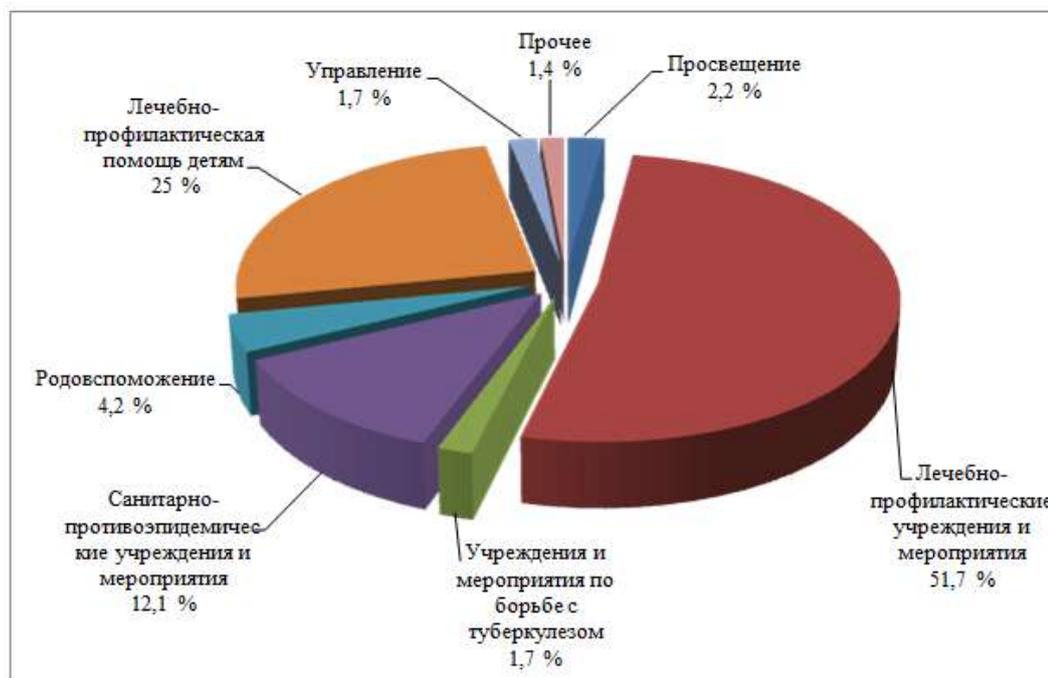
Целесообразно рассмотреть функционально-отраслевую структуру бюджета гражданского здравоохранения Пензенской области. Исходя из того, что по большинству статей расходов она не претерпела серьезных изменений, рассмотрим ее на примере 1943 г. (см. диаграмма 1).

¹ Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1152. Л. 23 об.; Там же. Д. 1297. Л. 37.

² Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1019. Л. 18.; Там же. Д. 1152. Л. 23 об.; Там же. Д. 1297. Л. 37.

³ Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 512. Л. 34; Там же. Д. 746. Л. 19 об.; Там же. Д. 977а. Л. 11; Там же. Д. 1019. Л. 18 об.; Там же. Д. 1152. Л. 23 об.; Там же. Д. 1297. Л. 37.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 987. Л. 6.; Там же. Д. 1037. Л. 2.

Функционально-отраслевая структура бюджета здравоохранения Пензенской области (1943 г.)¹



Как видим, из общей суммы средств, выделяемых на гражданское здравоохранение, более 50% направлялись на обеспечение деятельности общих лечебно-профилактических учреждений (больницы, поликлиники, амбулатории, ФАПы, здравпункты и пр.) Это является вполне закономерным, поскольку именно на них приходилась основная часть лечебной нагрузки.

Достаточно слабо финансировались санитарно-противоэпидемические учреждения и мероприятия. В условиях ухудшения санитарно-противоэпидемической обстановки и резкого роста сети санитарно-противоэпидемических учреждений, расходы по этой статье на протяжении войны занимали только десятую часть бюджета.

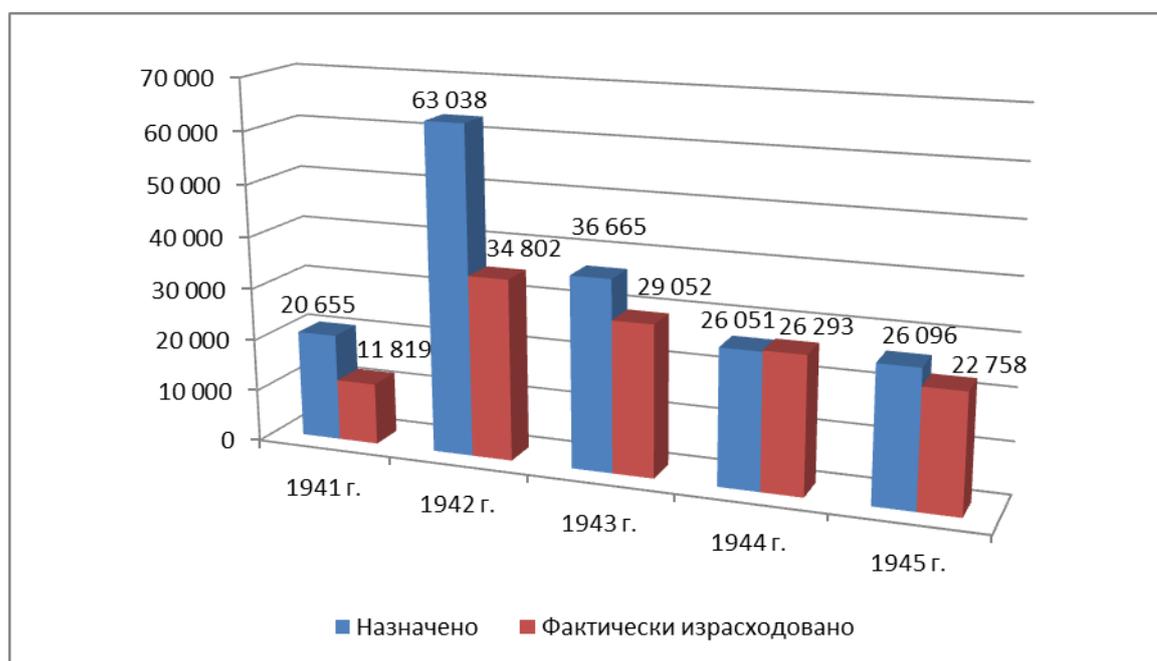
¹ Рассчитано и составлено автором по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 1152. Л. 20-23 об. В статью «Лечебно-профилактические учреждения и мероприятия включены расходы на общие больницы, поликлиники и амбулатории, психиатрические больницы и лечебные колонии, санатории для взрослых, физиотерапевтические лечебницы, кожно-венерологические диспансеры, учреждения и мероприятия по борьбе с трахомой, все виды типов здравпунктов при предприятиях, фельдшерские, фельдшерско-акушерские и акушерские пункты, станции санитарной авиации и скорой помощи, станции и пункты переливания крови.

За годы войны одним из приоритетных направлений финансирования стала охрана здоровья детей. Так, с 1941 г. по 1943 г. удельный вес соответствующих расходов в бюджете здравоохранения вырос с 15 до 25% и оставался на таком уровне до конца войны¹. Это, безусловно, способствовало некоторому расширению сети детских лечебных учреждений и повышению эффективности их работы.

Важнейшей статьёй расходов государственного бюджета являлось финансирование эвакуогоспиталей. В Пензенской области изменение его объемов в целом совпадало с динамикой развертывания сети эвакуогоспиталей (см. диаграмма 2).

Диаграмма 2

**Финансирование эвакуогоспиталей
Пензенской области (1941-1945 гг.) (тыс. руб.)²**



Если в бюджет 1941 г. были заложены расходы на развертывание только 6 эвакуогоспиталей (в соответствии с мобилизационным планом), то для выполнения

¹ Составлено по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 746. Л. 19; Там же. Д. 1019. Л. 18; Там же. Д. 1152. Л. 23; Там же. Д. 1297. Л. 35.

² Составлен по: ГАПО. Ф. р-1882. Оп. 1. Д. 835. Л. 4,10; Там же. Д. 977а. Л. 11; Там же. Д. 1125 б. Л. 5-6; Там же. Д. 1255 а. Л. 2; Там же. Д. 1336 б. Л. 12 об.

новых плановых заданий во второй половине 1941 г. были выделены дополнительные средства. В итоге, на текущее содержание и развертывание новых госпиталей из местного бюджета было выделено до 20 655 тыс. руб.

В 1942 г. на период бюджетные ассигнования на содержание эвакуогоспиталей были увеличены до 63 038 тыс. руб. (57 726 тыс. руб. – из местного бюджета и 5 312 тыс. руб. – из союзного). Частые изменения плана развертывания госпиталей в совокупности с неотлаженной системой финансирования облздравотделом привели к образованию значительного остатка средств на счетах госпиталей¹. План расходов по эвакуогоспиталям был выполнен лишь на 55%. В связи с этим, а также по причине резкого сокращения госпитальной сети в конце 1942 г., в 1943 г. на эвакуогоспитали было выделено 36 665 тыс. руб. (т.е. 58% от уровня 1942 г.). Для стабилизации ситуации с содержанием и развертываем эвакуогоспиталей нагрузка по их финансированию в 1943 г. была полностью перенесена на республиканский бюджет. В 1944–1945 гг. со стабилизацией госпитальной базы региона затраты на ее содержание также стабилизируются.

Таким образом, финансирование здравоохранения Пензенской области в годы войны носило неравномерный характер. Его объемы были обусловлены, с одной стороны, ограниченными финансовыми возможностями государства, с другой, необходимостью выполнения оборонных задач. Так, наибольшая часть ассигнований, направленных на здравоохранение, приходится на период концентрации в регионе наибольшего числа госпиталей. Впрочем, несмотря на значительную бюджетную нагрузку по развертыванию и содержанию тыловой госпитальной базы, ассигнования на содержание и развитие гражданской лечебной сети с каждым военным годом увеличивались. Перевод финансирования эвакуогоспиталей из местного бюджета в республиканский бюджет способствовал закреплению этой тенденции.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 455. Л. 33.

Вместе с тем, несмотря на увеличение финансирования, здравоохранение региона на протяжении войны испытывало значительные трудности в вопросах санитарно-хозяйственного и материально-технического обеспечения.

Одной из проблем являлась нехватка соответствующих зданий для размещения медицинских учреждений. Так, еще накануне войны руководство облздрава указывало на то, что большинство помещений районных врачебных амбулаторий – непригодные под медицинские нужды здания¹. Например, Земетчинская районная амбулатория располагалась в 2,5-3 км от райцентра, в старом предрасположенном к сырости здании, нуждающемся в проведении капитального ремонта².

В ходе работы второго областного Съезда сельских врачей (1946 г.) отмечалось, что военные здания многих больниц, особенно сельских, вследствие отсутствия капитального ремонта пришли в ветхое состояние (Мокшанская, Башмаковская, Васильевская, Нижнеломовская, Сердобская, Каменская, Голицынская, вторая Советская г. Кузнецка, Чернозерская, Козловская, Иссинская и другие больницы). Собственных помещений для приема больных не имели многие фельдшерско-акушерские пункты области. Вследствие чего, прием пациентов проводился медицинскими работниками в своих квартирах или непригодных арендуемых помещениях. По этим же причинам было свернуто несколько колхозных родильных домов³.

Нехватку помещений испытывали и учреждения, расположенные в областном центре. Особенно ярко это иллюстрирует ситуация с Областным домом санитарного просвещения. По причине отсутствия собственного здания, в разные военные годы, он либо осуществлял свою деятельность в зданиях других учреждений г. Пензы, либо вовсе не работал: в 1941 г. – в одной из комнат краеведческого музея, в 1942 г. – закрыт и затем открыт при партийном кабинете Пензенского горкома ВКП (б), в 1943 г. – в комнате при Доме партийного

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 142. Л. 17.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 664. Л. 41.

³ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 9, 74.

просвещения, в 1944 г. – в двух комнатах краеведческого музея¹. Ввиду совмещения областной и городской противомалырийных станций в одном помещении имелись значительные проблемы в организации гельминтологической работы и развертывании малырийных коек. Запланированное еще накануне войны строительство собственного здания для областной противомалырийной станции так и не было осуществлено².

Указанная проблема была характерна и для эвакуогоспиталей. Если госпитали, предусмотренные довоенным мобилизационным планом, развертывались в своевременно подготовленных и вполне соответствующих своему назначению зданиях, то госпитали второй очереди зачастую размещались в непригодных помещениях, несмотря на то, что для них выделялись лучшие общественные здания. Так, 18 сентября 1941 г. начальник ЭГ № 2772 (Ахуны) М.Д. Артемов, ходатайствуя перед начальником политотдела областного военкомата о предоставлении госпиталю нового здания, аргументировал это тем, что имеющиеся помещения (Дом отдыха) к работе в зимних условиях не пригодны, а именно: *«1. Все лечебные корпуса летнего типа, т.е. стены срублены из тонкомерного бревна, некоторые помещения не оштукатурены, стены всех зданий не обшиты снаружи тесом..... 2. Количество печей в корпусах по санитарно-техническим нормам не соответствует кубатуре зданий... 3. Столовая, уборные, умывальники расположены вне зданий. 4. Зимняя столовая может вместить максимум 100 человек и требует капитального ремонта по отоплению. 5. Комнат и специальных помещений для проведения культурно-массовой работы в зимнее время нет. 6. Нет совершенно санитарного пропускника.... 7. Нет водопровода и нет помещений для хранения запаса воды»*³.

Развертывание этих госпиталей должно было осуществляться в ускоренном порядке, однако, ход приспособительных работ нередко затягивался, как по

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 4.; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 4 об.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 80; Комната санитарного просвещения // Сталинское знамя. 1942. 17 июня. № 141 (7666). С. 3.; ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 1.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 142. Л. 20.

³ ГАПО. Ф. р-148. Оп. 1. Д. 324. Л. 49.

причине снабженческих проблем, так и вследствие бюрократической волокиты. Так, при наличии решения Пензенского облисполкома о проведении ремонтно-строительных работ по приспособлению помещений под эвакогоспитали, составлении смет и приобретении необходимого строительного материала от 10 октября 1941 г., областной отдел коммунального хозяйства дал соответствующие указания на места лишь спустя месяц. В целях предотвращения срыва плановых заданий решением Пензенского облисполкома № 144 от 20 ноября 1941 г. за нарушение сроков приспособления помещений для заведующего отдела коммунального хозяйства, председателей гор- и райисполкомов была установлена уголовная ответственность¹. Впрочем, эта мера не возымела должного результата. Нарушение сроков развертывания госпиталей наблюдались и в дальнейшем.

Имелись случаи открытия госпиталей в не дооборудованных помещениях, даже непринятых в эксплуатацию, например, ЭГ № 4403 (Нижний Ломов). В ЭГ № 2772 (Ахуны) был сделан настолько некачественный ремонт, что в скором времени обвалилась штукатурка. В одном из зданий ЭГ № 2774 (Кузнецк) при открытии не был установлен второй паровой котел, вследствие чего зимой было законсервировано 200 коек².

Определенные трудности в работе госпиталей создавало их размещение сразу в нескольких зданиях, расположенных на значительном расстоянии друг от друга. Так, ЭГ № 1650 (Пенза) размещался в шести отдельных зданиях удаленных друг от друга на 0,5 – 1,5 км³. ЭГ № 4402 (Земетчино) был развернут в трех корпусах, при этом первый, располагался от второго и третьего на расстоянии в 1 км⁴.

Для улучшения санитарно-бытовых условий и повышения качества лечения, по возможности, происходило передислоцирование госпиталей внутри области, нередко, в здания выбывших эвакогоспиталей. Так, во исполнение решения Пензенского облисполкома № 33 от 30 июня 1943 г., из Иссы и Трескино в г.

¹ ГАПО. Ф. р-2038. Д. 435 б. Л. 361-361 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 289. Л. 2-3.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 290. Л. 2.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 478. Л. 1.

Кузнецк в помещения выбывшего госпиталя НКО № 1312 были передислоцированы и объединены в один эвакогоспитали № 2917 и № 5337¹.

Одной из наиболее сложных проблем на протяжении войны оставалась подготовка учреждений здравоохранения, впрочем, как и других социальных объектов, к зиме. Это было связано как с неудовлетворительной работой местных топливных отделов по заготовке топлива (прежде всего, дров), но и с трудностями его доставки до учреждений по причине нехватки транспорта и дальности расстояния заготовок. Такая ситуация вела к значительным издержкам в работе медучреждений. Так, например, зимой 1942-1943 гг., в Большевьяском районе, в силу низкой температуры в амбулатории некоторые врачи были вынуждены вести прием у себя на квартирах².

Тяжелая ситуация с отоплением сложилась в Пензенской городской детской инфекционной больнице им. КИМ зимой 1943-1944 гг. Так, большинство помещений больницы с декабря 1943 по февраль 1944 г. отапливались с постоянными перебоями, а с 28 февраля по 18 марта 1944 г. отапливался только пищеблок. Температура в палатах, где лежали больные дети, находилась на уровне от +8 до +10 °С, а в коридорах и кабинетах медперсонала не поднималась выше +8 °С. Во избежание переохлаждения детей они одевались тремя комплектами одеял. Из-за холода практически не проводились рентгеновские обследования³.

Уже в первый военный год со сложностями в подготовке к отопительному сезону столкнулось и руководство эвакогоспиталей. Значительная часть райисполкомов не выполнила возложенные на них задачи по снабжению госпиталей. По ходатайству облздравотдела из госрезерва было разбронировано около 1 тыс. м³ дров, однако, ни один из госпиталей эти дрова не получил. Вследствие этого, заготовку и транспортировку дров на выделенных лесных участках был вынужден самостоятельно вести персонал госпиталей (включая

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 718. Л. 35.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 45.

³ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 1092. Л. 5.

врачей). В результате на начало 1942 г. большинство госпиталей, в том числе в г. Пензе, имели лишь 2-3-дневный запас дров. Неоднократная постановка вопроса о топливе перед облисполкомом в последующие годы не дала реальных результатов¹. Например, к 15 ноября 1944 г. в госпитали было доставлено 57% дров, из которых значительная часть уже была израсходована, и на складах оставалось лишь 20% годовой потребности².

Постоянные перебои также наблюдались в электро- и водоснабжении учреждений здравоохранения. На это периодически обращала внимание редакция газеты «Сталинское знамя». Например, в 1942 г. газета писала: *«В Пензе, в силу безответственного отношения к делу снабжения коммунальных предприятий электроэнергией со стороны руководителей городской электростанции, нередки перебои в работе механической прачечной, больниц, бактериологического института и других учреждений из-за неудовлетворительной подачи тока... На электростанции должен быть наведен военный порядок»*³.

Нередко нарушалось электроснабжение даже городских эвакуационных госпиталей. Например, 6 марта 1943 г. из-за отсутствия электричества с 9 до 23 часов прием большой партии тяжелораненых солдат в ЭГ №№ 1648 и 1649 (Пенза) производился при лампах-коптилках, вследствие чего был сильно затянут⁴.

Особенно остро, указанные проблемы, ощущались в лечебных учреждениях, расположенных в райцентрах и селах. Значительная часть из них не имела водопровода и канализации, а имеющиеся в районах электростанции часто не работали из-за отсутствия топлива и частых поломок⁵. Не стала исключением и одна из лучших районных больниц области – Чембарская районная больница. Так, корреспондент газеты «Сталинское знамя» М. Нечаев в 1941 г. писал по этому поводу: *«Хорошо работает коллектив Чембарской больницы. У него многому можно поучиться. Но он бы работал еще лучше, если б этому не*

¹ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 763. Л. 45 об.-46.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 795. Л. 537.

³ Неустанно укреплять санитарный тыл // Сталинское знамя. 1942. 27 марта. № 72 (7597). С. 1.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 718. Л. 9

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 285. Л. 456.

мешало отсутствие самых элементарных условий необходимых каждой больнице. Чембарская больница не имеет водопровода. Уже в течение многих лет [заведующий больницей] доктор Соинов бьется над этим вопросом, но дело не двигается с места»¹.

Вышеозначенные проблемы в совокупности вели к возникновению недочетов санитарно-гигиенического характера, на которые часто указывали должностные лица и комиссии, проверяющие их работу. Например, в ходе обследования Мокшанской районной больницы в октябре 1941 г. установлено следующее: *«...районная б-ца находится в крайне тяжелом антисанитарном состоянии, необходимый ремонт в подготовке к зиме не произведен, уборные забиты, в палатах сквозит ветер через разбитые окна, больные лежат с грязной одежде, которая сан. обработке не подвергается»²*. Так, комиссия, производившая общественный смотр Областной больницы 6 февраля 1945 г., отметила недостаточную оснащенность приемника больницы для проведения тщательной санитарной обработки: *«... горячей воды, мыла, машинки для стрижки волос – нет, контроль за эти по существу отсутствует. Отсюда вполне понятно, что среди положенных на койку больных обнаруживается вшивость»³*.

Схожая ситуация наблюдалась и в эвакуогоспиталях. Так, обследование ряда эвакуогоспиталей Пензенской области, произведенное в октябре 1944 г. уполномоченным СНК РСФСР подполковником Маркин совместно с главными хирургом и терапевтов отдела эвакуогоспиталей облздрави, показало, что *«Если в городских э/госпиталях санитарное состояние вполне удовлетворительное, то в районных э/госпиталях имеется целый ряд недочетов.... При обходе отделений в ЭГ № 2738 в шкафу для медикаментов обнаружены одежда и обувь сестер Улыбиной и Янушкевич. Сестрой-хозяйкой в одну из палат было занесено белье с гнидами. Операционная э/госпиталя имеет в потолке облупившуюся краску, что*

¹ Нечаев. М. В районной больнице // Сталинское знамя. 1941. 11 февраля. № 34 (7250). С. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 274а. Л. 195 об.

³ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 21. Л. 48-48 об.

грозит возможностью попадания во время операции кусочков извести... Санпропускники в ЭГ № 2738 и 2917 содержатся неудовлетворительно. Уборные в ЭГ 2738, 2917 и 2787, особенно № 2917, находятся в антисанитарном состоянии»¹.

Частые указания на плохое санитарное состояние помещений, отсутствие санитарно-профилактических мероприятий, перебои в работе мест общего пользования встречаем в жалобах раненых бойцов. Так, в обращении раненых ЭГ № 1649 (Пенза) в газету «Сталинское знамя» от 16 мая 1945 г. говорилось: *«Баня происходит через 20-25 дней в следствии чего появляется вшивость. Санитарки ходят в грязных халатах, а на халате ползуют вши, вследствие чего больной вынужден ее гнать из палаты в шею»²*. Другой пример – жалоба раненого П.Д. Андрианова из ЭГ № 5904 (Сердобск): *«... я еще не видел такого: за месяц в бани не был ни разу, насекомых покормил, в палатах холодно и много мусора...»³*.

В годы войны из-за регулярных мобилизаций автомашин и лошадей для нужд Красной Армии тыловым лечебным учреждениям сильно не хватало транспорта. Это многократно затрудняло разгрузку раненых с санитарных поездов и их доставку в госпитали, госпитализацию граждан, подвоз топлива к лечебным учреждениям и пр.

Следует отметить то, что если в большинстве госпиталей все-же имелся автотранспорт, то во многих гражданских учреждениях он совсем отсутствовал. Например, в начале 1942 г. после мобилизации единственной автомашины в Пензенском институте эпидемиологии и микробиологии возникла проблема подвоза кормов для вивария, под угрозой оказалось производство части бакпрепаратов⁴. Нередко для решения транспортной проблемы учреждения вместо автомашин снабжались гужевым транспортом. Так, например, ЭГ № 1649

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 788. Л. 52.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 919. Л. 27-27 об.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 62.

⁴ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 154. Л. 124; Там же. Д. 207. Л. 28-29.

(Пенза) вместо 3 автомашин, положенных по штату, фактически имел 1 машину и 10 лошадей¹.

В сельской местности, где медицинским работникам для выполнения собственных обязанностей приходилось преодолевать порой расстояния в десятки километров, гужевого транспорт являлся основным. Так, даже к концу 1945 г. в сельских медицинских учреждениях вместо предусмотренных планом 858 лошадей и 50 трехтонных автомашин, по факту имелось 340 лошадей и только 20 старых полутонных автомашин².

В связи с сокращением объемов производства легкой промышленности в лечебных учреждениях на протяжении всего военного периода ощущался острый недостаток мягкого инвентаря (постельного белья, одежды, обуви) и других бытовых предметов: посуды, предметов гигиены и др. Вследствие того, что гражданские учреждения практически не получали мягкого инвентаря, обеспеченность больниц к началу 1944 г. составляла 1,5 – 2 комплекта на койку при 70-процентной изношенности³. Так, комиссия Пензенского горздравотдела, производившая 29-30 декабря 1941 г. обследование детской инфекционной больницы им. КИМ, выявила следующее: *«Постельное и нательное белье имеет очень плохой вид. Качество стирки низкое. Одеяла ветхие и тех недостаточно. Некоторые дни [больные] покрывались только простынями и износившимися фланелевыми халатами, хотя в б-це белье имеется.... Но и этого количества недостаточно, так как задерживается стирка и сушка белья»*⁴. В ходе проверки Пензенского роддома, проведенной в июне 1945 г. комиссией облздравотдела, было установлено, что *«роддом обеспечен мягким инвентарем менее чем на 50% от нормы. Имеющееся белье изветшалое и плохо постиранное, вследствие чего роженицы не получают смены постельного и нательного белья по 6-8 суток»*⁵.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 11.

² ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 7.

³ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 17.

⁴ ГАПО. Ф. р-2420. Оп. 1. Д. 3. Л. 1-2.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 94.

Проблемы снабжения санитарно-хозяйственным имуществом значительно снижали темпы развертывания новых эвакуогоспиталей и крайне остро сказывались на их работе. Так, по причине нехватки 108 000 метров мануфактуры Пензенский облздравотдел смог развернуть к 1 января 1942 г. только 79% от числа госпитальных коек, предусмотренных дополнительными плановыми заданиями¹. Аналогичная ситуация наблюдалась и в другие годы. Так, в 1943 г. из-за задержки поставок мягкого инвентаря, направленного из Тамбовской и Ивановской областей в Пензу, было сорвано выполнение постановления ГКО от 2 января 1943 г.: на 1 марта 1943 г. из 9 000 плановых коек к приему раненых было подготовлено только 4 400².

На конец I квартала 1944 г. эвакуогоспитали были обеспечены простынями на 41%, летними и зимними одеялами – на 53%, матрацами – на 68%, перьевыми подушками – на 47%, наволочками – на 35%, нательными рубашками – на 25%, кальсонами – на 30%, полотенцами – на 22%, туфлями – на 16%, халатами для больных – на 19%, халатами медицинскими и санитарными – на 27%³.

Яркой иллюстрацией вышеозначенной проблемы является письмо пациента ЭГ № 3567 (Лунино), направленное в НКЗ РСФСР 17 сентября 1944 г.: *« ... лежим на деревянных нарах, матрацы и подушки набиты соломой и их недостает в большом количестве... свирепствуют клопы... Ранбольные, имеющие 1 ногу не имеют возможности носить носок и тапки – их нет в госпитале... Посуда вся глиняная, ложек не достает. Кружками служат банки из-под консерв с шереховатыми краями. Белье всегда грязное»*⁴.

В эвакуогоспиталях также существовала проблема нехватки обменного фонда, из-за которой задерживалась выписка раненых. Имелись случаи, когда выздоровевшие солдаты и офицеры не выписывались из госпиталя на протяжении 2-х месяцев. Так, например, в декабре 1941 г. в эвакуогоспиталях области насчитывалось более 400 здоровых бойцов, ожидающих отправки на фронт.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 289. Л. 2

² ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 860. Л. 11-11 об.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 70 об.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 47.

Только в одном ЭГ № 2773 (Башмаково) из-за отсутствия обменного фонда в 1941 г. было потеряно 2 500 койко-дней¹.

В годы войны в лечебные учреждения практически не поставлялась новая посуда, а имеющаяся с начала войны пришла в негодность и требовала ремонта. Для организации питания в больницы и госпитали стали поставляться глиняные миски низкого качества, а вместо эмалированных кружек использовались самодельные, изготовленные из жестяных консервных банок².

Для устранения указанных недостатков органы управления здравоохранением прибегали к организации специализированных мастерских по ремонту и реставрации мягкого, как правило, непосредственно на базе эвакогоспиталей³. Так, например, в ЭГ № 1649 (Пенза) в подобной мастерской в разное время трудилось от 2 до 5 сапожников и портных. В порядке трудотерапии к работе привлекались и ранбольные. Однако, в силу нехватки материалов производственные возможности мастерской были ограничены⁴.

С началом войны резко возросла потребность во всех видах медико-санитарного имущества. Вследствие значительного сокращения поставок, гражданские лечебные учреждения использовали в своей работе инструменты и оборудование, большая часть которых поступила еще до войны. Так, на 10 ноября 1943 г. медицинские учреждения были обеспечены рентгеновским оборудованием на 21%, лабораторным оборудованием – на 10%, марлей – на 31%, спиртом – на 21%. Осущалась серьезная нехватка физиотерапевтических аппаратов, расходных материалов (запасные части для рентгеновской аппаратуры, просвечивающие экраны, кенотроны, диагностические трубки) и предметов ухода за больными (подкладные судна и круги, грелки, пузыри для льда и пр.)⁵.

Большой недокомплект оборудования имели эвакогоспитали, развертывание по дополнительным планам. Так, на 1 мая 1942 г. эвакогоспитали

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 289. Л. 10.

² См., например: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 10 об.; ГАПО. Ф. р-2367. Д. 21. Л. 56.

³ См., например: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 285. Л. 125

⁴ Иноземцев И.Н. Некоторые вопросы материально-хозяйственного обеспечения... С. 171.

⁵ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 17.

были обеспечены медицинским оборудованием на 60% от потребностей, хирургическим инструментом – на 75%, медикаментами – на 70%, перевязочным материалом – на 60%¹. Оснащение эвакогоспиталей оборудованием нередко происходило за счет перераспределения из гражданских учреждений или других госпиталей. К примеру, в 1941 г. часть медицинских электроустановок, имеющихся в психиатрической больнице, по распоряжению облздравотдела была направлена в ЭГ № 1650², имеющийся в Кузнецкой больнице рентгеновский аппарат передан одному из городских эвакогоспиталей³.

Допускалось обслуживание двух госпиталей и гражданского населения одним рентгеновским кабинетом. Так, имеющийся в ЭГ № 1649 (Пенза) рентгеновский кабинет кроме обследования собственных раненых проводил также обследование пациентов из других госпиталей, гражданских больниц и поликлиник⁴. Для улучшения снабжения эвакогоспиталей еще в 1941 г. в Пензе была создана мастерская по ремонту медицинской аппаратуры и инструментов, на основе местного сырья освоено производство кровососных банок, мочеприемников, кружки Эсмарха, аптечной посуды⁵.

Схожей была ситуации с обеспечением медикаментами. Резкий спад производства в начале войны, с одной стороны, и резко возросшие потребности медицины, обословили возникновение дефицита ряда лекарственных препаратов.

Попыткой решения указанной проблемы стало расширение уже имеющих собственных лекарственных производств. Активизирует свою производственную деятельность Пензенский институт эпидемиологии и микробиологии. Помимо расширения большинства старых производств в течение военного периода был освоен выпуск 10 новых бакпрепаратов: в 1941 г. – дифтерийных таблеток и диагностикума; в 1942 г. – тривакцины, дизентерийной вакцины пероральной; в 1943

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 460. Л. 31.

² ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 21. Л. 56.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 274. Л. 84.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 4 об.

⁵ ГАПО. Ф. р-2038. Д. 435 б. Л. 361-361 об.; ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 17.

г. – брюшно-тифозного бактериофага, раневого бактериофага, дизентерийного бактериофага сухого; в 1944 г. – дифтерийной сыворотки, дизентерийной подкожной вакцины; в 1945 г. – пентавакцины. Подробная динамика абсолютных показателей валового производства института по всем видам препаратов отражена в приложении 14.

Расширение производственной деятельности института позволило повысить уровень обеспеченности санитарно-противоэпидемических учреждений региона бакпрепаратами. Так, в 1943 г. лишь в некоторых районах имелась временная нехватка дизентерийной вакцины и дифтерийной сыворотки¹.

Важным мероприятием по решению проблемы обеспечения лекарственными средствами являлась организация собственных производств за счет применения местного растительного лекарственного сырья: корня валерианы, горицвета, ландыша, липового цвета, ромашки, рябиновой ягоды, шиповника. Так, в распоряжении Пензенского областного аптечного управления находились галеновые лаборатории в Пензе и Кузнецке, которые значительно расширили в годы войны ассортимент выпускаемых ими лекарственных средств. Помимо производимых ранее настоек, капель, экстрактов, мазей, к 1944 г. был налажен выпуск некоторых сложных галеновых препаратов, которые вырабатывались ранее на специализированных химико-фармацевтических заводах: витаминный препарат тривиал, витамин «С», инвертный сахар, противогриппозные средства (стрептурин, кальцекс, адонилен), дезинфекционные средства².

Заготовка лекарственного сырья осуществлялась как путем централизованных закупок, так и путем активного привлечения к сбору лекарственных трав местных организаций и населения, прежде всего, школьников. Так, например, в сентябре 1941 г. ученики школы № 16 г. Пензы всего за один собрали более 50 кг ягод шиповника. В 1942 г. воспитанникам

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 44.

² Рабинович С. Производство лекарственных препаратов // Сталинское знамя. 1946. 11 мая. № 94 (8675). С. 4.; ГАПО. Ф. р-341. Оп. 1. Д. 88. Л. 5 об.

Кузнецкого детдома № 19 под руководством зав. учебной частью Миронова уже к концу июня удалось собрать 15 кг полыни и 150 кг бересклета¹. Если в 1940 г. было заготовлено 400 кг сырья, то уже в 1941 – 6 т., в 1942 – 17 т., в 1943 – 26 т.². Это позволило уже в 1941-1943 г. увеличить объемы производства галеновых препаратов по сравнению с довоенным 1940 г. в 5 раз³.

Осуществлялись и попытки организации лекарственного производства из отходов мясного производства. Так, в 1943 г. при Кузнецком мясокомбинате была открыта лаборатория, занимающаяся выработкой из желез животных таких распространенных эндокринных препаратов как оварин и маммин; из крови животных – гематогена⁴.

Следует отметить, что, несмотря на рост местных производств, они не могли полностью заменить централизованного снабжения и удовлетворить потребности в лекарственных препаратах ни резко возросшей за счет эвакуационных сетей медицинских учреждений, ни населения региона. Так, сотрудниками медицинских учреждений Пензенской области в различные военные годы, в первую очередь, отмечалось недостаточное снабжение салициловыми препаратами (особенно салицилатом натрия), сердечными препаратами, наркотиками, слабительными средствами, рыбьим жиром, камфорным маслом и др.⁵

Одним из следствий Великой Отечественной войны стала продовольственная проблема, которая привела к значительным трудностям в обеспечении лечебных учреждений продуктами питания. Для всех социально-бытовых и культурных учреждений были установлены специальные нормы и

¹ Ученики собирают лекарственные травы // Сталинское знамя. 1941. 17 сентября. № 219 (7435). С. 3.; Апрельев И. Сбор лекарственных трав // Сталинское знамя. 1942. 27 июня. № 150 (7675). С. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 44 об.

³ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 17.

⁴ Кутанов Ф. Производство эндокринных препаратов в Кузнецке // Сталинское знамя. 1943. 30 января. № 24 (7857). С. 2.

⁵ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 17.; ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 1092. Л. 6.

особый порядок снабжения¹. Однако, по факту он зачастую не соблюдался. Наблюдались частые задержки в выдаче, недодача продуктов, их замена, на продукты более низкого качества, проблемы с доставкой в учреждения. Так, уполномоченный Комиссии партийного контроля при ЦК ВКП (б) по Пензенской области П. Разуваев после проведенной проверки сообщал 21 марта 1944 г. секретарю Пензенского обкома К.А. Морщину: *«Питание для больных организовано крайне неудовлетворительно... Торгующие организации к отовариванию продовольственных фондов относятся формально. Горمولзавод вместо свежего доброкачественного творога выдает кислый, остросоленый. План I квартала 1944 г. по молокопродуктам выполнен всего лишь на 62%. Пензторг злоупотребляет формулой заменителей. Вместо мяса выдает остросоленую рыбу. Вместо риса выдает полубодраный, недопрокачественный овес. Вместо животного масла выдает горькое растительное, вместо сахара – хлеб, считая его кексом»*².

Особо важным являлся вопрос обеспечения качественным питанием эвакогоспиталей, поскольку от него во многом зависели сроки лечения раненых воинов. В соответствии с разграничением функций между НКЗ и НКО, продовольственное обеспечение эвакогоспиталей возлагалось на Наркомат обороны. Впрочем, эта мера не избавила эвакогоспитали от снабженческих проблем, характерных для гражданских учреждений. Серьезные перебои в продовольственных поставках начались уже в 1942 г. Зачастую одни продукты заменялись другими, к примеру, альтернативой свежему мясу становилась солонина или мясные консервы, а свежая молочная продукция частично заменялась сухим молоком, сгущенным молоком и плавленым сыром³. Особенно тяжелым в продовольственном отношении стал 1943 г.

¹ Архипов А.И. Государственное снабжение как фактор решения продовольственной проблемы в годы Великой Отечественной войны: уроки истории // Вестник Института экономики Российской академии наук. 2015. № 3. С. 31.

² ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 1092. Л. 7.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 10-11 об.

Так, в докладе начальника отдела эвакуогоспиталей Пензенского облздравотдела А.Г. Губанова отмечалось: «... в отношении снабжения продовольствием э/госпиталей организациями как-то склад НКО, Облторг и райторги недооценивают важности снабжения госпиталей. Например, эвакуогоспиталь № 2738 за 1943 г. не получил продуктов животного масла 250 кг, молока – 34 тыс. литров, творога – 5 008 кг, сметаны – 1512 кг, сухофруктов – 328 кг, сахара – 1 998 кг, рыбы – 4 771 кг, мяса 4044 кг, муки картофельной – 598 кг, макарон – 251 кг.... Госпиталю г. Пензы № 1648 г. склад НКО № 47 не додал за январь 1944 г. продуктов: сахар – 460 кг, масла – 160 кг, молока – 1600 литров, творога – 200 кг, табачных изделий – 146 кг. Таким образом, склад НКО, молокозавод, мясотрест, маслотрест нарядов не выполняют»¹.

Все эти недостатки нарушали установленный режим питания и негативно влияли на результаты лечения. Не случайно проблема низкого качества питания занимает одно из ведущих мест в содержании жалоб ранбольшных военнослужащих. Так, в жалобе из ЭГ № 2916 (Пачелма) от 31 марта 1944 г. встречаем следующее: «Исключительно безобразное питание.... С 23/III по 1/IV сего года выдавался хлеб из плохо просеянной овсяной муки и ячменной муки, совершенно сырой и непригодной к употреблению. Первое блюдо изготовлено из полугнилой капусты с посторонними примесями ... при получении первого блюда ран.больными были обнаружены в нем острые осколки цемента размером 0, 5 – 1 см...»². Другой пример – жалоба пациента ЭГ № 3567 (Лунино): «...наркомовский нормы раненым не выдается, сливочное масло не давали трое суток – они говорили, что масло готовили к Октябрьским дням, белый хлеб – больным дают сухари, [первое блюдо] варится очень и очень редкий и к тому же с плесневых-спорченных огурцов, и без жиров» (5 ноября 1944 г.)³.

И без того сложное положение обострялось мелкими и средними хищениями продуктов, мягкого инвентаря и денежных средств со стороны

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 70.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 15-16.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 55.

работников госпиталей и выписанных ранбольных. По данным Пензенского облздравотдела, общая сумма недостачи и хищения материальных ценностей с начала войны и до конца 1945 г. составила 1 379 300руб. Особенно резкое повышение недостач и хищений в эвакуогоспиталях области имели место в 1943-1944 гг. (62% от общей суммы недостач). Только за 1944 – первую половину 1945 г. к уголовной ответственности за соответствующие преступления были привлечены 297 человек¹.

Решение продовольственной проблемы, в некоторой степени, осуществлялось за счет развития подсобных хозяйств в лечебных учреждениях. Этому способствовало принятие 7 апреля 1942 г. постановления ЦК ВКП (б) и СНК СССР № 444, которое предусматривало выделение пустующих и свободных земель госфонда, расположенных вокруг населенных пунктов, предприятиям, учреждениям и организациям для развертывания подсобного хозяйства или огороды рабочих и служащих².

Так, в 1943-1945 гг. число подсобных хозяйств при гражданских лечебных учреждениях Пензенской области выросло со 123 до 177, а площадь посевных площадей в них с 812 до 1451 га³; эвакуогоспиталями в 1943 г. было засеяно 360, 9 га⁴. Основная часть пашни отводилась под посев зерновых культур (преимущественно овса) и картофеля.

Помимо растениеводства подсобные хозяйства занимались и животноводством. Преобладало разведение крупного и мелкого рогатого скота. Так, на 1 января 1944 г. поголовье скота по гражданским лечебным учреждениям составило: КРС (в т.ч. коров) – 214 (117) голов, овец и коз – 264, виней – 36,

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 893. Л. 20, 25.

² О выделении земель для подсобных хозяйств и под огороды рабочих и служащих: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 07.04.1942 № 444 // Законодательные и административно-правовые акты военного времени. 22 марта 1942 г.-1 мая 1943 г. Москва, 1943. С. 143.

³ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 20; ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 5, 69, 79.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 74.

птицы – 64, лошадей – 457, пчелиных семей – 208¹; по эвакуогоспиталям: коров – 32, овец – 65, свиней – 53².

Для работы в подсобных хозяйствах лечебных учреждений направлялись труженики колхозов и совхозов, сотрудники шефствующих предприятий и организаций, медицинский персонал, а также выздоравливающие раненые и больные.

Конечно, продуктивность подсобных хозяйств была невысокой, что объясняется недостатком рабочей силы, транспорта, неразвитостью инфраструктуры, засухой и пр. Объемы продукции, производимой в подсобных хозяйствах лечебных учреждений, не могли быть соизмеримы с объемами продовольствия, предусмотренного планами централизованных государственных поставок. Однако в условиях периодических перебоев в снабжении, продукция подсобных хозяйств становилась серьезным подспорьем в обеспечении питанием пациентов и медицинского персонала. При этом более эффективными были подсобные хозяйства гражданских медучреждений. Об этом говорят следующие данные. Если в 1943 г. валовые сборы по различным видам культур в гражданских хозяйствах составили: по зерновым культурам – 198,6 т, по картофелю – 758,7 т, по овощным культурам – 400,4 т (кроме того, заготовлено молока – 116,2 т, мяса животных – 17,7 т, птицы – 82 т)³, то в госпитальных хозяйствах было убрано: зерновых культур – лишь 25,3 т, картофеля – 171,3 т, прочих овощных культур – 28,9 т.⁴

Для решения проблем, связанных с недостаточным материально-хозяйственным обеспечением учреждений здравоохранения (прежде всего, эвакуогоспиталей), активно привлекались общественные организации, предприятия и учреждения Пензенской области. Важность организации шефской работы ни единожды отмечалась на страницах периодической печати. Так, 10 февраля 1942 г. газета «Правда» писала: *«Женщины-общественницы городов и*

¹ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 69 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 74.

³ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 69 об.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 74.

деревень! Комсомольцы! Школьники! Вы много делаете для раненых бойцов, но можно сделать еще больше. Речь идет не только об эпизодических посещениях госпиталей, а о постоянном шефстве, о постоянной будничной помощи»¹.

С целью придания этому движению организованного характера 29 сентября 1941 г. был организован Пензенский областной комитет помощи раненым и больным бойцам и командирам Красной Армии². При активном содействии местных государственно-партийных органов комитет смог привлечь к оказанию шефской помощи эвакогоспиталям 435 различных предприятий, организаций и учреждений области³.

Шефствующие организации и жители Пензенской области оказывали эвакогоспиталям помощь в проведении ремонта и оборудовании отведенных помещений, в разгрузке санитарных поездов и доставке ранбольных, заготовке топлива, сельскохозяйственной продукции и лекарственного сырья, стирке белья, ремонте мягкого и твердого инвентаря и др.

За годы войны госпитали области получили от шефов: 14 408 различных предметов мебели, 19 910 постельных принадлежностей, 12 255 единиц нательного белья, 13 664 единиц верхней одежды и пар обуви, 1 825 предметов культурно-просветительского назначения, 35 750 кг различных продуктов питания, 1 947 кг меда, 7 000 кг мяса и масла, 6 900 кг кондитерских изделий, 34 550 штук яиц. Кроме того, к государственным праздникам ранбольные получали от трудящихся области индивидуальные подарки⁴.

Нельзя также забывать, что при активном содействии медицинской общественности в Пензенской области проходил сбор средств в Фонд обороны и на строительство именной военной техники. Так, на средства, внесенные пензенцами, были построены: танк «Пензенский донор», авиазвено «Пензенский

¹ Забота о раненом бойце // Правда. 1942. № 41 (8812). 10 февраля. С. 1.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 412. Л. 53.

³ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 1288. Л. 27-28

⁴ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 1288. Л. 28.

медработник», самолет «Урлейская больница», санитарный самолет «Пензенский активист Красного Креста»¹.

Таким образом, проведенный анализ позволяет утверждать, что, несмотря на рост объемов ассигнований, развитие здравоохранения Пензенской области проходило в условиях ситуации общего дефицита финансирования. Тяжелое положение главным образом было связано с нагрузкой по развертыванию в регионе широкой госпитальной базы. Перевод эвакогоспиталей на финансирование из республиканского бюджета коренным образом не изменил ситуацию – для развития гражданского сектора, с финансовой точки зрения, требовалось выделение дополнительных инвестиций и повышение уровня эффективности их использования.

Начавшаяся Великая Отечественная война значительно обострила проблемы, связанные со слабостью материально-хозяйственной базы здравоохранения. Лечебные учреждения, как гражданские, так и эвакогоспитали, ощущали недостаток подходящих зданий, мягкого и твердого инвентаря, медицинского оборудования и лекарств, топлива, транспорта, продовольствия и другие. Такая ситуация была обусловлена не только недостаточностью финансирования отрасли, но общим снижением объемов производства сельскохозяйственной продукции, предметов массового потребления, лекарственных средств и оборудования, не всегда эффективной работой снабженческих органов, перегруженностью железнодорожного транспорта, упадком коммунального хозяйства и пр.

Для решения существующих проблем государство прибегало как к административным (например, введение уголовной ответственности за срыв подготовки эвакогоспиталей к зиме) и экономическим методам (увеличение финансирования, развитие подсобных хозяйств, привлечение персонала лечебных учреждений к неосновным видам трудовой нагрузки и пр.), так и к морально-психологическим (например, обращение к общественности с патриотическими

¹ Годин В.С. Путь в полтора столетия...С. 201; ГАРФ. Ф. Р-9501. Оп. 2. Д. 1018. Л. 17.; ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 69.

призывами оказания помощи раненым бойцам). Реализуя принцип активного участия общественности в здравоохранении, государство делегировало часть своих функций населению путем создания организованной системы шефской помощи эвакогоспиталями.

ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРАКТИКИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. Деятельность эвакогоспиталей по лечению раненых и больных бойцов Красной Армии

В годы Великой Отечественной войны ведущим направлением деятельности системы здравоохранения стало лечение раненых и больных воинов. Эта задача была обозначена в числе основных мероприятий по организации всесторонней помощи Красной Армии уже в ходе первого после начала войны обращения Председателя ГКО И.В. Сталина к советскому народу по радио 3 июля 1941 г.¹

Учитывая опыт предыдущих военных конфликтов, в СССР был разработан и закреплён в Уставе военно-санитарной службы РККА (1933 г.) принцип поэтапного лечения раненых с их эвакуацией по назначению². Он предполагал преемственное и последовательное оказание раненым и больным бойцам медицинской помощи, начиная с первой медицинской помощи на поле боя и заканчивая исчерпывающей специализированной помощью в тыловых эвакогоспиталях для контингентов раненых, лечение которых не могло быть завершено в госпитальных базах действующей армии (армейских или фронтовых лечебных учреждениях). К таким контингентам относились раненые и больные солдаты следующих групп: 1) не подлежавшие возвращению к военной службе по окончании лечения; 2) нуждающиеся в длительном лечении в специализированных госпиталях, а также в продолжительном реабилитационном процессе и последующем санаторно-курортном лечении; 3) нуждающиеся, помимо длительного стационарного лечения, также в сложных пластических

¹ См.: Выступление по радио Председателя Государственного Комитета Обороны И.В. Сталина. 3 июля 1941 года // Правда. 1941. 3 июля. № 182 (8590). С. 1.

² Устав военно-санитарной службы РККА: (Войсковой район) / Воен.-сан. упр. РККА. Москва; Ленинград, 1934. 93 с.

(нередко многоэтапных) оперативных вмешательствах, протезировании, ликвидации длительного текущих осложнений и последствий ранения (остеомиелиты, контрактуры, свищи и т.п.)¹.

Успешное решение задачи по завершению эвакуации по назначению предполагалось выполнение целого комплекса мероприятий по приему и своевременной разгрузке прибывающих санитарно-транспортных средств, медицинской сортировке раненых и больных, их распределению, доставке и приему в лечебные учреждения. Доставка раненых в Пензенскую область осуществлялась с помощью военно-санитарных поездов, разгрузка которых производилась сотрудниками МЭП № 26, персоналом эвакогоспиталей и гражданским населением. Время разгрузки эшелона зависело от наличия рабочей силы, транспорта, тяжести состояния раненых и могло варьироваться от нескольких десятков минут до нескольких часов. Нередкими были случаи задержки разгрузки поездов. Например, 14 июня 1944 г. военно-санитарный поезд № 81 в силу отсутствия в ЭГ № 2738 выделенной команды носильщиков был задержан на ст. Кузнецк почти на 12 часов, в то время *«как у поезда было много санитарок и медсестер, провожающих отдельных, избранных ими раненых»*².

На отдельных железнодорожных станциях (например, Пенза-4, Нижний Ломов, Николо-Пестровка) создавались специальные эвакоприемники, предназначенные для размещения прибывающих раненых до их отправления в эвакогоспитали, проведения медицинской сортировки, оказания неотложной помощи и изоляции инфекционных больных. Со станций раненые солдаты, имеющие эвакуационное назначение, направлялись в соответствующие локализации повреждения профильные эвакогоспитали и отделения, остальные раненые – в сортировочный эвакогоспиталь (некоторые эвакогоспитали имели собственные сортировочные отделения). Здесь производилась медицинская сортировка поступивших с определением их последующего эвакуационного назначения и выявлением лиц, нуждающихся в неотложной медицинской

¹ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина...С. 173.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 772. Л. 40.

помощи. В Пензе сортировочный эвакогоспиталь, роль которого по разным данным выполняли ЭГ № 1648 или ЭГ № 1651, функционировал только в 1941 г. Затем сортировка раненых производилась врачами МЭП № 26 по историям болезней непосредственно в вагонах прибывших военно-санитарных поездов¹.

С 1943 г. в целях ускорения разгрузки пребывающих военно-санитарных поездов им на встречу направлялись представители эвакопункта, которые по историям болезней распределяли раненых по соответствующим эвакогоспиталям. Кроме того, в управлениях эвакопунктов Среднего Поволжья разрабатывались планы разгрузки каждого эшелона, в которых указывались станции разгрузки, количество раненых, распределение раненых, время прибытия на станции. Содержание плана поездов доводилось до эвакогоспиталей, дислоцированных по маршруту движения поезда².

Доставка раненых и больных с железнодорожных станций непосредственно в эвакогоспитали осуществлялась в городах с помощью крытых грузовых автомобилей и автобусов, а в районах, как правило, на гужевом транспорте.

В связи с размещением многих эвакогоспиталей в неподходящих помещениях и на разном расстоянии от железной дороги, их частой передислокацией, выполнением дополнительных заданий по развертыванию коек за счет уплотнения без учета нормативов площади на одну койку, неравномерностью темпов и количества поступающих контингентов, а также недостаточным уровнем развития медицинской сортировки, загрузка эвакогоспиталей Пензенской области была неравномерной³.

Чаще всего недогруз коек имел место в эвакогоспиталях, наиболее удаленных от железнодорожных путей. Так, в 1943 г. ЭГ № 5905 (Куракино), 5903 (Головинщино), 2739 (Махалино), удаленных на расстоянии от 8 до 18 км, процент загрузки ранеными составлял 50-70%, в то время как по госпиталям г. Пензы превышение их коечной мощности достигало 70%⁴.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 289. Л. 8; Там же. Д. 889. Л. 2.

² Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 55-57.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 285. Л. 189; Там же. Д. 891. Л. 9.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 45. Л. 72-72 об.

В условиях массовой медицинской эвакуации и скученности населения огромное значение приобрела работа по предотвращению внутригоспитальных эпидемий. При прибытии в эвакогоспиталь все раненые проходили санитарную обработку в санпропускниках: осмотр дежурным врачом, помывка, стрижка и бритье волос, смена белья и повязок и т.д. Во всех эвакогоспиталях имелись изоляторы для заболевших пациентов, для дезинфекции обмундирования и белья оборудовались сухожаровые камеры. Предусматривалась регулярная помывка раненых и стирка белья. Работники госпиталей проходили ежедневный осмотр на педикулез. В эвакогоспиталях проводились специальные занятия, на которых раненым разъяснялась необходимость соблюдения правил личной гигиены, а персонал знакомили с мерами по предотвращению сыпного тифа и других инфекций¹.

Несмотря на значительные издержки в материально-хозяйственном обеспечении эвакогоспиталей (неподходящие здания, отсутствие канализации, перебои в водо- и электроснабжении, недостаток топлива, моющих средств, мягкого инвентаря и др.) и перегруженность коечного фонда, которые вели к нарушению санитарно-гигиенического режима, реализуемые мероприятия позволили свести инфекционную заболеваемость в эвакогоспиталях к минимуму. Даже при значительной распространенности педикулеза среди поступивших раненых случаи сыпного тифа были крайне редкими, а единичные случаи других заболеваний удавалось быстро локализовать². Основную же часть инфекционных больных составляли контингенты, поступавшие из местного гарнизона (в т.ч. из 37-й ЗСБ), что во многом было обусловлено неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями несения службы. Их лечение, как правило, проходило в специализированных инфекционных отделениях и госпиталях³.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 285. Л. 477 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 285. Л. 477 об.; Там же. Д. 289. Л. 72

³ Кладов В.Ю. Время помнить... С. 304.

Поступление раненых и больных в эвакогоспитали в различные военные годы было неравномерным и зависело, в первую очередь, от оперативно-стратегической обстановки. (см. диаграмма 3).

Диаграмма 3

Динамика численности поступающих контингентов в эвакогоспитали Пензенской области (1941-1945 гг.)¹



Как видим, из числа бойцов, находившихся на лечении в Пензенской области почти 60% поступили в течение первого военного года и в течение 1943 г., т.е. в периоды выполнения эвакогоспиталями региона функции передовых эвакогоспиталей. Снижение численности контингентов раненых и больных во II-м полугодии 1942 г. по сравнению с первым военным годом связано со значительным сокращением госпитальной базы Пензенской области в силу передачи 26 эвакогоспиталей во фронтовые и армейские госпитальные базы. Этим же объясняется и увеличение удельного веса эвакуированных из пензенских эвакогоспиталей до 64%. Сохранение высоких показателей эвакуации в глубокий

¹ Составлено и рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 6.

тыл на протяжении 1943 г. обусловлено увеличением объемов поступления тяжелораненых солдат, низким уровнем их медицинской сортировки, передислокацией части местных эвакогоспиталей, неподготовленностью вновь развертываемых госпиталей к оказанию специализированной помощи всем поступающим контингентам. С 1944 г. со снижением общего числа санитарных потерь Красной Армии наблюдалось снижение численности контингентов, поступающих в эвакогоспитали Пензенской области, и сокращение процента лиц, подвергшихся дальнейшей санитарной эвакуации. В итоге, из 190 661 человек, получивших за годы войны медицинскую помощь в эвакогоспиталях Пензенской области, завершили здесь свое лечение 111 055 человек (58,2%).

Основным видом работы эвакогоспиталей Пензенской области являлось лечение ранений. Так, удельный вес раненых в составе поступавших контингентов в различные военные периоды (по полугодиям) колебался от 84 до 93%, а за все военные годы составил 87,2% (166 173 человек)¹.

Среди поступивших преобладали ранения верхних и нижних конечностей – 70,7%. Остальная часть повреждений имела следующую локализацию: грудь – 6,5%, череп – 4,2%, таз – 4,2%, лицо – 4%, глаз – 2,3%, живот – 1,4%, позвоночник – 0,7%, шея – 0,5%, обморожение – 3,4%, контузия – 1,6%, ожоги – 0,5%².

С каждым военным полугодием наблюдалось поступление все более тяжелых контингентов раненых. Об этом ярко свидетельствует изменение характера ранений конечностей у поступающих бойцов. Если в первый год войны доля ранений с повреждением длинных трубчатых костей и крупных суставов составляла 34,5%, то в I полугодии 1945 г. на эту группу пришлось уже 64,5% ранений. Соответственно произошло и параллельное снижение доли более легких групп повреждений: ранений без повреждения длинных трубчатых костей – с 32,2% до 24,2%, ранений кисти, стопы, пальцев – с 33,3% до 11,3%³.

¹ Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 6.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 7.

³ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 62.

Подобные изменения в ходе войны были обусловлены рядом обстоятельств. Так, в 1941-1943 гг. в силу быстрого изменения оперативно-стратегической обстановки и приближения линии фронта реализация принципа поэтапного лечения раненых была крайне затруднена. Эвакуация раненых проводилась фактически без медицинской сортировки. В этих условиях эвакогоспитали Пензенской области осуществляли функции, предусмотренные для госпиталей армейских и фронтовых районов. С 1944 г. с отдалением линии фронта и расширением возможностей для лечения раненых в армейских и фронтовых госпиталях, значительная часть раненых легкой и средней степени тяжести проходили лечение непосредственно в этих госпиталях. При этом более тяжелые раненые направлялись в эвакогоспитали глубокого тыла, каковыми и стали в полной мере эвакогоспитали Пензенской области.

Оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым предусматривало назначение общего лечебного режима, применение оперативного вмешательства, медикаментозного лечения, физиотерапии, лечебной физкультуры, трудотерапии, лечебного питания.

Важнейшее значение в общем комплексе лечебных мероприятий имела хирургическая работа. Следствием изменения тяжести повреждений у поступающих контингентов стала тенденция к ежегодному увеличению процента раненых, охваченных оперативным вмешательством. Так, в первый год войны этот показатель составил 11,7%, во II полугодие 1942 г. – 9,9%, в I полугодие 1943 г. – 20,1%, во II полугодие 1943 г. – 29,2%, в I полугодие 1944 г. – 38,7%, во II полугодие 1944 г. – 44,7%, в I полугодие 1945 г. – 41%¹. Всего же за годы войны в эвакогоспиталях Пензенской области было проведено 40 895 хирургических вмешательств, что составляет около 25% к числу всех раненых, состоявших на лечении².

Совершенствование оказания квалифицированной медпомощи поступающим контингентам было тесным образом сопряжено с углублением

¹ Составлено и рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 62; Там же. Д. 891. Л. 6;

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 62.

специализации эвакуогоспиталей. В силу несоответствия имеющейся базы потребностям развернутой госпитальной сети и недостаточного опыта хирургических кадров на начальных этапах войны развитие специализированной помощи в Пензенской области осуществлялось, прежде всего, по пути организации специализированных отделений и специализации госпиталей общехирургического профиля по локализации ранений (госпитали для раненых в верхние, нижние конечности и пр.). Так, из 53 эвакуогоспиталей, первоначально развернутых в Пензенской области, 38 эвакуогоспиталей являлись общехирургическими, 13 имели специализированные хирургические и терапевтические отделения и 2 эвакуогоспиталя полностью специализировались на лечении больных (ЭГ № 4582 – туберкулезный, ЭГ № 1650 – инфекционно-терапевтический)¹.

О расширении специализации (и улучшении уровня постановки хирургической работы) свидетельствует не только рост числа специализированных коек, но и постепенное снижение удельного веса общехирургических операций. Если в первый военный год процент общехирургических операций составил 96,2%, то во все последующие периоды (по полугодиям) находился в диапазоне от 77,4 до 85,7%. С 1944 г. ощутимо возросла доля нейрохирургических операций. Так, из 2 204 нейрохирургических оперативных вмешательств, проведенных за весь военный период, на 1944-1945 гг. приходится 76%².

Менялся и характер оперативных вмешательств. В течение войны был отмечен рост хирургической активности при ранениях головы, грудной клетки, крупных суставов, нервных стволов, а также числа пластических операций. Основную часть произведенных хирургических вмешательств составили операции по поводу повреждений костей конечностей (24,3%), удалению

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 2.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 62.

инородных тел (13,3%), вскрытию абсцессов, флегмон, гнойных затеков и т.п.(10%)¹.

Лечебная работа в эвакуогоспиталях Пензенской области осуществлялась в соответствии с общими для всех эвакуогоспиталей инструкциями НКЗ СССР, а также рекомендациями пленумов Госпитального Совета при Главном управлении эвакуогоспиталей НКЗ СССР, разработанными на основе обобщения опыта работы передовых эвакуогоспиталей. Ощутимому улучшению качества постановки хирургической работы и результатов лечения способствовало внедрение в практику оперативных вмешательств новых методов лечения. Так, с конца 1942 г. в эвакуогоспиталях Пензенской области, как и в других регионах, начал применяться метод вторичного шва, заменивший консервативное лечение (жировые повязки, физиотерапия, торфолечение и пр.) длительно незаживающих ран. Данная методика предусматривает соединение краев гранулирующей раны с целью ее укрепления и повторного закрытия после окончания процесса ее биологического очищения (устранения гнойных выделений после воспалительных процессов, участков некротизированных тканей). Следует отметить, что вторичные швы достаточно тяжело внедрялись в практику хирургической работы пензенских госпиталей, и лишь с повышением квалификации врачей применение данного метода позволило достичь первичного заживления ран более чем в 50% случаев, а отдельным специалистам – почти в 90% случаев².

При оперативном лечении газовой инфекции применялись широкие разрезы с последующим введением в рану перекиси водорода или раствора марганцовокислого калия (марганцовка). В случае острой необходимости производилась ампутация или экзартикуляция конечности круговым способом без швов на культе, вводилась противогангренозная сыворотка. Оперативное вмешательство по поводу сепсисов предусматривало последовательное вскрытие

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 63.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 64-65; Симонян Р.З. Применение вторичных швов в хирургии во время Великой Отечественной войны. История их разработки и методика применения // The Scientific Heritage. 2021. № 67-5 (67). С. 41.

гнойного очага, удаление гноя, иммобилизацию конечности и дальнейшее комплексное лечение¹.

Сложнейшие операции по протезированию, основанные на применении техники современной челюстно-лицевой хирургии, проводил врач Центральной городской больницы г. Пензы В.Р. Файнштейн. Бойцы, проходившие лечение у В.Р. Файнштейна по поводу ранений лица и челюсти, после получения своего прежнего облика и возвращения в строй говорили, что он «творит чудеса»².

Во время войны пензенские хирурги (А.В. Козлова, О.М. Канонникова, Т.А. Бородина и др.) проводили тяжелые операции по поводу повреждения периферических нервных стволов: производился невролиз, резекция нерва с последующим швом и ангиолиз. Всего за годы войны было проведено 2 204 нейрохирургических операций, в том числе 1 392 операции на нервных стволах³.

После проведения первого пленума Госпитального Совета при НКЗ СССР в мае 1942 г. широкое применение получила новая практика оперативного лечения остеомиелита. Произошел переход от паллиативных вмешательств к радикальным операциям: свободные секвестры удалялись, края полости раны частично иссекались и затем темпонировались мазью Вишневского или мышцей. Дальнейшее лечение велось под глухой повязкой, в соответствующих случаях накладывались глухие швы⁴.

В ряде эвакогоспиталей при значительных дефектах кожи и других ранениях применялся метод подкожной подсадки тканей и скоростной способ химической стерилизации ампульного кетгута*, разработанный профессором Саратовского медицинского института Н.И. Краузе⁵.

С целью повышения эффективности диагностики ранений в практику работы средневожских эвакогоспиталей внедрялся метод рентгеновского снимка

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 64.

² Годин В.С. Путь в полтора столетия... С. 195-196.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 63; Там же. Д. 905. Л. 3.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 64.

* Кетгут – шовный материал, обладающий способностью рассасываться в тканях живых организмов.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 573. Л. 6; Широков Г.А. Медицинская наука на страже здоровья воинов и тружеников тыла в дни войны 1941-1945 // Вестник СамГУ. 2012. № 2/2 (93). С. 135.

после введения в рану контрастного вещества (разработан сотрудниками Казанского ГИДУВа профессором Л.И. Шулутко и доцентом Д.Е. Гольдштейном). Это позволяло получить полное отображение всех ходов раневого канала и точно определить объем радикального оперативного вмешательства¹.

Около 70% оперативных вмешательств в пензенских эвакогоспиталях производились с применением местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому (г. Казань) – новокаиновая блокада нервов. Широко использовалась и предложенная им масляно-бальзамическая повязка (мазь Вишневского). В годы войны вагосимпатическая блокада по Вишневскому была признана обязательной при проникающих ранениях и полностью себя оправдала – в местных эвакогоспиталях случаев серьезных осложнений и летальных исходов от наркоза не наблюдалось².

В хирургической практике лечения воспалительных процессов при ранениях крупных суставов широкое применение нашел метод профессора Саратовского медицинского института С.Р. Миротворцева (с октября 1945 г. – действительный член Академии медицинских наук СССР). В соответствии с данным методом, при ранениях, ограничивающихся только полостью сустава повреждением синовиальной оболочки, проводилась консервативная терапия, а при ранениях крупных суставов, сопровождавшихся повреждением хрящей и костей, и безуспешном консервативным лечением применялась широкая артротомия или первичная резекция суставов. В случае развития воспалительного процесса и неэффективности указанных методов производилась первичная ампутация. По завершении операции накладывалась глухая бесподкладочная гипсовая повязка³.

¹ Широков Г.А. Медицинская наука на страже здоровья... С. 135.

² Широков Г.А. Медицинская наука на страже здоровья... С. 135-136; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 66.

³ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 72.

В условиях значительных перебоев в снабжении по предложению С.Р. Миротворцева в эвакуогоспиталях в качестве альтернативного перевязочного материала использовались корпии и марлевые мешочки с древесными опилкам¹.

Значительный вклад в развитие хирургической работы в эвакуогоспиталях Пензенской области внес главный хирург отдела эвакуогоспиталей (1942-1945) доцент В.С. Маят. За годы войны им было проведено более 5 тыс. операций, разработан оригинальный метод фаллопластики и подробная классификация огнестрельных повреждений суставов².

Врачи и ученые Пензенской области также занимались научной разработкой таких актуальных проблем как огнестрельные повреждения конечностей и суставов (М.Д. Артемов, М.М. Лифшиц), применение различных видов швов (Т.А. Бородина), рентгенодиагностика ранений конечностей (Г.Н. Белький), повреждения внутренних органов (Э.И. Гимпельсон, И.А. Трейвуш), повреждения глаз (М.И. Ляутерштейн), ранения и заболевания лор-органов (В.П. Терновский), микрофлора раневых инфекций (А.А. Никольская, Е.А. Тихонова, Е.Г. Артюшина) и др.³

Особое значение для внедрения в практику лечения передовых достижений медицинской науки имела научно-просветительская работа. Распространенным способом трансляции передового медицинского опыта и донесения инструктивных указаний научно-консультативных органов (Госпитальных советов) было проведение научно-практических конференций различного уровня: внутри- и межгоспитальных, областных.

Так, в соответствии с приказом Пензенского облздравотдела от 15 октября 1942 г., на регулярной основе, 2 раза в месяц, под руководством начальников госпиталей и главных хирургов осуществлялось проведение внутригоспитальных

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 65.

² Андреев А.А. Валентин Сергеевич Маят – известный ученый, хирург, педагог, оздатель хирургической научной школы (к 115-летию со дня рождения) // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2018. Т. 11. № 3. С. 229.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 23-24; ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 37-39.

конференций и межгоспитальных конференций по группам эвакуогоспиталей (Пенза-Ахуны, Кузнецк-Махалино, Сердобск-Куракино)¹.

В октябре 1942 г. под руководством В.С. Маята прошла и Первая областная конференция ведущих хирургов эвакуогоспиталей. В представленных докладах затрагивалась проблематика причин вторичных кровотечений, наложения вторичных швов, рентгенодиагностики газовой флегмоны, патогенеза послеконтузионных состояний и другие. В ходе работы областной конференции начальников госпиталей, ведущих хирургов и врачей, состоявшейся в декабре 1943 г., были рассмотрены итоги консультативной и практической деятельности в пензенских эвакуогоспиталях бригады московских ученых-медиков в составе Ф.М. Ламперта, А.М. Ланда, А.А. Лимберга, М.О. Фридланда и Н.Н. Приорова².

Важное место в лечебном процессе эвакуогоспиталей занимала организация переливания крови, которое производилось как средними, так и малыми дозами. Например, при острой кровопотере и анемиях переливание производилось в объеме от 300 до 1000 мл, при длительно незаживающих ранах – от 120 до 150 мл³.

Несмотря на то, что в ряде крупных эвакуогоспиталей имелись донорские группы для реализации прямого переливания, в большинстве случаев производились гемотрансфузии – переливания консервированной крови. В связи с этим особое значение имело создание бесперебойной системы заготовки донорской крови и ее компонентов. Донорское движение в годы войны достигло небывало размаха: всего в нем приняли участие до 5,5 млн. человек, в т.ч. в Пензенской области более 12 000 доноров, многие из которых сдавали кровь многократно⁴.

За счет улучшения материально-хозяйственной базы и расширения штата сотрудников (до 50 человек) перестроила свою работу областная станция

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 274а. Л. 191-191 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 25; Кульнев С.В. Развитие хирургии в Пензенской области... С. 124.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 66.

⁴ Пензенский край в истории и культуре России... С. 403.

переливания крови (организованна в апреле 1941 г. на базе пункта переливания крови при Пензенской Центральной городской больнице, начальник – У.М. Милушев). Если в 1942 г. станция заготавливала по 15-20 литров крови в день, то в 1943 г. заготавливаемые объемы были доведены уже до 50 литров в день. Кровь поставлялась не только в местные госпитали, но и на фронт. В 1942 г. станция освоила заготовку собственной сыворотки для определения группы крови (взамен получаемой из Москвы), а в 1944 г. первой в стране освоила технологию боксовой заготовки крови, который обеспечивал более высокий уровень стерильности. Данный метод был одобрен НКЗ РСФСР и Центральным институтом переливания крови и рекомендован к применению по всей стране¹. В Пензенской области открывались и другие станции (пункты) переливания крови. Так, к началу 1945 г. их действовало уже 7. Всего же за годы войны, только одной областной станции переливания крови удалось заготовить 15 589 литров (1941 г. – 127 л, 1942 г. – 2 772 л, 1943 г. – 7 751 л, 1944 г. – 3 979 л., 1945 г. – 960 л)². Знака «Почетный донор СССР» были удостоены 110 пензенских доноров³.

Указанные мероприятия позволили не только обеспечить стабильную поставку крови в местные эвакогоспитали, но и ежегодно наращивать количество гемотрансфузионных процедур. Так, в рассматриваемый период было произведено 8 984 переливания, из которых 53% пришлось на 1944 г.⁴

При определении программы лечения раненых особая роль принадлежала диагностической работе. Следует отметить, что если эвакогоспитали, развернутые в 1941-1942 гг., в большинстве своем были оснащены необходимым рентгеновским оборудованием, значительная часть которого была получена от гражданских лечебных учреждений, то с передачей эвакогоспиталей в НКО положение значительно осложнилось. Так, из 34 рентгеновских кабинетов,

¹ Годин В.С. Путь в полтора столетия... С. 201.; Шалдыбин Г.П., Шишкин И.С. Станция Переливания крови Пензенская областная // Пензенская энциклопедия: 80-летию Пензенской области посвящается: в 2 т. Т. 2.: Н-Я. Пенза, 2019. С. 460.

² Милушев У.М. Родная кровь помогла! Рассказ о пензенских донорах в годы Великой Отечественной войны. Рукопись. Подлинник. 10 марта 1985 г. // ГАПО. Ф. р-2378. Оп. 4. Д. 35. Л. 6.

³ ГАРФ. Ф. Р-9501. Оп. 2. Д. 1018. Л. 17.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 67.

имевшихся в середине 1942 г., к началу 1943 г. осталось лишь 6. Во многих вновь сформированных госпиталях спецкабинеты либо вовсе отсутствовали, либо функционировали с частыми перебоями вследствие отсутствия запасных частей для рентгеновских аппаратов, недостаточного снабжения расходными материалами, кадровых проблем и перебоев в электроснабжении¹.

Схожая картина была характерна и для работы диагностических лабораторий эвакогоспиталей. По причине нехватки лабораторных реактивов, красок и кислот сроки проведения общих (клинических) анализов крови нередко достигали 3-8 дней. Проведением биохимических, бактериологических и серологических исследований для эвакогоспиталей занимались преимущественно гражданские лечебные учреждения: больница им. Семашко, институт эпидемиологии и микробиологии и др.²

Вместе с тем, с 1943 г. серьезных спадов в обще годовых показателях диагностической работы не наблюдалось. Более того, за счет снижения численности поступивших контингентов произошло увеличение показателя доступности диагностических исследований, остававшийся до этого времени примерно на одном уровне. Если в 1943 г. на одного ранбольшого в среднем приходилось только 0,4 рентгенологических и 2 лабораторных исследования, то в 1945 г. – 1,3 и 4,4 исследования, соответственно. Всего за время войны было проведено 470 776 рентгенологических исследований и сделано 115 289 лабораторных анализов³.

В целях восстановления здоровья ранбольшых в эвакогоспиталях Пензенской области применялся широкий спектр физиотерапевтических методов: электротерапия, светотерапия, гидротерапия, парафинолечение, торфолечение, массаж. Для их проведения создавались соответствующие кабинеты⁴.

Уровень постановки физиотерапевтической работы в эвакогоспиталях разнился и зависел от степени их материально-хозяйственной и кадровой

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 10.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 2 об., 4.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 11.

⁴ ГАПО. Ф. р-2378. Оп. 7. Д. 11. Л. 15.

оснащенности. Достаточно хорошо медицинской аппаратурой были обеспечены эвакогоспитали г. Пензы. Так, например, физиотерапевтический и торфолечебный кабинет, организованные в ЭГ № 1649 в сентябре 1942 г. были оснащены переносным аппаратом Д'Арсонваля, аппаратом «Соллюкс», лампой Минина, переносным аппаратом для гальванизации, аппаратом для диатермии, аппаратом УВЧ, холодным кварцем и др. За время работы госпиталя было проведено 162 766 физиотерапевтических процедур, которые принялись при лечении 79% больных (18 тыс. человек)¹.

Важной частью лечебных мероприятий являлись методы физического лечения. Если в первый год войны им не уделялось должного внимания, то после издания приказа НКЗ СССР и ГВСУ РККА от 12 января 1942 г. физическое лечение (ЛФК, гигиеническая гимнастика, физическая зарядка, пешие и лыжные прогулки, трудотерапия) становится обязательным².

Отмечалась ежегодная активизация работы в области лечебной физкультуры. К 1944 г. полностью оборудованные необходимым инвентарем кабинеты лечебной физкультуры имелись уже во всех эвакогоспиталях региона. За организацию их деятельности в порядке совместительства отвечал специально выделенный врач. В ряде учреждений лечебная гимнастика назначалась уже на 2-3 сутки после поступления в госпиталь. Так, например, в ЭГ № 2772 (Ахуны), который был относительно хорошо обеспечен аппаратурой, уже в 1942 г. на одного пациента в месяц приходилось около 10 посещений занятий лечебной физкультурой и 5 физпроцедур. Ко второму полугодию 1944 г. охват гигиенической гимнастикой в эвакогоспиталях области достиг 86% раненых, лечебной гимнастической – 56%³.

Большая заслуга в повышении качества постановки лечебной физкультуры принадлежит инспектору-консультанту ГВСУ РККА, профессору В.В.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 4 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 573. Л. 7; Об использовании в госпиталях средств физического лечения больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии: Приказ Наркомздрава СССР и Главного военно-санитарного управления Красной армии от 12.01.1942 № 19 // Советское здравоохранение. 1942. № 1-2. С. 61.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 890. Л. 35.

Гориневской, которая в конце 1941 – начале 1942 гг. оказывала консультативную помощь в эвакогоспиталях Пензенской области. В крупных госпиталях были проведены методические совещания с участием врачебного персонала и инструкторов ЛФК, разработано инструктивное письмо по применению различных упражнений. По рекомендации В.В. Гориневской был изменен характер проведения занятий: начали шире применяться групповые занятия, двух- и трехсеансовые занятия в течение дня, продолжительность занятий выросла до 30-40 мин¹.

В общем комплексе лечения ранбольшных использовалось и диетическое питание. С конца 1941 г. в штате эвакогоспиталей введены врачи-диетологи и диетсестры, осуществлялась их активная подготовка, проводились учебные семинары. В большинстве эвакогоспиталей лечебное питание было организовано по методу профессора М.И. Певзнера – система диет из 15 лечебных столов, соответствующих определенным группам заболеваний. Из имеющегося ассортимента продуктов в основном готовились лечебные столы: № 0, 1, 2, 4, 5, 7, 14а, 15, стол Миллера, авитаминозный стол. Применялись индивидуальные режимы питания, разгрузочные дни и дополнительное питание (пищевые дрожжи, содержащие 50% белка, и комплекс витамина «В»)².

Необходимо отметить, что, несмотря на наблюдавшиеся в течение войны улучшения, в деле организации лечебного питания сохранялись многочисленные недочеты и нарушения методических инструкций. Они были обусловлены как субъективными факторами (недостаточная квалификация специалистов, халатное отношение и др.), так и объективными, в первую очередь – значительными перебоями в продовольственных поставках. Как правило, применение в лечении того или иного стола ограничивалось недостатком тех или иных продуктов. Были распространены случаи недопустимой замены продуктов, однообразности меню и

¹ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 67-68.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 6; Там же. Д. 896. Л.4; Там же. Д. 897. Л. 2 об.

его неправильного составления, нарушений временного режима и регулярности питания и пр.¹

В восстановлении частично утраченных функций конечностей значительную роль играла трудотерапия. Трудовые процессы стали активно внедряться в лечебную работу тыловых эвакогоспиталей еще с 1942 г.², однако, в эвакогоспиталях Пензенской области и ряда других областей трудотерапию свели к хозяйственному обслуживанию госпиталей. Ранбольные привлекались к работе в специально организованных мастерских (сапожные, швейные, столярные, протезные) и различным хозяйственным работам (сельскохозяйственные работы, заготовка дров, сена и пр.). Организация трудотерапии в соответствии с научно-методическими требованиями НКЗ СССР (строго дозированные по силе и времени движения определенных групп мышц той или иной конечности) началась только с 1944 г., после издания соответствующего приказа НКЗ СССР³.

Вследствие полученных увечий многие воины полностью или частично утрачивали трудоспособность, становились инвалидами и после выписки из госпиталя уже не могли работать по прежней специальности. Подобные жизненные перипетии нередко вели к возникновению у раненых депрессивного состояния, появлению чувства безысходности и потере интереса к жизни. Так, в ЭГ № 2774 (Кузнецк) в 1941 г. был даже зафиксирован случай суицида раненого солдата⁴.

В этой связи важнейшим мероприятием социальной реабилитации воинов, получивших инвалидность, становилось их трудовое обучение. Получение новой профессии повышало уровень их психологической устойчивости, придавало им чувство личной и общественной полноценности. Трудовое обучение реализовывалось как посредством организации работы раненых в госпитальных

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 801 Л. 1, 13; Там же. Д. 788. Л. 6.

² См.: Об использовании в госпиталях средств физического лечения больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии: Приказ Наркомздрава СССР и Главного военно-санитарного управления Красной армии от 12.01.1942 № 19 // Советское здравоохранение. 1942. № 1-2. С. 61.

³ См.: О внедрении трудотерапии в практику лечебной работы эвакогоспиталей: Приказ Наркомздрава СССР от 03.08.1944 № 275 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 429-430; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 890. Л. 35.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 285. Л. 96.

мастерских, так и путем проведения специальных курсов. За годы войны на курсах, организованных в 10 эвакуогоспиталях Пензенской области, прошли обучение: по счетоводному делу – 89 чел., сапожному – 25, столярному – 15, слесарному – 15, портняжному и пошивочному – 13, плетению лаптей – 6, плетению корзин – 18, изготовлению деревянной и жестяной посуды – 9. В ЭГ № 1648 (Пенза) 15 незрячих пациентов окончили курсы чтения и письма. Два инвалида по зрению были трудоустроены для обучения игре на баяне в местную музыкальную школу. В целом трудоустройство инвалидов из числа раненых в Пензенской области носило единичный характер, поскольку большинство из них предпочитали вернуться в места проживания¹.

Облегчению физических и нравственных страданий раненых, поднятию их боевого духа и реабилитации способствовало проведение в эвакуогоспиталях политико-воспитательной и культурно-массовой работы. Для постановки этой работы в июле 1941 г. в эвакуогоспиталях вводилась должность военных комиссаров (с октября 1942 г. – заместителя по политической части)², которые также занимались руководством работы партийной ячейки эвакуогоспиталя, взаимодействием с местными партийными органами и шефскими организациями. Кроме того, в каждом эвакуогоспитале из числа сотрудников и пациентов создавались агитколлективы. Так, например, в ЭГ № 5904 (Сердобск) в агитколлективе состояло 22 человека, с которыми военком 3 раза в месяц проводил инструктивно-методические совещания³.

Одной из форм политико-просветительной работы было чтение лекций и докладов. Лекции проводились специально выделенными партийными органами лекторами, комсомольцами, сотрудниками госпиталей, научными работниками,

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 13.

² См.: О реорганизации органов политической пропаганды и введении института политических комиссаров в РККА: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16.07.1941. Текст: электронный // LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов СССР: сайт. 2011. URL: https://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4329.htm (дата обращения: 07.02.2023); Об установлении полного единоначалия и упразднения военных комиссаров в Красной Армии: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 09.10.1942 // Сборник законов СССР и указов Президиума Верховного Совета СССР. 1938 г. – июль 1956 г. Москва, 1956. С. 200-201.

³ ГАПО. Ф.п-148. Оп. 1. Д. 1198. Л. 20.

педагогами, врачами и др. Тематика лекций в основном была посвящена рассмотрению хода военных действий, международных и политических событий, событиям из жизни страны, санитарному просвещению¹.

С ранбольными и личным составом эвакогоспиталей проводились регулярные политзанятия. На занятиях изучались основы марксистско-ленинской теории, работы И.В. Сталина, постановления и указы советского правительства. К каждой знаменательной дате проводились торжественные митинги и собрания.

При участии партийного актива и ранбольных в эвакогоспиталях был налажен выпуск стенгазет, в которых освещались события из внутренней жизни госпиталей, помещались статьи и заметки, отмечались лучшие работники. Так, например, за время работы ЭГ № 5903 (ст. Симанщино, август 1943 – декабрь 1945 гг.) в нем было выпущено 38 номеров стенгазеты².

Не менее важной формой политпросвещения была читка материалов периодической печати и книг, которая осуществлялась закрепленными за палатой сотрудниками, выздоравливающими ранеными, представителями шефских организаций или учащимися. С этой целью эвакогоспитали достаточно стабильно снабжались газетами и журналами «Правда», «Известия», «Комсомольская правда», «Красная звезда», «Медицинский работник», «Сталинское знамя», «Красноармеец», «Спутник агитатора», «Огонек», «Крокодил». За счет шефских организаций госпитальные библиотеки обеспечивались книгами³.

Для ведения культурной работы во многих эвакогоспиталях из числа ранбольных и личного состава госпиталя создавались кружки художественной самодеятельности. Одним из первых такой кружков был создан еще в ноябре 1941 г. в ЭГ № 4488 (Николо-Пестровка)⁴. В 1944 г. художественная самодеятельность действовала во всех эвакогоспиталях г. Пензы⁵.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 801. Л. 10; Там же. Д. 897. Л. 4.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 900. Л. 2, 3.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 896. Л. 4.

⁴ ГАПО. Ф. п-1791. Оп. 1. Д. 1. Л. 3.

⁵ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 19. Л. 7 об.

В организации культурного обслуживания эвакуогоспиталей крайне велика была роль широкой общественности. Так, за годы войны силами партийного и комсомольского актива, профессиональных творческих коллективов и художественной самодеятельности различных организаций в госпиталях было прочитано 16 420 докладов и лекций, проведено 28 700 бесед, продемонстрировано 5 277 киносеансов, поставлено 2 770 спектаклей и концертов¹.

Большую помощь в этом направлении оказывали дети и учащаяся молодежь. Так, уроженка с. Зеленовка (Сердобский р-н) А.Е. Щетинина (1931 г.р.) вспоминала: *«Школьниками посещали раненых больных в госпитале, который находился в школе № 1 города Сердобска. Приносили им еду, вязали носки, а также выступали перед ранеными с песнями и танцами»*².

З.С. Шуваева (1932 г.р.) вспоминала следующий случай: *«...отец был автомехаником (завгаром) и имел бронь. А в 1941 году мы с отцом встретили войну в лице раненых солдат в госпитале, который был расположен в моей родной школе №2 [г. Сердобска – автор]. Мой отец виртуозно играл на баяне и многих других музыкальных инструментах, а я с детства очень хорошо пела. Концерт в госпитале проходил в коридоре на первом этаже: меня поставили на табуретку, папа с баяным рядом. Я спела самые известные в то время песни: «Катюша» и «Три танкиста». Один из раненых подошел и взял меня на руки, потом передал меня другому и пошла я по рукам, как негритенок из кинофильма «Цирк». Каждый из этих солдат, вероятно, вспомнил о своих родненьких, оставшихся где-то далеко»*³.

Как видим, политико-воспитательная и культурно-массовая работа в эвакуогоспиталях отличалась значительным разнообразием форм. Тем не менее,

¹ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 1288. Л. 31.

² Щетинина Александра Егоровна (1931 г. р), г. Сердобск Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2018/11/20/щетинина-александра-егоровна/> (дата обращения: 12.09.2022).

³ Шуваева (Горшкова) Зоя Сергеевна (1932 г. р.), г. Сердобск Пензенской обл. Текст: электронный. // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2020/04/20/шуваевагоршкова-зоя-сергеевна/> (дата обращения: 12.09.2022).

это не лишало ее различного рода недостатков, особенно в первые военные годы. Так, в ходе совещания комиссаров госпиталей при военном отделе Пензенского Обкома ВКП (б) от 5 марта 1942 г. отмечалось, что *«во многих госпиталях отсутствует военная работа с ранеными. Партийные организации не перестроили свою работу. Связь райкомов ВКП (б) с секретарями парторганизаций госпиталей недостаточная. Бывший комиссар госпиталя 2771 Чуфистов застрелился. Это позорный случай для нас»*¹.

Серьезные нарекания по поводу организации культмассовой работы возникали не только у государственно-партийных органов, но и у самих раненых. В качестве примера приведем коллективную жалобу пациентов ЭГ № 4402 (Земетчино) (ориентировочно от сентября 1944 г.): *«... работа культурного обслуживания раненых больных поставлена плохо. Больные не имеют ни газет, ни шашек, домино, музыкальных инструментов. Нет уголка – больные сидят на земле, возле здания госпиталя – скамеек нет. Однажды обратились к зам. по политчасти капитану Коваленко с вопросом – почему нет газет, книг и пр. Он ничего не ответил»*².

Указанные недочеты крайне негативно отражались на общем уровне воинской дисциплины раненых. Из делопроизводственной документации отдела эвакогоспиталей Пензенской облздрава следует, что нарушения дисциплины солдат выражались не только в самовольных отлучениях и пьянках, но и в таких поведенческих девиациях как хулиганство и кражи. Яркий пример – случаи хулиганства и драк ранбольных эвакогоспиталя № 4488, имевшие место в пос. Николо-Пестровка. Так, по свидетельствам санитарки Ш., 19 августа 1942 г. ранбольной З. с товарищем избил местную жительницу, а раненый А. спровоцировал драку у аптеки³.

Особое внимание обращают на себя сообщения, направленные в 1944 г. из ЭГ № 3567 (Лунино). Так, из докладной записки начальника госпиталя от 1944 г.

¹ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 763. Л. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 61, 63.

³ ГАПО. Ф. п-1791. Оп. 1. Д. 1. Л. 24 об. ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 763. Л. 12 об.

известно, что некоторые раненые, *«неподдающиеся влиянию, убеждению и предупреждению»*, были привлечены к уголовной ответственности: *«осуждены ... [раненые] М.Е. Аийбуш к десяти годам ... и П.В. Крохин к восьми годам тюремного заключения»*¹.

Между тем, согласно письмам раненых данного госпиталя, серьезные проблемы существовали и в поведении самих служащих и работников учреждения. К примеру, в ноябре 1944 г. раненый сержант А.И. Козик направил жалобу в Наркомздрав РСФСР следующего содержания: *«.. Ежеминутно слышится мат не только среди больных, а даже другая сестра и нянечка знает такую оксиому мата, что проста волос становится надыбы»*². О вопиющем, однако, непроверенном факте одиозного поведения говорит анонимка другого раненого: *«В госпитале № 3567 в с. Лунино начальник, угрожая револьвером раненому больному, грозил его застрелить, схватил зашиворот и тянет как собаку из палаты и распоряжение сестре снять ранбольного с довольствия, раздел и выгнал из корпуса. ... Вот как начальник госпиталя проявляет свою воспитательную работу с ранбольными, частенько с револьвером в руках. С револьвером в руках надо бы начальнику госпиталя гонять немецких захватчиков, а не раненых больных»*³.

Конечно, истинность таких заявлений вызывает множество сомнений, но, в то же время массовый характер жалоб подобного содержания, даже не смотря на их субъективность, указывает на актуальность вышеозначенных проблем.

Таким образом, эвакуогоспитали Пензенской области осуществляли свою деятельность сразу по нескольким направлениям, среди которых ведущее место занимало оказание квалифицированной медпомощи раненым и больным воинам. Основное представление о ее результатах дает показатель исходов лечения (см. таблицу 16).

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 25-25 об.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 55.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 805. Л. 65.

Как видим, на протяжении войны происходит снижение доли благоприятных исходов лечения, которое, прежде всего, следует связывать с изменением тяжести ранений контингентов, поступавших в пензенские эвакогоспитали. Если в 1941-1942 гг. за счет преобладания ранений без повреждения длинных трубчатых костей удалось удерживать показатель возвращения в строй (выписано в часть и направлено в отпуск) на уровне 82%, то поступление более тяжелораненых бойцов с 1943 г. постепенно привело к ощутимому уменьшению процента положительных исходов, и параллельному увеличению доли лиц, уволенных в запас или полностью комиссованных. Вместе с тем, благодаря повышению уровня постановки лечебной работы и расширению специализации госпиталей с 1943 г. наблюдалось последовательное снижение летальности.

Таблица 16

Результаты лечения раненых и больных, окончивших лечение в эвакогоспиталях Пензенской области (1941-1945 гг.)¹

Исходы лечения	Показатель	Временные периоды							
		1-й год войны	II полуг. 1942 г.	I полуг. 1943 г.	II полуг. 1943 г.	I полуг. 1944 г.	II полуг. 1944 г.	I полуг. 1945 г.	За все военные годы
Выписано в часть	Чел.	22 741	7 689	11 869	11 580	8 624	5 264	3 898	71 665
	%	73,1	77,8	74,2	75,8	52,2	45,3	36,7	64,5
Направлено в отпуск	Чел.	2 938	503	416	162	192	171	234	4 616
	%	9,4	5,1	2,6	1,1	1,1	1,5	2,2	4,2
Уволено в запас и вовсе	Чел.	5 086	1 365	3 298	3 182	7 449	6 089	6 349	32 818
	%	16,3	13,8	20,6	20,8	45,1	52,4	59,9	29,5
Умерло	Чел.	372	331	423	355	259	93	123	1 956
	%	1,2	3,3	2,6	2,3	1,6	0,8	1,2	1,8
Итого	Чел.	31 137	9 888	16 006	15 279	16 524	11 617	10 604	111 055
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

Негативное влияние на конечные результаты лечения оказывали и другие факторы: длительные сроки поступления раненых, низкий уровень обеспеченности медицинским оборудованием (прежде всего, рентгеновской аппаратурой), нехватка квалифицированных врачебных кадров (хирургов,

¹ Составлено и рассчитано по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 6.

рентгенологов, физиотерапевтов, лаборантов и др.), частая перегрузка эвакогоспиталей, случаи халатного отношения медперсонала¹.

Наиболее значимым из них было увеличение сроков эвакуации в Пензенские эвакогоспитали. Если в 1942 г. средний срок поступления бойцов со дня ранения составил 25 дней, то уже в 1943 г. – 43 дня, в 1944 г. – 55 дней, в 1945 г. – 65 дней. К 1944 г. раненые, прежде чем попасть в местные эвакогоспитали, проходили до 8 этапов лечения².

Нередко при поступлении контингентов ранбольшных отмечались существенные недостатки в оказании медицинской помощи на предыдущих этапах эвакуации (некачественная первичная хирургическая обработка ран, отсутствие противостолбнячной прививки, ненадлежащее оформление историй болезни и др.)³. Следствием подобных недоработок при длительных сроках эвакуации раненых становились различного рода осложнения (контрактуры, остеомиелиты, эмпиемы, свищи, гониты, кокситы) и развитие сепсиса, занимающего ведущее место среди причин смертельных исходов (1941–1942 г. – 67,48%, 1943 г. – 73,4%, 1944 г. – 42,8%)⁴. Многим ранбольшным требовалось оказание экстренной квалифицированной медпомощи уже в первые часы после поступления в эвакогоспиталь. О важности оказания этой помощи свидетельствуют данные о том, что в одном из крупнейших пензенских эвакогоспиталей – ЭГ № 1649, из 374 случаев летальных исходов за все военные годы 29% пришлось на первые – десятые сутки после поступления в госпиталь⁵.

Вышеозначенные факторы в совокупности с проблемами, которые вели к задержке выписки выздоровевших бойцов (недостаточная интенсивность работы протезной мастерской, нехватка обменного фонда для выздоровевших бойцов) обусловили увеличение средних сроков лечения и выписки ранбольшных. Так, средние сроки лечения раненых со дня поступления в госпиталь возросли с 33,6

¹ См., например: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 788. Л. 34; Там же. Д. 573. Л. 7-10; Там же. Д. 891. Л. 9.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 889. Л. 9.

³ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 68.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 10.

⁵ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 892. Л. 9.

дней во II полугодии 1942 г. до 66 дней в I полугодии 1945 г.; сроки лечения больных выросли соответственно с 30,7 до 41,2 дня¹.

Таким образом, несмотря на улучшение постановки лечебной работы, для эвакогоспиталей Пензенской области было характерно постепенное ухудшение годовых результатов лечения. Вместе с тем итоговые показатели деятельности госпитальной базы Пензенской области за весь военный период превзошли не только аналогичные показатели большинства других госпитальных баз регионов Среднего Поволжья, но и общесоюзные показатели. Так, процент возвращенных в строй и направленных в отпуск от числа бойцов, закончивших лечение в эвакогоспиталях соответствующих областей, составил: в Пензенской области – 68,7%² (по данным В.А. Томилова – 66, 9%), в Саратовской области – 61,8%, в Чувашской АССР – 64,1%, в Куйбышевской области – 67,5%³.

Благодаря работе советской медицинской службы (все госпитали НКО, НКЗ и ВЦСПС) в годы войны удалось вернуть в строй 72,3% раненых и 90,6% больных. Из числа раненых и больных, поступивших на лечение в тыловые эвакогоспитали, выписано в часть – более 56%, направлено в отпуск – 4,4%, уволено в запас и вовсе – 36,5%, умерло – 1,5%⁴.

Самоотверженный труд работников эвакогоспиталей Пензенской области был отмечен не только государственными органами, но и искренней благодарностью излеченных бойцов. Так, в письме, направленном в редакцию газеты «Сталинское знамя» в мае 1945 г., группа советских офицеров, обращаясь к работникам ЭГ № 1649, писала: *«Хотим с вами поделиться тем счастьем, которое нам возвратили медработники ...находясь в госпитале на период лечения, чувствовали со стороны Вас...только материнскую заботу и любовь о нас раненых. За все выше изложенное мы раненые и больные от всего сердца*

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 9.

² Рассчитано автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 6.

³ Томилов В.А. Медицина Среднего Поволжья – фронту... С. 66.

⁴ Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина...С. 178.

благодарим Вас... Да здравствуют медработники, принимающие участие в разгроме над немецко-фашистскими захватчиками!»¹.

Подводя итог, можно заключить, что на качестве работы эвакогоспиталей Пензенской области сказывался целый комплекс факторов: общий низкий уровень развития медицинской базы региона, недостаточная укомплектованность врачебными кадрами, медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом, частая перегрузка коек и др.

Тем не менее, в большей степени особенности и результаты их деятельности определялись динамикой изменения их положения относительно линии фронта и тяжестью поступающих контингентов. Близость к фронтовым районам и особенности санитарной эвакуации в 1941-1943 гг. обусловили поступление в пензенские эвакогоспитали преимущественно контингентов с повреждениями легкой и средней тяжести, а более тяжелые раненые, нуждающиеся в длительном лечении, направлялись в глубокий тыл. Такая дифференциация создала местным эвакогоспиталям условия для обеспечения довольно высоких показателей положительных исходов лечения.

С конца 1943 г. с отдалением линии фронта местные эвакогоспитали в полной мере приобрели статус эвагоспиталей глубокого тыла, вследствие чего процент лиц, подвергшихся дальнейшей санитарной эвакуации, сократился. Оказание медицинской помощи на этом этапе сопровождалось углублением специализации коечной сети, ростом хирургической активности и повышением качества постановки лечебной работы. В связи с поступлением более тяжелых контингентов, у которых вероятность положительных исходов лечения априори была гораздо ниже, произошло последующее снижение процента лиц, возвращенных в строй, и увеличение доли инвалидов.

Впрочем, несмотря на это, задел, полученный еще до окончания коренного перелома в войне, позволил системе здравоохранения Пензенской области превзойти многие, более развитые в медицинском отношении, поволжские регионы по показателю восстановления в строй раненых и больных воинов

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 920. Л. 7-7 об.

Красной Армии. О масштабах ее работы говорит и тот факт, что из числа солдат и офицеров, восстановивших здоровье в местных эвакогоспиталях, можно было бы сформировать несколько стрелковых дивизий.

2.2. Оказание лечебно-профилактической помощи гражданскому населению

В годы войны наряду с лечением раненых и проведением масштабной санитарно-противоэпидемической работы перед региональной системой здравоохранения стояла задача по сохранению и развитию существующей системы лечебно-профилактической помощи гражданскому населению.

Как справедливо отмечает М.А. Семенов, в зависимости от типа местности, в реализации этой помощи можно условно выделить две схемы, которые имели свою специфику: городскую и сельскую¹.

Так, в основе организации лечебно-профилактического обслуживания городского населения лежали две основные модели: территориальная и производственная (ведомственная). В первом случае формирование групп обслуживаемого контингента осуществлялось по признаку проживания на определенной территории, во втором – по признаку работы (обучения) в определенных организациях или на предприятиях (реализовывался преимущественно в городах). Эти модели не являлись взаимоисключающими и успешно дополняли друг друга.

Учитывая то, что реализация медицинского обслуживания населения включала в себя оказание как внебольничной, так и больничной помощи, ее целесообразно рассматривать исходя из основной типологии лечебно-профилактических учреждений.

Ведущим звеном в оказании первичной лечебно-профилактической помощи населению являлись различные амбулаторно-поликлинические учреждения – фельдшерские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты,

¹ Семенов М.А. Фронт в тылу...С. 234.

амбулатории, поликлиники, диспансеры, консультации, станции скорой помощи, станции санитарной авиации.

В основе организации работы поликлиник и амбулаторий лежал участково-территориальный принцип обслуживания. В соответствии с ним за определенной территорией закреплялся врач-терапевт, организующий все виды медицинского обслуживания на своем участке: ведение амбулаторного приема больных своего участка в амбулатории (поликлинике), обслуживание их на дому, проведение в пределах того же участка профилактической санитарно-просветительской и противоэпидемической работы. Значительную помощь врачу оказывала участковая медицинская сестра¹.

Однако, с началом войны в условиях недостатка врачебных кадров и материальных ресурсов эта система на практике перестала работать. Возврат к данному принципу стал возможным только в 1943 г. Так, в течение 1943 г. число врачебных участков в городах области выросло с 33 до 49².

При этом, нельзя не отметить, что восстановление участковой системы обслуживания в основном за счет расширения территории участка в купе с усилением ответственности участковых медработников за проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий и сохранением кадрового дефицита привело к ощутимому росту нагрузки на медицинский персонал³. Так, например, в г. Пензе на 1 января 1944 г. на один участок городской поликлиники приходилось до 10 тыс. жителей⁴.

Интенсификация работы медицинского персонала привела к сокращению возможностей здравоохранения по оказанию медицинской помощи на дому, о чем свидетельствуют данные таблицы 17.

¹ Сорок лет советского здравоохранения... С. 124.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 4; Там же. Д. 1096. Л. 4.

³ О противоэпидемической работе городских поликлиники и амбулаторий и укреплении участковой системы медицинского обслуживания гражданского населения: Приказ Наркомздрава СССР от 22.05.1942 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 149.

⁴ ГАПО. Ф. п-37. Оп. 1. Д. 970. Л. 39.

Динамика оказания медицинской помощи на дому врачами и средним медицинским персоналом по городам Пензенской области (1941-1945 гг.)¹

Категории медицинских работников	Годы									
	1941		1942		1943		1944		1945	
	Абс.	%								
Врачи	76 584	49	81 953	65	60 369	51	62 958	47	77 331	51
Средний медперсонал	78 710	51	42 522	35	56 602	49	72 467	53	76 991	49
Итого	155 294	100	124 475	100	116 971	100	135 425	100	154 322	100
В т.ч. посещений детей	80 779	52	30 426	24	55 522	48	57 883	43	68 663	45

Как видно из таблицы, в 1942-1943 гг. наблюдалось ощутимое сокращение числа посещений на дому (со 155 294 посещений в 1941 г. до 116 971 посещения в 1943 г.). Так, в 1943 г. этот показатель составил лишь 75% от аналогичного показателя 1941 г.

Нередко наблюдались случаи отказа в вызове медработника на дом или его явка на вызов лишь спустя несколько дней. Так, в ходе заседания Пензенского горисполкома 13 февраля 1942 г. отмечалось, что *«помощь больным на дому не обеспечена в должном виде, врач является на вызов с опозданием в 2-3 дня, активных посещений больных не производится. Участковый принцип обслуживания введен в поликлиниках формально, не все врачи работают на участке...»*².

На заключительном этапе войны показатели числа посещений приобрели положительную динамику и в 1945 г. практически достигли уровня 1941 г.

Обращает на себя внимание сокращение в 1942 г. по сравнению с 1941 г. (с 51% до 35%) удельного веса посещений, пришедшихся на средний персонал. Причины этого заключаются, с одной стороны, в росте числа врачебных посещений, вероятнее всего, вызванном увеличением доли негоспитализированных тяжелобольных граждан; с другой стороны, в

¹ Составлено и рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 6 об.; Там же. Д. 600. Л. 4.; Там же. Д. 787. Л. 4.; Там же. Д. 946. Л. 5.; Там же. Д. 1096. Л. 5.; Там же. Д. 1336. Л. 5. Данные указаны с учетом неотложной помощи, оказанной персоналом амбулаторий и поликлиник помимо станций скорой помощи и без учета посещений работниками фельдшерско-акушерских пунктов.

² ГАПО. Ф. р-2420. Оп. 1. Д. 3. Л. 5.

уменьшении в структуре обслуживаемого контингента детей, в частности, значительное ослабление патронажной работы, проводимой, в большей степени, средним медперсоналом. В 1943 г. с постепенным налаживанием этой работы, расширением госпитализации и амбулаторного врачебного приема доля посещений, осуществленных средним медперсоналом, выросла до уровня 1941 г., и в последующие военные годы находилась примерно в равном соотношении с долей врачебных посещений. Такое положение во многом свидетельствует о сохранении значительной роли медицинских работников среднего звена в оказании первичной медицинской помощи на дому. Подтверждением этому является и тот факт, что на 31 декабря 1944 г. 25% всех городских врачебных участков были еще заняты фельдшерами¹.

Оказание медицинской помощи населению на догоспитальном этапе также осуществлялось непосредственно в самих амбулаториях и поликлиниках врачами общей практики и узкими специалистами. В условиях сокращения ресурсов для обслуживания больных по месту жительства роль амбулаторного приема значительно возросла. Так, например, число врачебных приемов, проведенных в общих поликлиниках и амбулаториях г. Пензы в 1942 г. по сравнению с 1941 г. возросло на 32% (см. таблицу 18).

Таблица 18

Прием пациентов врачами в некоторых городских поликлиниках и амбулаториях г. Пензы (1941-1942)²

Учреждения	Годы	
	1941	1942
Поликлиника № 1 при заводе им. Фрунзе	190 325	244 588
Поликлиника № 2	145 030	219 140
Поликлиника № 3	112 929	141 530
Горамбулатория № 1	52 432	55 412
Горамбулатория № 2	11 390	13 374
Итого	512 106	674 044

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 4; Там же. Д. 1096. Л. 4.

² Составлено по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 365. Л. 7, 13, 14, 16, 18.; Там же. Д. 514. Л. 13, 14, 15, 20, 21.; Там же. Д. 962. Л. 5, 6, 9, 11, 12. Представлены данные без учета посещений зубных врачей.

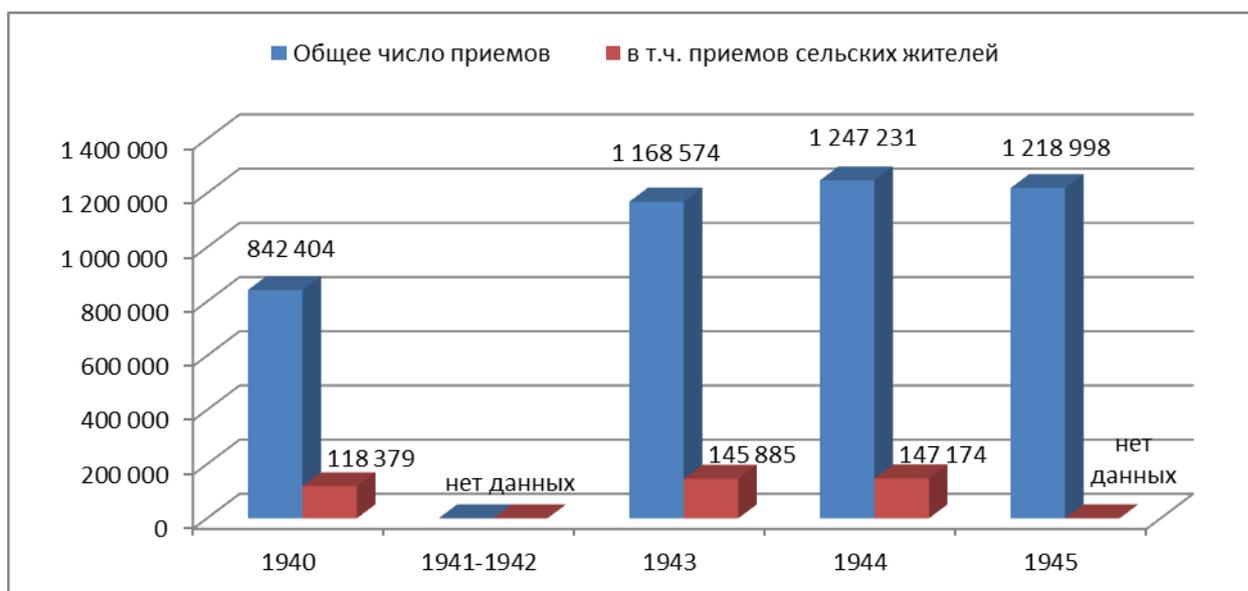
Увеличение числа амбулаторных врачебных приемов происходило и в масштабах области (см. диаграмма 4).

Как видим, максимальное значение этого показателя пришлось на 1944 г., когда врачами было обслужено 1 247 231 человек, что почти в 1,5 раза больше чем в 1940 г. При этом, как и до войны, более 10% посещений в городских учреждениях приходилось на сельских жителей.

Впрочем, несмотря на расширение оказываемой амбулаторной помощи, ее объемы не отвечали потребностям населения, и достигались, в большей мере, не столько за счет расширения амбулаторно-поликлинической сети, сколько за счет увеличения нагрузки на врачей, а также нередко за счет их замены средним медперсоналом. Даже в Центральной городской больнице г. Пензы, в силу мобилизации значительной части врачей, прием пациентов вели по совместительству средние медицинские работники, прошедшие обучение в субординатуре¹.

Диаграмма 4

Прием пациентов врачами в общих городских амбулаториях и поликлиниках Пензенской области (1940, 1943-1945 гг.)²



¹ Годин В.С. Путь в полтора столетия... С. 196.

² Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 4.; Там же. Д. 946. Л. 3 об.; Там же. Д. 1096. Л. 3 об.; Там же. Д. 1336. Л. 3 об. Данные представлены без учета детских, самостоятельных зубоврачебных и физиотерапевтических посещений.

В последние военные годы с целью повышения качества специализированного амбулаторного обслуживания в учреждениях гражданской сети организовывался прием врачей местных эвакогоспиталей. Например, в марте 1944 г. для врачей-консультантов из ЭГ № 1648 в поликлинике № 3 г. Пензы был выделен специальный кабинет с соответствующим оборудованием и закрепленной медсестрой. Каждый специалист осуществлял прием жителей на протяжении одного-двух часов по заранее разработанному расписанию¹.

Таким образом, война оказала существенное влияние на работу городской амбулаторно-поликлинической сети. Для ее развития было характерно ощутимое смещение нагрузки по оказанию первичной медицинской помощи от посещения на дому в сторону амбулаторного приема больных. При этом, даже несмотря на снижение качества амбулаторно-поликлинической помощи, она по-прежнему оставалась наиболее доступным видом медико-санитарной помощи для горожан.

Медицинскую помощь наиболее тяжелым больным, нуждающимся в постоянном наблюдении и применении методов лечения, которые затруднены или невозможны в амбулаторных условиях, оказывали стационарные (больничные) учреждения (больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории и др.). Сведения о деятельности подобных учреждений представлены в таблице 19.

Таблица 19

**Работа городских больнично-стационарных учреждений
Пензенской области (1940-1945 гг.)²**

Показатель	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Поступило больных (чел.)	52 384	52 330	39 617	42 117	41 757	43 884
Проведено всеми больными койко-дней за год	652 350	665 100	620 993	601 411	660 595	678 127
Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре (дней)	12,5	12,7	15,7	14,3	15,8	15,5
Среднегодовое число коек	2 050	2 033	2 101	2 252	2 624	2 828

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 774. Л. 1.

² Составлено и рассчитано по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2.; Там же. Д. 600. Л. 2.; Там же. Д. 787. Л. 2.; Там же. Д. 946. Л. 1 об.; Там же. Д. 1096. Л. 1 об.; Там же. Д. 1336. Л. 1 об. Данные представлены без учета психиатрических учреждений.

Среднее число дней занятости койки в году	318,2	327,2	295,6	267,1	251,8	239,8
Оборот койки годовой (чел.)	25,6	25,7	18,9	18,7	15,9	15,5

Как видно из таблицы, в годы войны происходило снижение показателей оказания стационарной помощи. Так, несмотря на то, что в течение военного периода не только не произошло сокращения городского среднегодового числа коек, но и вовсе наблюдалось его увеличение, количество поступивших больных резко сократилось и даже в 1945 г. составило лишь 84% от уровня 1940 г.

Тенденции к снижению также были характерны для показателей удельной нагрузки на койку. Если, в 1941 г. число дней работы койки составило 327,2 дня при среднем обороте в 25,7 человек, то в 1945 г. эти показатели составили соответственно – 239,8 дней и 15,5 человек.

Вместе с уменьшением числа поступивших больных происходило увеличение такого показателя как срок пребывания пациента на койке, являющегося важной характеристикой лечебно-диагностического процесса. Здесь следует отметить, что для коек различного профиля нормативы пребывания значительно разнились. Поэтому для одного типа коек увеличение показателя среднего койко-дня могло указывать на снижение эффективности работы, для другого – являлось положительной тенденцией. В нашем случае увеличение длительности пребывания в стационаре с 12,5 до 15,5 дней, с одной стороны, может свидетельствовать о недостаточном обследовании и лечении на догоспитальном этапе или затягивании сроков лечения в больнице; с другой стороны, может быть связано с повышением качества лечения в специализированных стационарах за счет увеличения длительности пребывания больных (например, в противотуберкулезных учреждениях).

Сложившаяся ситуация указывает на достаточно низкую эффективность использования коечного фонда. Такое положение было не столько обусловлено недостаточной эффективностью управления здравоохранением, сколько являлось следствием кадровых и материально-хозяйственных проблем, порожденных обстоятельствами военного времени. Кадровый дефицит, перебои в поставках топлива, продуктов питания и санитарно-хозяйственного имущества снижали

качество ухода за больными, нередко нарушали работу целых отделений и вынуждали медработников отказывать в госпитализации больных даже при наличии свободных коек¹.

Так, например, в ходе заседания бюро Пензенского горкома ВКП (б), состоявшемся 2 декабря 1943 г., заведующий облздравотделом К.И. Коробков отмечал: «... лечебные учреждения не подготовлены к работе в зимних условиях, не приняты никакие меры к укомплектованию их медицинскими кадрами. Больница, обслуживающая Заводской район, находится в запущенном состоянии ... имеются случаи отказа в приеме больных, несмотря на то, что коечная сеть используется только наполовину»².

Значимым фактором, оказывавшим негативное влияние на показатели работы коечной сети, являлась передача специализированных коек под обслуживание инфекционных больных. Так, в 1943 г. терапевтическое отделение Центральной городской больницы г. Пензы было перепрофилировано для госпитализации больных брюшным тифом, затем дизентерией, и только в конце года в полной мере возобновило свою работу по обслуживанию пациентов терапевтического профиля³.

Таким образом, качество врачебно-стационарной помощи, оказываемой жителям городов в годы войны ощутимо снизилось. Добиться заметного снижения такого важного показателя работы, как процент летальности исходов лечения* (с 4,7% в 1944 г. до 2,9% в 1945 г.), городским больничным учреждениям удалось только с окончанием войны⁴.

Оказанием специализированной лечебно-профилактической помощи занимались соответствующие амбулаторные и стационарные профильные учреждения (кабинеты, отделения): туберкулезные, кожно-венерологические,

¹ См.: ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 6. ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 1.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 718. Л. 54.

³ Лавров А.Н., Орлов Ю.А., Шалдыбин Г.П., Зиновьев Д.Ю. Пензенская областная клиническая больница... С. 13.

* В отчетах облздравотдела статистика летальности фиксировалась с 1943 г.

⁴ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1096. Л. 3.; Там же. Д. 1336. Л. 3.

психоневрологические, гельминтологические, онкологические, женские и детские.

Ухудшение условий жизни населения страны вкупе с масштабными миграционными процессами резко обострили угрозу распространения социальных заболеваний. Значительное внимание было уделено борьбе с туберкулезом. Усиление работы в данном направлении осуществлялось, главным образом, по пути расширения возможностей для оказания стационарной помощи. Так, постановление СНК СССР от 5 января 1943 г. «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом» предусматривало увеличение числа противотуберкулезных коек в Пензенской области на 100 дополнительных единиц, открытие ночных и дневных санаториев для работников оборонной промышленности, служащих и учащихся школ ФЗО и ремесленных училищ, домов инвалидов для туберкулезных больных, организацию для больных детей специальных детских садов и лесных школ и пр.¹

Результатом претворения в жизнь указанных мероприятий в городах Пензенской области стало более чем пятикратное увеличение в течение 1943 г. числа коек для больных туберкулезом, и, как следствие, увеличение в 1943 г., по сравнению с предыдущим годом, числа больных, находившихся на стационарном лечении, на 80%. В 1944-1945 гг., несмотря на некоторое снижение вышерассмотренных показателей, качественное развитие противотуберкулезной помощи продолжилось: длительность пребывания больного на койке выросла с 27,1 до 41,4 дня².

В отличие от стационарной противотуберкулезной сети, сеть амбулаторно-поликлинических учреждений в городах осталась на довоенном уровне. Однако, показатели ее работы значительно превысили довоенные. Так, например, в 1943 г. врачами было проведено на 44% приемов больше, чем в 1940 г. (33 480

¹ О мероприятиях по борьбе с туберкулезом: Приказ НКЗ СССР от 12.01.1943 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 244-246.

² Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 3.; Там же. Д. 1096. Л. 3.; Там же. Д. 1336. Л. 3.

посещений против 23 206). Лишь за 1943-1945 гг. медиками было проведено в общей сложности 100 тыс. амбулаторных приемов больных туберкулезом¹.

В годы войны определенную угрозу для населения, по-прежнему, несли венерические заболевания, борьба с которыми проходила как по линии увеличения специализированного коечного фонда, так и по линии расширения амбулаторного приема больных. Об этом ярко свидетельствуют следующие данные. Если в 1940 г. было проведено 85 тыс. приемов кожно-венерологических больных, то в 1943 г. и 1944 г. – 127 тыс. и 171 тыс. соответственно. Количество больных, прошедших стационарное лечение в последний военный год, почти вдвое превысило аналогичный показатель 1940 г. (715 чел. против 393 чел.)².

Медленно и неравномерно развивалась онкологическая помощь. Так, к концу войны в Пензенской области действовал только один онкологический пункт в областном центре (2 штатных врачебных должности), хирургическая помощь онкологическим больным осуществлялась в Центральной городской больнице. Благодаря повышению онконастороженности врачей первичного звена, которые стали чаще направлять пациентов с подозрением на онкологическое заболевание для консультации в онкологический пункт, в течение войны происходил постепенный рост показателей амбулаторного приема онкобольных. Если в 1940 г. было проведено 1 204 посещения, в 1942 г. – 4 767, то 1945 г. уже – 6 222³.

Вместе с тем руководство отдельных горздравотделов недооценивало значимости развития помощи онкобольным. Например, в Кузнецке специализированный онкологический пункт и рентгенологический аппарат не был открыт даже к началу 1946 г. в силу отсутствия необходимого помещения, а также врача для отправки на курсы специализации. Достаточно слабо были развиты диагностика онкологических заболеваний, как и применение

¹ Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 4.; Там же. Д. 946. Л. 3 об.; Там же. Д. 1096. Л. 3 об.; Там же. Д. 1336. Л. 3 об.

² Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 3об.-4; Там же. Д. 946. Л. 3 об.; Там же. Д. 1096. Л. 3 об.; Там же. Д. 1336. Л. 3.

³ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 4.; Там же. Д. 1336. Л. 3 об.; ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 22.

современных методов лечения (биопсия). В силу низкого уровня медицинского просвещения больные часто элементарно не являлись по направлению: в 1945 г. специализированное учреждение посетили только 40% больных с подозрением на рак желудка, 25% – на рак матки, 13% – на рак молочной железы¹.

В условиях снижения репродуктивной активности населения*, вызванного обстоятельствами военного времени, особое значение приобрели мероприятия здравоохранения, направленные на улучшение демографической ситуации, охрану материнства и детства. Нормативной базой для их реализации стали соответствующие решения государственных органов: Постановление СНК СССР от 27 октября 1942 г. «О мероприятиях по улучшению работы органов НКЗ СССР и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей», дублирующий его приказ НКЗ СССР от 3 ноября 1942 г. №531, утверждавший Положение детским врачам города, городского района, рабочего поселка; указ Президиума Верховного совета СССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным матерям, усилении охраны материнства и детства» и др. В соответствии с ними восстанавливалась участковая система обслуживания детей, расширялся патронаж, увеличивалась сеть городских консультаций и детских поликлиник, вводилась должность детского врача города, рабочего поселка и городского района и пр.²

В результате возможности для оказания консультативно-профилактической помощи женщинам и детям заметно повысились. Так, число самостоятельных женских и детских консультаций в городах Пензенской области увеличилось с каждым военным годом и к концу 1945 г. достигло 22 (против 13 в 1940 г.). Между тем показатели лечебно-профилактической работы в консультациях и учреждениях по обслуживанию детей в 1940-1944 гг. закономерно снизились: в

¹ ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 23.

* До 1945 г. рождаемость в Пензенской области ежегодно снижалась; в 1944 г. рождаемость в городах составила 41% от уровня 1940 г. См.: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 396. Л. 5.; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 1457. Л. 7.

² Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 198-200, 422-426

консультациях – на 22% (со 199 тыс. до 156 тыс. врачебных приемов), в учреждениях по обслуживанию детей – на 13% (со 109 тыс. до 94 тыс.). С повышением числа беременностей и рождаемости в 1945 г. количество амбулаторных приемов резко выросло и даже превысило довоенные показатели, составив по консультациям – 201 тыс., по детским учреждениям – 143 тыс.¹

Как видим, специальное медицинское обслуживание в городах Пензенской области, в первую очередь, было направлено на снижение угрозы распространения наиболее социально опасных заболеваний (туберкулез, венерические заболевания), а также развивалось, преимущественно, по отдельным и социально значимым направлениям (например, оказание помощи женщинам и детям). При этом другие виды специализированной медицинской помощи (глазной, отоларингологической, глазной, неврологической, психиатрической, скорой помощи) в течение военного периода либо не получили ощутимого развития, либо вовсе испытывали заметный спад деятельности.

Свою специфику в организации лечебно-профилактической помощи имело сельское здравоохранение. Поэтапное медицинское обслуживание сельских жителей осуществлял целый комплекс амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений: от ФАПов и до областных учреждений.

Первичным и основным звеном в системе сельского здравоохранения являлся врачебный участок, в состав которого могли входить фельдшерские, фельдшерско-акушерские и акушерские пункты, сельская амбулатория, участковая больница, здравпункты на предприятиях или в совхозах, колхозные родильные дома, ясли. Все медицинские учреждения, входящие в состав врачебного участка, осуществляли свою деятельность под единым руководством врача, заведующего участком².

Величина территории, обслуживаемой сельским врачебным участком, зависела от численности населения, типа его расселения, дорожной инфраструктуры. Зачастую радиус обслуживания достигал нескольких десятков

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 4, 5 об.; Там же. Д. 1336. Л. 3 об.

² Очерки истории развития сельского здравоохранения... С. 139.

километров. При таком значительном разбросе было тяжело говорить о доступности медицинской помощи в каждом населенном пункте. Безусловно, в каждом сельском районном центре или крупном селе действовали самостоятельные или развернутые при больнице врачебные амбулатории, в которых работали: один или несколько врачей, а также несколько медицинских работников среднего и младшего звена¹.

Между тем основной объем доврачебной амбулаторной помощи сельским жителям оказывали медицинские работники фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, (штат, как правило, включал фельдшера и санитарку)². На участковом фельдшера ложилась огромная нагрузка, т.к. они не только вели амбулаторный прием легких больных, но и были вынуждены обслуживать вызовы на дом сразу в нескольких населенных пунктах. Так, например, исходя из того, что территория Пензенской области включала около 785 сельских советов (по состоянию на 1941 г.), а число фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов на 31 декабря 1942 г. равнялось 258, следует, что один пункт территориально обслуживал около 3 сельских советов³

Среди стационарных учреждений врачебных участков наиболее распространены были больницы общего профиля на 11-25 коек, составлявшие в годы войны от 47 до 54% всех сельских больниц, и стационары с числом коек от 26 до 59 (23-25%)⁴. По сравнению с амбулаториями в кадровом и материально-хозяйственном отношении больницы были укомплектованы значительно лучше.

Обширность территории, обслуживаемой сельским врачебным участком, вместе с ростом нагрузки на сельскую медицинскую сеть за счет притока эвакуированных граждан и значительными кадровыми проблемами снизили возможности для проведения лечебно-профилактической работы на селе.

¹ См. например: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 495. Л. 1.

² См., например: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 323. Л. 4, 5

³ Рассчитано автором по: Пензенская область за 50 лет Советской власти... С. 8.; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 7.

⁴ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 2 об.; Там же. Д. 946. Л. 2 об.; Там же. Д. 1096. Л. 2 об.; Там же. Д. 1336. Л. 2 об.

Учитывая это, государство проводило политику, направленную на улучшение территориального обслуживания сельского населения за счет повышения кадровой обеспеченности сельского здравоохранения, расширения стационарной и амбулаторной сети, развитие специализированной помощи.

Одним из ключевых документов стал Приказ НКЗ СССР «О мероприятиях по укреплению сельских врачебных участков» от 28 июня 1944 г. Указ предписывал руководителям здравоохранения на местах не допускать откомандирования сельских участковых врачей с участка или перевод их на другой участок без одновременной замены другим врачом; давал распоряжения о принятии мер к созданию участковым врачам нормальных жилищно-бытовых условий, выделении для каждого участка конного транспорта для обслуживания территории участка, проведении текущего ремонта больнично-амбулаторных помещений на селе и квартир сельских участковых врачей, подготовке квартир для вновь направленных специалистов и пр.¹

Важным направлением реализуемых мероприятий стало расширение сельской участковой сети. Однако, несмотря на то, что в 1941-1945 гг. в Пензенской области выросло и количество сельских врачебных участков (со 124 до 139) и количество медучреждений в них, мощностей сельской территориальной системы медицинского обслуживания было недостаточно для обеспечения потребностей населения. Так, на 1 января 1946 г. в 29% сельских советов (231 из 789) полностью отсутствовали какие-либо амбулаторные медучреждения, в т.ч. и ФАПы². При этом на одну общую больницу в среднем приходилось 23,5 тыс. сельских жителей³.

Следующим этапом получения медицинской помощи в случаях, требующих специализированного лечения, являлись городские и областные больницы, поликлиники и диспансеры. Так, в 1943-1945 гг. из числа граждан, посетивших

¹ О мероприятиях по укреплению сельских врачебных участков: Приказ НКЗ СССР от 28.06.1944 г. // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны...С. 419-421.

² ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 4.

³ Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1336. Л. 1 об.; Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

врача в городской поликлинике или амбулатории, сельские жители составили около 12%, а среди пациентов городских больниц – от 24 до 30%¹.

В целях приближения квалифицированной помощи по основным узким специальностям (хирургия, глазные болезни, гинекология, болезни уха, горла и носа и др.) к сельским жителям, в соответствии с Постановлением СНК РСФСР от 3 марта 1944 г. «Об улучшении медицинского обслуживания населения», создавалась сеть межрайонных больниц². В Пензенской области такие больницы были образованы в 1944 г. за счет реорганизации Кузнецкой, Чембарской, Нижнеломовской, Сердобской и Каменской районных больниц. К ним были прикреплены менее мощные стационары, которым оказывалась консультативная и практическая помощь³.

Дальнейшим шагом в развитии специализированной медицинской помощи сельскому населению Пензенской области стала реорганизация Пензенской городской центральной больницы в областную больницу (по исполнению решения Пензенского облисполкома от 27 января 1944 г.)⁴. После реорганизации больница окончательно приобрела статус организационно-методического центра по руководству учреждениями, размещенными на территории области. Расширил свою деятельность научно-методический центр, созданный на базе больницы еще в 1943 г. в составе трех секторов (планово-производственный, консультативный и библиотечный). На заседаниях методического совета, включавшего видных представителей здравоохранения региона, обсуждались вопросы, связанные с развитием специализированной помощи сельскому населению,

¹ Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 1 об., 3 об.; Там же. Д. 1096. Л. 1 об., 3 об.; Там же. Д. 1336. Л. 1 об., 3 об.

² Об улучшении медицинского обслуживания населения: Постановление СНК РСФСР от 03.03.1944 г. № 117. Текст: электронный // LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов СССР: сайт. 2011. URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4480.htm (дата обращения: 07.02.2023).

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 2.

⁴ См.: О реорганизации Пензенской Центральной больницы в областную: Решение Исполнительного комитета Пензенского Областного Совета депутатов трудящихся от 27 января 1944 г. № 48 // ГАПО. Ф. р-1320. Оп. Д. 769. Л. 13.

совершенствованием методики работы межрайонных больниц, внедрением новых методов профилактики и терапии, повышением квалификации кадров и пр.¹

В 1944 г. при больнице возобновила свою работу станция санитарной авиации, занимавшаяся оказанием экстренной медицинской помощи нуждающимся жителям районов области, находящихся на большой удаленности и имеющих плохо развитую наземную транспортную инфраструктуру. В 1944 г. санитарной авиацией выполнено 479 летных часов, доставлено 26 кг медикаментов, 9 кг консервированной крови, 483 кг эпидгруза. Медработниками осуществлено 153 вылета, в ходе которых оказана помощь 1 730 чел. (в т.ч. эвакуировано – 38 чел., произведено срочных операций – 45)². Подчеркивая важность развития данного вида медицинской помощи газета «Сталинское знамя» восторженно писала: *«В воздухе раздается рокот самолета! Пилот держит курс на Большой Вьяс. Он спешит доставить врача Манаенко к тяжело больному, требующему неотложной медицинской помощи на месте. Так почти ежедневно, а иногда и несколько раз в течение суток, специально оборудованный самолет санитарной станции совершает вылеты в районы нашей области по срочным вызовам. В текущем году по вызовам из районов оказана медицинская помощь и спасена жизнь 160 тяжелобольных»*³.

Значительное внимание уделялось медико-санитарному обслуживанию сельских тружеников по время проведения сельскохозяйственных полевых работ. Распространенными формами организации такого обслуживания являлись выезды медицинских бригад в поля, в том числе из города, и организация санитарных постов. Так, в 1943 г. из числа сельских и городских медработников было организовано 474 бригады, подготовлено 1 920 общественных санитарных уполномоченных, организовано 4 550 санпостов, выдано 7 000 полевых аптек. В целях полного охвата лечебной помощью колхозников до и после работы в участковых больницах и амбулаториях были изменены часы приема. Усилено

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 31.; Годин В.С. Путь в полтора столетия...С. 214.

² ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1096. Л. 5.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 2.

³ На самолете к тяжелому больному // Сталинское знамя. 1945.14 октября. № 204 (8527). С. 2.

санитарное наблюдение за общественными местами (общезитиями, столовыми, банями), задействованными в обслуживании учащихся и горожан, мобилизованных на полевые работы¹.

Одним из приоритетных мероприятий здравоохранения при проведении сезонных работ, являлась организация широкой сети сезонных детских яслей, которая, с одной стороны, позволяла массово вовлечь женщин в аграрное производство, с другой стороны, давала возможность осуществлять непосредственный контроль состояния здоровья их детей. Перед яслями была поставлена задача обеспечения надлежащего физического и психологического развития детей за счет организации правильного вскармливания детей до 1 года и питания старших групп, поддержания необходимого режима, проведения общеоздоровительных мероприятий, санитарно-просветительской работы с родителями. Важнейшим направлением работы яслей являлась профилактика и борьба с детскими инфекционными заболеваниями². Несмотря на то, что возможности для оказания ясельной помощи были ограничены, органам здравоохранения и местным хозяйствующим субъектам удалось развернуть и поддерживать достаточно развитую ясельную сеть. Максимальные значения показателей ее работы были достигнуты в 1942 г., когда в 1 832 яслях на день максимального развертывания находилось 70 573 ребенка³.

Таким образом, в военный период на селе существовала довольно обширная лечебно-профилактическая сеть, основной организационной единицей которой был сельский врачебный участок. Специфика сельской местности (отдаленность населенных пунктов, более низкая плотность расселения, слабо развитая инфраструктура и др.) и острый дефицит врачебных кадров обусловили выбор наиболее оптимально отвечающего конкретно-историческим условиям пути приближения медицинской помощи сельскому населению: компенсация нехватки

¹ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 16.

² Митерев Г.А. Отечественная война и органы здравоохранения // Советское здравоохранение. 1942. № 1–2. С. 3–7. С. 6.; Плонская В.П. Охрана здоровья детей за 25 лет Советской власти // Советское здравоохранение. 1942. № 11–12. С. 38–47. С. 42.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 390. Л. 19.

³ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 787. Л. 4об.

врачей за счет более массового привлечения труда средних медицинских работников в разветвленной сети фельдшерских пунктов, а также предоставление нуждающимся сельчанам возможностей для получения специализированного лечения в городских учреждениях.

Каковы же были итоги деятельности сельского здравоохранения Пензенской области? Представление о масштабах оказания медицинской помощи сельским жителям на дому дает таблица 20.

Как видим, в годы войны наблюдался значительный рост показателей посещений на дому, как по амбулаторным учреждениям, так и по фельдшерским пунктам. При этом в случае последних он характеризовался несколько большей интенсивностью. Если по врачебным учреждениям количество посещений, произведенных в 1945 г. (173 748) превысило довоенный уровень (77 142) на 225%, то в случае с фельдшерскими учреждениями этот показатель вырос на 252% (183 410 посещений в 1945 г. против 72 707 – в 1940 г.), что было во многом обусловлено высокими темпами роста их сети.

Таблица 20

Динамика оказания медицинской помощи на дому персоналом сельских амбулаторных врачебных учреждений и фельдшерских пунктов Пензенской области (1940, 1943-1945 гг.)¹

Категории медицинских работников	Годы							
	1940		1943		1944		1945	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Медперсоналом амбулаторных учреждений	77 142	52	146 927	54	141 543	52	173 748	49
В т.ч. средним медперсоналом	57 677	38	74 201	27	80 513	30	110 915	31
Медперсоналом фельдшерских пунктов*	72 707	48	124 822	46	129 539	48	183 410	51
Итого	149 849	100	271 749	100	271 082	100	357 158	100

¹ Составлено и рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 5, 6 об.; Там же. Д. 946. Л. 4 об., 5.; Там же. Д. 1096. Л. 4 об., 5.; Там же. Д. 1336. Л. 4 об., 5. Данные указаны с учетом неотложной помощи, оказанной персоналом амбулаторий и поликлиник помимо станций скорой помощи.

* Указаны суммированные данные по фельдшерским, фельдшерско-акушерским и акушерским пунктам.

Кроме того, из данных таблицы отчетливо видно, что основной объем оказываемой на дому помощи приходился на медицинских работников среднего звена. Это, прежде всего, касается персонала фельдшерских пунктов, осуществившего за годы войны почти половину всех посещений сельских жителей.

Иная ситуация наблюдалась в деле оказания амбулаторной помощи непосредственно в лечебных учреждениях (см. таблицу 21).

Из представленных данных видно, что 1943 г. был отмечен не только значительным рост показателей числа амбулаторных посещений по сравнению с довоенным уровнем, но и изменением их структуры.

Таблица 21

Прием пациентов в сельских амбулаторно-поликлинических учреждениях и фельдшерских пунктах Пензенской области (1940, 1943-1945 гг.)¹

Категории медицинских работников	Годы			
	1940	1943	1944	1945
Медперсоналом фельдшерских пунктов*	710 418	812 788	452 313/ 854 208	450 254
Врачами амбулаторн.-поликлинич. учр-й всех типов	577 846	886 248	741 574	653 465
в т.ч. врачами общих амбулаторн.-поликлинич. учр-й	546 315	834 182	671 769	586 864

. На наш взгляд, причиной этого является приток специалистов в ходе эвакуации населения в Пензенскую область, позволивший увеличить возможности для проведения амбулаторного приема врачами. Однако, в 1944-1945 гг. в силу реэвакуации специалистов последовало резкое снижение показателей приема. В случае с фельдшерскими пунктами показатели упали даже ниже уровня 1940 г.

Работа по лечению сельского населения также велась и в стационарных учреждениях. Представление о ее результатах дает таблица 22.

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 5-5об.; Там же. Д. 946. Л. 3 об., 4 об.; Там же. Д. 1096. Л. 3 об., 4 об.; Там же. Д. 1336. Л. 3 об., 4 об. Данные указаны без учета посещений среднего медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений

* Указаны суммированные данные по фельдшерским, фельдшерско-акушерским и акушерским пунктам.

**Работа сельских больнично-стационарных учреждений
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Показатель	Годы					
	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Поступило больных (чел.)	43 955	45 900	34 489	33 500	32 755	32 006
Проведено всеми больными койко-дней за год	407 736	457 897	392 290	387 210	357 715	388 140
Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре (дней)	9,3	9,9	11,4	11,6	10,9	12,1
Среднегодовое число коек	1 642	1 723	1 635	1 656	1 655	1 767
Среднее число дней занятости койки в году	248,3	265,8	239,9	233,8	216,1	219,7
Оборот койки годовой (чел.)	26,8	26,6	21,1	20,2	19,8	18,1

Представленные данные свидетельствуют, что для динамики показателей стационарного обслуживания граждан в сельской местности были характерны тенденции, аналогичные городским. Если, в 1941 г. в силу массовой эвакуации в сельские районы Пензенской области и ухудшением условий жизни произошел некоторый рост числа больных, получавших стационарное лечение в сельской местности, то с 1942 г. этот показатель неуклонно снижался и в 1945 г. составил лишь 73% от довоенного уровня. При этом необходимо отметить, что в годы войны численность сельского населения Пензенской области после некоторых колебаний к концу 1945 г. все-таки вышла на уровень 1940 г., а значит связывать снижение показателя количества поступивших больных с динамикой численности населения нельзя.

Здесь следует отметить, что значительная часть сельских пациентов получала медицинскую помощь в городских больницах. Если в 1940 г. данными учреждениями было обслужено только 20% госпитализированных сельских жителей, то в 1945 г. – 30%².

Резкое снижение числа пациентов стационара неизбежно вело к снижению абсолютного числа койко-дней, проведенного всеми больными, и, как следствие, снижению показателя удельной годовой нагрузки на койку. Кроме того,

¹ Составлено и рассчитано по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2 об.; Там же Д. 600. Л. 2.; Там же. Д. 787. Л. 2.; Там же. Д. 946. Л. 2.; Там же. Д. 1096. Л. 2.; Там же. Д. 1336. Л. 2.

² Рассчитано автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2 об.; Там же. Д. 946. Л. 2.; Там же. Д. 1096. Л. 2.; Там же. Д. 1336. Л. 2.

параллельный рост коечной сети еще больше усилил эту негативную тенденцию. Если, 1941 г. число дней работы койки составило 265,8, то в 1945 г. лишь 219,7 при плане в 270 дней¹.

Проблема простоя коек в сельских больницах даже была отмечена в числе основных недостатков в организации медицинского обслуживания населения в ходе обсуждения итогов работы сельского здравоохранения Пензенской области в 1944-1945 гг., состоявшегося на втором областном Съезде сельских врачей (начало 1946 г.). Кроме того были выделены такие недочеты в работе как недостаточное проведение профилактических мероприятий, слабое использование имеющихся средств диагностики заболеваний и дефицита кадров, занятие коечного фонда больных с хроническими заболеваниями, не нуждавшимися в госпитализации².

В то же время за годы войны произошло увеличение сроков пребывания больных в стационаре. Как в случае с городскими учреждениями, рост этого показателя может быть следствием влияния разноплановых факторов: поздняя госпитализация, затягивание сроков лечения, нехватка лекарственных средств, увеличение доли госпитализированных больных, нуждающихся в длительном лечении и др.

Таким образом, динамика показателей работы сельских стационаров в купе со снижением показателей амбулаторных приемов и параллельным неуклонным ростом числа пациентов, обслуженных по месту жительства, указывает на снижение возможностей для массовой госпитализации больных в сельской местности. В отличие от города, это было связано не только с проблемами в материально-хозяйственном и кадровом обеспечении стационарных учреждений, но и в значительной мере было обусловлено сложностями в организации транспортировки на большие расстояния пациентов, нуждающихся в госпитализации. В этих условиях медики были вынуждены госпитализировать только наиболее тяжелых больных.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 1.

² ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 9 об.

Следствием вышеозначенных факторов стало очевидное смещение акцентов в сторону наблюдения за больным и организации его лечения на дому. Отметим, что реализации такой схемы на селе способствовала более благоприятная, по сравнению с городом, эпидемиологическая ситуация, при которой доля случаев, требующих стационарного лечения, была ниже. На наш взгляд, это обстоятельство, вместе с повышением качества помощи за счет расширения роли городских больниц в обслуживании сельских жителей (организация больниц межрайонного и областного значения), и применением новых эффективных лекарственных средств, позволили постепенно снизить среднюю летальность по сельским стационарам с 3,1% в 1943 г. до 1,6% в 1945 г.¹

Следует также отметить, что в сельской местности из всех видов специализированной помощи наибольшее развитие получила помощь женщинам и детям. Следует констатировать, что сельское здравоохранение также достигло в этом направлении определенных успехов. Этому в значительной мере способствовало принятие постановления СНК СССР от 27 октября 1942 г., а также постановления СНК СССР от 10 ноября 1944 г. «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей», которые предусматривали значительное развитие патронажной работы на сельском врачебном участке, расширение сети специализированных амбулаторных и стационарных учреждений, вводили должность районного педиатра².

Благодаря усилению дородового и послеродового патронажа по районам области до 60-80%, а также увеличению за годы войны сети самостоятельных женских и детских консультаций (с 14 учреждений в 1940 г. до 28 в 1945 г.), несмотря на более ощутимый спад репродуктивной активности сельских жителей

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 3.; Там же. Д. 1336. Л. 3.

² О мероприятиях по улучшению работы органов НКЗ СССР и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей: Постановление СНК СССР от 27.10.1942 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 198-200.

по сравнению с горожанами*, удалось ежегодно повышать показатели обращаемости за амбулаторной консультативно поликлинической помощью. Если в 1940 г. в женских и детских консультациях было проведено 30 тыс. врачебных приемов, то в 1944 г. – 66 тыс.¹.

Как видим, масштабы оказываемой амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи сельскому населению были колоссальным. Однако, относительный уровень медицинского обслуживания сельского населения был значительно ниже чем в городе. Так, в 1945 г. на одного городского жителя в год приходилось 4,3 врачебных приемов в амбулаторных учреждениях общего профиля, то на одного сельского жителя в 10 раз ниже – 0,43. Меньший разрыв наблюдался в количестве посещений на дому: 0,54 посещения медработником в городе против 0,26 посещений в сельской местности. Разница в уровне доступности госпитализации населения (в расчете на 1 тыс. жителей) была трехкратной: 107,6 чел. против 33,3 чел.²

Таким образом, оказание лечебно-профилактической помощи населению Пензенской области осуществлялось с большими трудностями. Это, прежде всего, касается работы стационарных учреждений, поскольку по некоторым показателям деятельности амбулаторно-поликлинической сети (количество врачебных приемов в городских амбулаториях и поликлиниках, посещение больных на дому в сельской местности) даже наблюдался определенный рост.

В условиях сокращения своих ресурсов и нарастания угроз для общественного здоровья гражданское здравоохранение вынужденно сосредотачивалось на проведении лечебной, а не профилактической работы, по возможности, реализуя принцип общедоступности медицинской помощи. Однако, не у всех нуждающихся граждан, преимущественно в сельской местности, имелась возможность для своевременного получения лечения. Ощутимые

* В 1944 г. показатель рождаемости в сельской местности составил лишь 25% от довоенного уровня. См.: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 396. Л. 5.; Там же. Д. 1457. Л. 7.

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 5 об.; Там же. Д. 1096. Л. 3 об.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 2.; ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 35.

² Рассчитано автором по: Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО»; ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 1336. Л. 1 об., 2, 3 об., 4 об., 5.

улучшения в вопросе повышения доступности и качества медицинской помощи произойдут только после окончания войны.

2.3. Санитарно-бытовые условия жизни и гигиеническая культура населения

Общественное здоровье – сложный биосоциальный феномен. На его состояние оказывают влияние различные аспекты человеческой жизнедеятельности, которые можно условно разделить на четыре группы: социально-экономические (образ жизни, жилищные условия, условия труда, материальное благосостояние и т.д.), биологические (возраст, пол, наследственность и др.), эколого-климатические (состояние воздуха, воды, почвы и пр.) и медико-организационные (качество, эффективность и доступность медико-социальной помощи и т.д.). При этом, согласно общепринятой модели, по степени влияния факторы обусловленности здоровья распределяются следующим образом: образ и условия жизни – 49-53%, генетико-биологический фактор – 18-22%, внешняя (экологическая) среда – 17-20%, состояние здравоохранения – 8-10%¹.

С началом Великой Отечественной войны произошло резкое падение уровня жизни населения. Это в свою очередь значительно усилило степень влияния неблагоприятных факторов, повышающих риск возникновения инфекционных заболеваний.

На наш взгляд, наиболее вредоносным из них являются масштабные внутренние миграционные процессы в стране, в частности эвакуация населения. Железные дороги стали одним из источников желудочно-кишечных и острых инфекционных заболеваний, в первую очередь, тифа. Вероятность инфицироваться значительно повышалась уже в дороге в силу большой

¹ Чернышев А.В., Иржаев Д.И., Золотухина А.Ю. Состояние здоровья населения как один из показателей развития современного общества // Вестник Авиценны. 2022. Т. 24. № 1. С. 104.; Очерки истории медицины XX века: сборник / Под ред. Ю.П. Лисицына и др. Москва; Казань, 2006. С. 26-27.

контактности граждан и отсутствия должного санитарно-гигиенического обеспечения в пути (нехватка продовольствия, топлива, кипятка, недостаточное медицинское обслуживание и др.). Такая ситуация неизбежно вела возникновению инфекций среди перемещаемого населения, к их быстрому распространению и заносу на территорию тыловых регионов. Так, 11 марта 1942 г. в ходе заседания Пензенской областной Чрезвычайной противоэпидемической комиссии отмечалось: *«Санитарное состояние Пензенского железнодорожного узла является совершенно нетерпимым и создает прямую угрозу заноса инфекции, как в город, так и по направлениям движения поездов. До 50% всех заболеваний сыпным тифом по городу Пензе дает железнодорожный узел»*¹.

С первых дней войны в Пензенскую область стали прибывать организованно и стихийно эвакуированные и беженцы, оборудование промышленных предприятий, различные учреждения. В течение 1941-1942 гг. в область было эвакуировано 65 промышленных предприятий вместе с рабочими и членами их семей (в том числе 13 машиностроительных заводов), 64 детских учреждения из прифронтовых районов (около 5,5 тыс. воспитанников) и некоторые культурные учреждения².

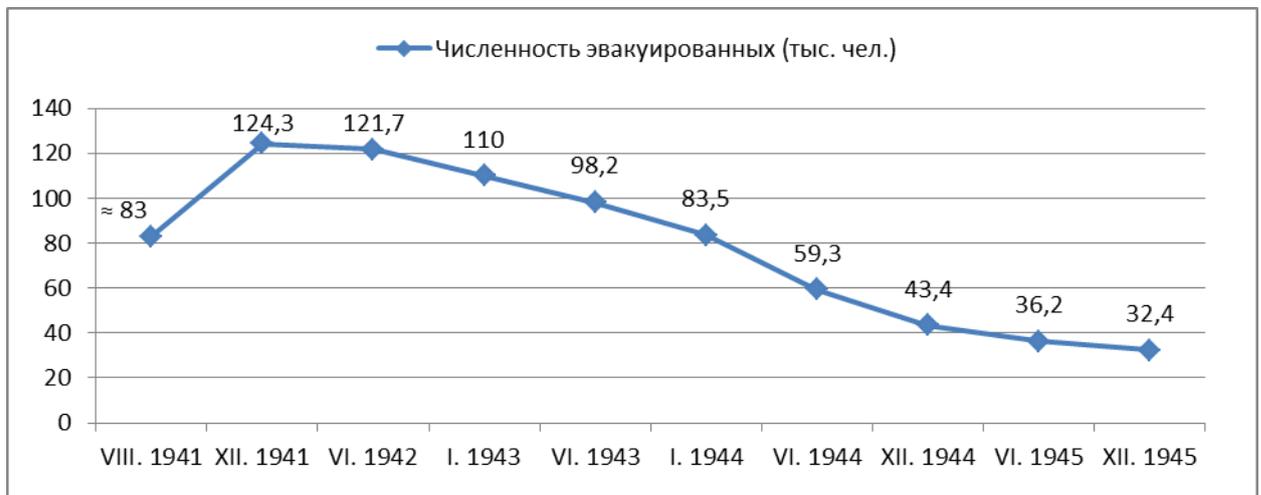
Наглядная картина изменений численности эвакуированного в Пензенскую область населения представлена на графике 2.

Как видим, максимальный показатель численности эвакуированных пришелся на рубеж 1941 –1942 гг., когда в регионе насчитывалось 124 тыс. эвакуированных (в т.ч. 54 тыс. детей). В дальнейшем, несмотря на отчетливую нисходящую динамику этого показателя, вплоть до начала активной реэвакуации во второй половине 1943 г., численность прибывших граждан оставалась весьма значительной.

¹ ГАПО. Ф. р-1258. Оп. 1. Д. 7а. Л. 30.

² Пензенский край в истории и культуре России... С. 386; Федотов В.В. Эвакуированные детские учреждения в Поволжье ... С. 68.

**Динамика численности граждан,
эвакуированных в Пензенскую область (1941-1945 гг.)¹**



Такое количество эвакуированных порождало колоссальные трудности по их размещению на местах. Эвакуированные размещались во всех без исключения районах области, преимущественно в сельской местности. Так, на 1 июня 1943 г. из 93 612 эвакуированных лиц (включая 42 090 детей и подростков в возрасте до 15 лет и без учета 4 579 детей в детских домах) 72 917 чел. (78%) проживали в сельской местности и лишь 20 695 (22%) – в городах. Наибольшее число прибывших сосредотачивалось в Пензе – 10 017 чел., Кузнецке – 6 050, Бековском районе – 4 335, Наровчатском – 4 547, Городищенском – 4 006, Нижнеломовском – 3 969, Лунинском – 3 254, Земетчинском – 3 224, Кузнецком – 3 176, Каменском – 3 077².

Возможности жилищно-коммунальной сферы Пензенской области были достаточно ограниченными. Основу городской жилой застройки составляли одно-двухэтажные деревянные дома, находящиеся в личной собственности граждан. Так, например, в конце 1945 г. частный сектор г. Пензы включал 81%

¹ Составлено по: Власов В.А. Эвакуация из Ленинграда в Пензенскую область // Побратимы / отв. ред. Ю.З. Кантор. Москва, 2019. 362; ГАПО. Ф. р-2038. Оп. 1. Д. 496. Л. 67; ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 6. Л. 50; ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 51; ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 57; ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 12. Л. 208 об.; Там же. Д. 12. Л. 262 об.; Там же. Д. 15. Л. 112; Там же. Д. 15. Л. 164.

² ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 57.

домовладений (9 748 домов из 12 070)¹. Многоэтажные кирпичные дома, в которых размещались общежития и коммунальные квартиры были крайне немногочисленными. Подавляющая же часть общежитий, которых в конце 1945 г. года по области насчитывалось 308 (включая 139 при совхозах и МТС), размещалась в постройках барачного типа².

На всем протяжении войны состояние жилищного фонда городов оставалось неудовлетворительным. В пояснительной записке к плану жилищного строительства по Пензенской области на 1946-1950 гг., составленной начальником пензенского облжилуправления А. Комиссаровым в начале 1946 г., говорилось: *«Существующий жилищный фонд находится в запущенном и полуразрушенном состоянии. Большинство домов имеет износ до 50% и выше. Кроме того, имеется часть домов аварийных, которые требуют неотложного ремонта... Большинство сельского населения в военный период, как и ранее, проживало в бревенчатых срубных избах. В большинстве домов разрушены несущие конструкции, кровля пришла в негодность, чердачные и междуэтажные перекрытия нужно менять»*³.

Подавляющее большинство сельских жителей в период войны, как и ранее, проживало в одноэтажных бревенчатых домах срубной конструкции. Менее распространенным были кирпичные дома и глиняные мазанки*. Кровельным материалом для изб служили солома и камыш (в редких случаях кровельное железо или шифер), покрытие пола выполнялось из деревянных досок. Внутреннее помещение, как правило, состояло из 1-2 комнат. Жилая площадь избы была различной. Судя по ответам опрошенных нами респондентов, она могла варьировать от одного до трех десятков квадратных метров⁴.

¹ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 49 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

² Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 307 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

³ ГАПО. Ф. р-2207. Оп. 1. Д. 16. Л. 8-8 об.

* Мазанка – строение, изба из глины, сырцового кирпича или тонкого дерева, обмазанного глиной. Текст: электронный. // Словари и энциклопедии на «Академике»: сайт. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ushakov/853690> (дата обращения: 05.07.2023).

⁴ Материалы полевых исследований 2021-2022 гг.

В связи с отсутствием свободного жилого фонда расселение эвакуированных граждан осуществлялось преимущественно в порядке уплотнения: в городах – в коммунальных квартирах, частных квартирах и общежитиях, в сельской местности – в домах колхозников и освобожденных колхозных домах¹. Так, например, в Кузнецке в 1944 г. 9 200 эвакуированных были расселены в 1920 квартир².

Подобные мероприятия вели к чрезвычайной скученности населения, особенно в городах. Если до войны на одного горожанина приходилось около 5 м² жилья, то на первом этапе эвакуации лишь 3 м². К концу войны этот показатель вырос до 4 м²³. Однако, если исключить из жилого фонда аварийные дома, подвальные квартиры, незаконно заселенные общие кухни и места общего пользования, то фактический показатель был равен 3-3,3 м² на одного проживающего⁴.

Таким образом, учитывая, с одной стороны, преимущественное расселение горожан в личных домовладениях, с другой стороны, размер крестьянских домов, а также то, что средний размер сельских семей опрошенных нами современников войны составлял 5 чел., следует, что в отношении обеспеченности жилплощадью условия проживания на селе были несколько лучше, чем в городе.

В условиях острого жилищного кризиса нередко были случаи размещения эвакуированных в помещениях, в санитарном отношении совершенно непригодных к проживанию (подвалы, полуподвалы, сырые комнаты, чердаках, полуземлянках и пр.). К примеру, до сентября 1945 г. в Пензе при заводе им. Фрунзе действовало 5 общежитий-землянок, в которых также частично были размещены рабочие эвакуированных предприятий⁵. После обследования заводского общежития № 1 (пос. Черкасы) в декабре 1942 г. созданная при заводе им. Фрунзе специальная комиссия по изучению причин дезертирства рабочих

¹ ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 51.

² ГАПО. Ф. п-274. Оп. 1. Д. 124. Л. 17.

³ Соловьев В.Ю. Эвакуация населения в Пензенскую область... С. 97.

⁴ ГАПО. Ф. р-2207. Оп. 1. Д. 16. Л. 8.

⁵ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 317. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

констатировала: «Постройка общежития каркасная, обшитая с двух сторон досками, а внутри засыпана шлаком. Помещение не оштукатурено и инвентарем не обеспечено. Комнаты для стирки белья нет. Кипяток имеется, но берется одной общей кружкой. Постельного белья у рабочих недостаточно, а также нательного белья, что является одной из причин завшивленности, обнаруженной у всех рабочих на день проверки. Общежитие содержится в антисанитарном состоянии, захлавлено и грязное»¹.

Аналогичные примеры имелись и в сельской местности. По воспоминаниям жительницы с. Вяляйки Наровчатского р-на В.П. Маркиной: «В 1941 г. эвакуировались из Москвы в село Потодеево [Наровчатского р-на]. Сначала жили у золовки, потом она нас выгнала, и пришлось жить в землянке, до тех пор, пока мать не купила дом, на половину закопанный в землю»².

Вышеозначенные условия в купе со значительными трудностями в бытовом обслуживании эвакуированных (обеспечение продовольственными и промышленными товарами, топливом и пр.) заметно снижали общий санитарный уровень жилья и нередко превращали места проживания эвакуированных в очаги инфекций.

Проблема нехватки жилых помещений значительно усугублялась недостаточным обеспечением населения топливом. Говоря об этом, нельзя не отметить, что территория Пензенской области расположена в пределах умеренного климатического пояса, для которого в 1940-х гг. была характерна достаточно продолжительная зима (около 4-5 месяцев), быстрое понижение температуры воздуха осенью и низкие зимние температуры. Так, наибольшее значение среднемесячного температурного минимума за годы войны составило – 25,5°C, (зафиксировано в январе 1942 г.)³.

¹ ГАПО. Ф. р-2097. Оп. 1. Д. 5. Л. 219 об.

² Маркина Валентина Петровна (1936 г.р.), с. Вяляйки Наровчатского р-на Пензенской обл. // Материалы полевых исследований 2021-2022 гг., запись 2021 г.

³ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 22 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

Проживание людей в холодных и недостаточно отапливаемых помещениях, в связи с вышеуказанными обстоятельствами, вели к общему ослаблению организма и стимулировали возникновение острых инфекционных заболеваний.

Особенно напряженное положение с топливом было в городах. За отсутствием центрального отопления (имеющееся в некоторых домах г. Пензы центральное отопление с 1940 г. не функционировало¹) отапливание помещений осуществлялось кирпичными печами, металлическими печами-буржуйками и голландскими печами («голландками»), принцип работы которых был основан на сжигании традиционных видов топлива (дров, торфа, угля, отходов).

В условиях острого дефицита реализовывалось преимущественно государственное распределение топлива. Горожане могли получить топливо от организации и предприятия-работодателя, или снабжались бесплатно при отнесении к особым категориям граждан (например, семьи военнослужащих, эвакуированные и др.). Централизованным снабжением граждан и учреждений занимались топливные отделы горисполкомов, однако, по причине резкого сокращения материальных и кадровых ресурсов они в полной мере не справлялись с возложенными на них обязанностями. Так, например, в июле 1942 г. газета «Сталинское знамя» писала по этому поводу: *«В минувшую зиму некоторые школы, больницы, бани, учреждения Пензы из-за несвоевременного подвоза дров не могли работать нормально. Произошло это потому, что основной заготовитель дров – гортоп, а также многие партийные советские и хозяйственные организации вспомнили о дровозаготовках лишь с наступлением заморозков, когда, естественно завезти топливо в достаточном количестве было уже невозможно.... В этом году они также пустили заготовку и вывозку топлива на самотек, чем поставили выполнение плана заготовок на отопительный сезон 1942-1943 года под угрозу срыва. В первом квартале следовало заготовить 51 000 кубометров дров, фактически заготовлено 9 658 кубометров или только 18,2 процента к плану»².*

¹ ГАПО. Ф. р-2207. Оп. 1. Д. 16. Л. 8-8 об.

²Заготовка и вывозка топлива – важнейшая задача // Сталинское знамя. 1942. 2 июля. № 154 (7679). С. 1.

Конечно, граждане имели возможность закупить топливо или самостоятельно заготовить в выделенных делянках. Но в условиях острого дефицита, дороговизны и сложности транспортировки получить топливо таким путем на практике была достаточно затруднительно. Например, в 1943 г. при нормальной цене в 15-30 руб. за кубометр дров цена на городских рынках достигала 1000 руб. за кубометр¹.

В отличие от города в сельской местности топливная проблема не имела такой остроты. Так, более 80% участников опроса, проживавших на селе, указали, что проблем с топливом не испытывали или испытывали редко². Это было обусловлено наличием значительных лесных массивов, находящихся в пешей доступности от сел. Вполне естественно, что основным видом используемого топлива являлась древесина (дрова и хворост), гораздо реже топили торфом, киззяками и углем.

Жизненные сюжеты, связанные с заготовкой топлива, достаточно ярко сохранились в памяти поколения детей войны. Уроженка с. Студенка Белинского р-на В.Г. Рябушкина вспоминала: *«Я ходила в лес собирать хворост и на плечах носила, для того чтобы истопить печь. Все трудились, как могли»*³; Е.В. Кочмарева жительница с. Малая Ушинка Земетчинского р-на: *«...находили время на тачке ехать в лес за хвойными иголками. Иголки набирались в большие мешки, укладывались и увязывались на тачку. И два километра до деревни надо было ее тянуть, чтобы истопить зимой печь»*⁴; В.М. Мосягин житель с. Серго-Поливаново Вадинского р-на: *«Зимой готовили дрова, возили хворост на*

¹ ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 54.

² Полевые материалы автора (ПМА) или материалы полевого исследования 2021-2022 гг.

³ Рябушкина Вера Григорьевна (1938 г.р.), с. Студенка Белинского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2020/02/16/рябушкина-вера-григорьевна/> (дата обращения: 29.06.2023).

⁴ Кочмарева Евдокия Андреевна (1931 г.р.), с. Малая Ушинка Земетчинского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2020/01/04/кочмарева-евдокия-андреевна/> (дата обращения: 29.06.2023).

салазках. Много не привезешь на салазках, да и сил не было. Старшие ездили за дровами по несколько раз в день. Топили печку»¹.

Основными отопительными приборами в сельских избах были русские печи и «голландки». Печь имела очень высокий коэффициент полезного действия: после протопки она аккумулировала в себе тепловую энергию, и затем медленно теплилась, обеспечивая теплом помещение продолжительностью до суток. Кроме того, печь выполняла большое количество других бытовых функций: служила для готовки еды, подогрева воды, помывки членов семьи, просушки одежды, лечения болезней, обеспечивала спальными местами и пр.

Война пагубно отразилась на работе коммунального хозяйства области. В крайне неудовлетворительном состоянии находились водопроводы, которые еще до войны не обеспечивали потребностей населения в водоснабжении. В 1941 г. лишь 5 из 7 городов области были оборудованы водопроводом. После прибытия в область эвакуированных предприятий и населения значительно возрос отпуск воды. Так, за 1940-1944 гг. среднесуточная подача воды в сеть увеличилась с 7,3 до 9,9 тыс. кубометров. Между тем, отпуск воды на бытовые нужды населения вырос незначительно с 1 004 до 1 098 тыс. кубометров, а в Пензе и вовсе сократилась с 735,3 до 616,8 тыс. кубометров². В 1944 г. при суточной норме в 30 литров по факту на одного человека приходилось только 17,1 литра³.

Из числа райцентров, имеющих ограниченные возможности водоснабжения, особенно выделялся водопровод г. Сердобска, который представлял собой *«примитивную самотечную, по сгнившим деревянным трубам, систему с открытыми зимой деревянными водоразборными чанами»*, удовлетворявший потребности населения города лишь на 30%⁴.

Достаточно низким оставалось и качество поставляемой воды. Так, в ходе бактериологического исследования водоснабжения г. Пензы, проведенного

¹ Мосягин Вячеслав Михайлович (1939 г.р.), с. С-Поливаново Вадинского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2019/11/27/мосягин-вячеслав-михайлович/> (дата обращения: 29.06.2023).

² ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 44.

³ ГАПО. Ф. п-37. Оп. 1. Д. 744. Л. 176.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 3.

институтом эпидемиологии и микробиологии в 1941 г., во всех 25 действующих артезианских скважинах было обнаружено высокое содержание кишечной палочки, значительное количество аммиака неорганического происхождения и хлоридов¹. Несмотря на применение с 1943 г. в Пензе (а также Кузнецке и Каменке) хлорирования, качество воды оставляло желать много лучшего².

Кроме того ситуация усугублялась отсутствием городской канализации и неудовлетворительным качеством очистки города. Во населенных пунктах области существовала вывозная система очистки, предполагающая выкачивание отходов с их последующим закапыванием в почву. В силу недостаточного количества ассенизационного транспорта, который зачастую не работал из-за отсутствия топлива или использовался не по прямому назначению, а также нехватки рабочих, вывоз нечистот осуществлялся крайне плохо. Например, в Кузнецке план вывоза нечистот был выполнен в 1943 г. – на 32%, в 1944 г. – на 23,5%. Катастрофическая ситуация сложилась в Пензе: если в 1941 г. Трестом очистки было вывезено 24,6 тыс. кубометров нечистот, то к 1944 г. этот показатель упал до 1,4 тыс.³

Очистные сооружения в силу своей неисправности не работали даже областном центре. Сточные воды удалялись системой поглощающих колодцев и спускались в р. Суру без очистки. Систематическое перекапывание почвы, насыщение ее сточными водами и фекалиями значительно повышали риски попадания загрязнителей различного характера в почвенный покров и воду⁴.

При возникновении дефицита и перебоев в подаче воды, городское население использовало воду из открытых источников. Так, в газете «Сталинское знамя» от 31 января 1943 г. сообщалось: *«Город переживает настоящий водный кризис. В поисках воды население вынуждено брать воду из реки Пензы, черпать ее из колодцев при колонках. Эта вода – недоброкачественная, загрязненная. Связи с употреблением такой воды наблюдается повысившаяся, несмотря на*

¹ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 106. Л. 2, 15.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 64

³ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 300, 305 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 63.

зимнее время, заболеваемость в городе брюшным тифом и другими желудочно-кишечными заболеваниями»¹.

Важно иметь в виду, что подавляющее большинство населения области проживало в селах и получало питьевую воду, преимущественно, из шахтных колодцев (в качестве источника получения воды указали 82% опрошенных) и родников (указали 23% опрошенных)². Далеко не во всех колодцах была вода хорошего качества, да и сами колодцы часто не отвечали санитарным требованиям. Например, находились в ветхом состоянии, располагались вблизи помоек, ям с нечистотами, навозных куч, что приводило к их засорению различным мусором и сточными водами³.

В условиях отсутствия колодцев и родников источниками воды для сельчан становились различные ручьи, реки, озера, вода в которых не соответствовала санитарным нормам. Так, воду из подобных источников для приготовления еды и в питьевых целях использовали около 10% интервьюируемых.

Таким образом, крайне неудовлетворительное состояние водоснабжения, которое было связано с плохим состоянием водопроводных сетей, низким качеством воды, загрязнением воды из-за неудовлетворительной работы коммунальной системы очистки, недостаточным использованием метода хлорирования воды, являлось одной из основных причин возникновения и распространения желудочно-кишечных инфекций.

Предельно негативное влияние на состояние здоровья населения оказывала продовольственная проблема, вызванная оккупацией важнейших сельскохозяйственных районов юго-запада страны, сокращением производственных мощностей аграрного сектора и необходимостью продовольственного обеспечения Красной Армии.

В экстремальной ситуации государство ввело централизованное нормированное распределение продовольствия и промышленных изделий по

¹ Храбровицкий А. О воде // Сталинское знамя. 1943. 31 января. № 25 (7858). С. 2.

² Материалы полевых исследований 2021-2022 гг.

³ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 290. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

карточкам для жителей городов. Основными продуктами стали хлеб, сахар, мясо, рыба, растительные и животные жиры, крупа и макаронные изделия. При этом устанавливалась дифференциация норм снабжения для различных групп населения, учитывающая значимость выполняемой ими работы. Для рабочих и служащих норма снабжения хлебом и сахаром имела две категории. По первой снабжались рабочие, инженерно-технические работники оборонной, угольной промышленности, рудников, трубопрокатных заводов черной металлургии, вредных цехов химической промышленности и др. По второй категории хлеб получали работники других промышленных отраслей и остальное городское население (см. таблицу 23).

Таблица 23

**Нормы снабжения городского населения СССР хлебом и сахаром
в начале Великой Отечественной войны¹**

Категория населения	Хлеб (в г на 1 чел. в день)		Сахар (в г на 1 чел. в месяц)	
	1-я категория	2-я категория	1-я категория	2-я категория
Рабочие	800	600	800	600
Служащие	500	400	600	600
Иждивенцы	400	400	400	400
Дети до 12 лет	400	400	600	400

Осенью 1943 г. в связи с засушливым летом и необходимостью снабжения освобожденных районов нормы снабжения хлебом были снижены. Возврат к действующим ранее нормам произошел лишь в 1945 г.²

Мотивацией к повышению производительности труда стало введение весной 1942 г. дополнительного питания за выполнение и перевыполнение производственных планов. В зависимости от характера производств рабочие могли получить вторые горячие блюда, сухие пайки, диетическое питание, отдельные виды продуктов³.

¹ Составлено по: Зинич М.С. Повседневная жизнь народа... С. 31.

² Великая Отечественная война 1941-1945 годов. В 12 т. Т. 10. ... С. 312-313.

³ Зинич М.С. Повседневная жизнь народа... С. 37

Вместе с тем, централизованное государственное снабжение не было единственным источником получения продуктов горожанами. Государство не запретило свободную торговлю. Несмотря на сокращение товарооборота, продолжали функционировать рынки. Впрочем, рыночные продукты были доступны далеко не для всех горожан – цены на них значительно превышали цены при отоваривании карточек. Так, в 1943 г. индексы цен на городских колхозных рынках по отношению к ценам 1940 г. составили: по продуктам растениеводства – 1 298%, по продуктам животноводства – 1 339%¹.

Другим источником обеспечения городских жителей продуктами питания было индивидуальное и коллективное огородничество, а также подсобные хозяйства при предприятиях. Смягчению остроты продовольственной проблемы способствовало принятие постановления СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 7 апреля 1942 г. «О выделении земель для подсобных хозяйств и под огороды рабочих и служащих»². Так, по данным Е.Н. Шматова, в Пензе к 1944 г. по сравнению с 1942 г. число индивидуальных огородников выросло с 15 до 59 тыс., суммарная площадь огородов – с 613 до 6 тыс. га, посевная площадь подсобных хозяйств предприятий – с 3,2 до 10,8 тыс. га³.

Реализуемые мероприятия стали важным подспорьем в обеспечении горожан продуктами, но полностью компенсировать дефицит питания они не могли. При научно обоснованной до войны среднесуточной норме калорийности питания для мужчин в 3 500 ккал, в 1942 г. советский горожанин в среднем получал 2 555 ккал, в 1944 г. – 2 810 ккал⁴.

В сельской местности на государственное снабжение принимались только представители сельской интеллигенции (медицинские работники, учителя, агрономы и др.), а также инвалиды войны и эвакуированные граждане.

¹ Зинич М.С. Повседневная жизнь народа... С. 50. Приведены данные по 43 крупным городам.

² О выделении земель для подсобных хозяйств и под огороды рабочих и служащих: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 07.04.1942 № 444 // Законодательные и административно-правовые акты военного времени. 22 марта 1942 г. – 1 мая 1943 г. Москва, 1943. С. 143.

³ Шматов Е.Н. Города Среднего Поволжья... С. 125, 128.

⁴ Зинич М.С. Повседневная жизнь народа... С. 38

Большая часть сельского населения – колхозники – получали зерно за трудодни. Однако, большая часть выращенной в колхозах продукции сдавалась государству по госпоставкам. Продуктов для расчета с крестьянами практически не оставалось, поэтому норма выдачи уменьшалась. Если за 1940 г. в расчет трудодней колхознику в среднем было выдано 2,0 ц зерна, то уже в 1941 – 1,6 ц, в 1942 – 1,0 ц, в 1943 – 0,8 ц, в 1945 – 0,7 ц¹.

В этих условиях основным источником жизнеобеспечения крестьян стало личное подсобное хозяйство, которое за годы войны расширилось. Так, по СССР средние размеры посевных площадей, приходящихся на колхозный двор, выросли с 0,24 га в 1940 г. до 0,28 га в 1945 г., а поголовье крупного рогатого скота в колхозных дворах после сокращения в 1942 г. к концу войны достигло довоенного уровня. Личное подсобное хозяйство в среднем на 85-90% восполняло недостачу продуктов в общественном производстве, почти полностью обеспечивало крестьянскую семью картофелем, более чем наполовину – овощами, молоком, мясом и яйцами, которые колхоз вообще не выдавал².

Это положение подтверждается и материалами полевого исследования. Так, в ходе опроса более 95% респондентов, проживавших в сельской местности, указали, что в их семьях осуществлялось ведение подсобного хозяйства. При этом большинство из них могло позволить себе содержать одновременно только 2 вида сельскохозяйственных животных, например, одну корову (или в качестве альтернативы – козу) в сочетании с птицей или другими видами животных. Это было продиктовано практической рациональностью ведения хозяйства, поскольку такое подворье, в сложившихся крайне тяжелых условиях, позволяло обеспечить среднюю семью минимальным набором продуктов животного происхождения (молоком, яйцами, хотя бы каким-то мясом). Наличие в хозяйстве сразу нескольких видов скота (корова, козы, овцы, свиньи, гуси, куры) было менее распространено, поскольку его содержание требовало гораздо больше ресурсов,

¹ Великая Отечественная война 1941–1945 годов. Т. 10... С. 333.

² Великая Отечественная война 1941–1945 годов. Т. 10... С. 335.

как трудовых, так и материальных¹. Вместе с тем, нельзя забывать, что в годы войны подсобные хозяйства облагались натуральным налогом поэтому, чтобы обеспечить норму обязательных поставок, крестьянам приходилось еще больше ограничивать себя в питании.

С началом войны рацион питания сельчан заметно изменился. Так, потребление хлеба советским крестьянином снизилось почти в 2 раза, крупы – на 40-50%, мяса и сала – на 20-30%, рыбы – на 30-50%, яиц – на 20-50%².

В условиях нехватки зерновых при выпечке хлеба приходилось добавлять различные травы (крапива, щавель, лебеда, листья), картофель, мякину, желуди, липовые почки, корни и пр. Из воспоминаний А.В. Тескиной жительницы д. Старая Толковка Пачелмского р-на: *«Летом в пищу шли лебеда, крапива, грибы. Лебеду толкли и пекли из нее лепешки. Из картошки делали даже хлеб, подмешивая в картофель остатки муки и лебеду. Хлеб из такого теста получался тяжелым, как кирпич, мокрый, горький на вкус. Однако и этому все были рады. Еще хлеб пекли из «дикухи». Он был зеленым и неаппетитным, но приходилось есть, так как надо было жить...»*³; жительница с. Малая Сердоба Е.И. Аверина (Пономарева): *«Какую траву и корешки мы только не ели... Иногда мама ходила молоть ручной мельницей (два круга и палки крутили), которая стояла в одном доме. Вот по очереди все и мололи. Добавляли горсточку семян овса, вики. Тогда пекли «хлебушек»*⁴.

Дефицит хлеба крестьяне пытались компенсировать увеличением потребления овощей, в частности картофеля – в качестве основного продукта его указали около 70% респондентов⁵. Например, жительница с. Ягановка Вадинского р-на М.А. Каткова вспоминала: *«Голодно жили, хотелось всегда есть. А что ели?»*

¹ Материалы полевых исследований 2021-2022 гг.

² Зинич М.С. Повседневная жизнь народа... С. 55.

³ Тескина Александра Васильевна (1931 г.р.), д. Старая Толковка Пачемского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2019/11/27/тескина-александра-васильевна/> (дата обращения: 05.07.2023).

⁴ Аверина (Пономарева) Екатерина Ивановна (1938 г.р.), с. Малая Сердоба Малосердобинского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2020/05/02/аверина-пономарёва-екатерина-иванов/> (дата обращения: 05.07.2023).

⁵ Материалы полевых исследований 2021-2022 гг.

Картошку ели. Самое вкусное – это теруны из нее. Мать заставляла меня тереть ее на терке, а потом добавляла в эту массу яйцо и пекли, как котлеты. Вкуснее терунов ничего не было»¹.

В случае истощения запасов картофеля по наступлению весны сельчане выкапывали перезимовавшие в земле клубни картофеля и делали из них лепешки. По воспоминаниям уроженки д. Печеуры Лунинского р-на Е.И. Аксеновой, *«Помню, ходили весной по полю, собирали мерзлую, гнилую картошку, домой приносили, мать лепешки пекла. А то прямо в поле костер разведем, на палочку нанижем картошку, обжарим и едим»².*

В питании сельчан резко сократилось потребление белков, жиров и витаминов. Особенно это касалось мяса. Так, из числа опрошенных лиц 3,5% указали, что в годы войны вовсе не употребляли мясо и мясные продукты, 73% – употребляли редко (в т.ч. только по праздникам), 20% – употребляли часто, и лишь 3,5% – употребляли регулярно. В этой ситуации основным источником получения животных белков и жиров было молоко, молочные продукты (масло, сметана, творог) и яйца. Так, около 40% респондентов в качестве второго наиболее доступного и наиболее значимого в военном рационе продукта указали именно молоко³.

Таким образом, в условиях острого продовольственного кризиса, питание городских и сельских жителей, как в количественном, так и в качественном отношении, не покрывало физиологических потребностей людей. Недостаточное поступление калорий и питательных веществ вызывало общее ослабление организма, вело к возникновению и развитию в нем патологических процессов, снижало сопротивляемость к болезням, мешало нормальному физическому развитию детей и подростков.

¹ Каткова Мария Андреевна (1932 г.р.), с. Ягановка Вадинского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2019/11/23/каткова-мария-андреевна/> (дата обращения: 05.07.2023).

² Аксенова Елена Ивановна (1928 г.р.), д. Печеуры Лунинского р-на Пензенской обл. Текст: электронный // Дети войны – Информационная база данных: сайт. URL: <http://detiwar.ru/2019/12/23/аксенова-елена-ивановна/> (дата обращения: 06.07.2023).

³ Материалы полевых исследований 2021-2022 гг.

Опосредованное влияние на рост заболеваемости оказывал дефицит промышленных товаров широкого потребления, прежде всего, одежды, обуви, предметов личной гигиены, спичек, керосина. Действовавшие нормы снабжения не покрывали реальной потребности граждан. Так, проблемы, связанные с нехваткой зимней и летней одежды обуви, в той или иной степени испытывали семьи более 90% опрошенных. Из воспоминаний уроженки с. Дуровка Тамалинского р-на Н.С. Аравиной: *«У мамы нас было 6 человек детей. Ходили без обуви, и одежда была некоторая не у всех, по очереди одевали. Один раз в районе выдали пальто из шинели на подкладке из крапивного мешка. Школу закончила 4 класса. На второй год оставалась из-за того, что не ходила когда начинались холода потому, что не было одежды»*¹.

Несмотря на материальную помощь местных властей, на протяжении всей войны особую нужду в одежде и предметах домашнего обихода испытывали эвакуированные граждане. В 1943 г. начальник отдела хозяйственного устройства эвакуированных Пензенского облисполкома А. Очев писал по этому поводу: *«Граждане, прибывшие по эвакуации в 1941 г. с прифронтовой полосы настолько поизносили свою одежду и обувь, что многие из них вынуждены ходить в лохмотьях, т.к. не получают одежды в централизованном порядке, а местная промышленность обеспечить потребность в одежде и обуви не в состоянии. Имеются факты, когда дети школьного возраста вынуждены были прекратить посещать школы, а взрослые не выходят на работу, особенно в зимнее время, из-за отсутствия одежды.... граждане, проживающие в сельской местности, неудовлетворительно обеспечиваются предметами первой необходимости, как то: солью, мылом, спичками, другими товарами, зачастую не получая их по 5-8 месяцев»*².

В совокупности с недостаточным питанием к истощению организма приводили возросшие физические и морально-психологические нагрузки. Уже в

¹ Аравина Нина Семеновна (1930 г.р.), с. Вишневое Тамалинского р-на Пензенской обл.// Материалы полевых исследований 2021-2022 гг., запись 2022 г.

² ГАПО. Ф. Р-2413. Оп. 1. Д. 11. Л. 53.

июне 1941 г. были введены обязательные сверхурочные работы, отменены отпуска. В 1942 г. введена трудовая повинность. Городские и сельские жители привлекались на различные сроки к выполнению оборонных работ, оказанию помощи предприятиям, стройкам, к заготовкам топлива, уборке урожая и др.

В условиях мобилизации мужчин в производство стали массово вовлекаться женщины и подростки. Только за первый месяц войны на работу на предприятия Пензенской области было принято более 11 тыс. женщин и подростков¹. Так, на заводе «Пензтекстильмаш» женщины составляли 72% работающих, на заводах дезхимоборудования и «Кузтекстильмаш» – более 50%². Всего же по стране по состоянию на 1942 г. доля женщин среди рабочих и служащих составляла 53%, а доля лиц не достигших 18-летнего возраста среди промышленных рабочих – 15%³.

Пензенские рабочие самоотверженно трудились в стремлении помочь фронту. Например, на заводе дезхимоборудования в 1941 г. токари Канцеров, Тарасова, Артамошкин выполняли сменные нормы на 210-285%, слесари Кишицев и Лазеев – на 252-283%, жестянщик Фральцов – на 450%, котельщики Шевяков и Ситник – на 400%⁴. Аналогичных результатов добивались многие рабочие завода им. Фрунзе, «Пензтекстильмаша», «Пензмаша» и других промышленных предприятий области.

Негативное воздействие на состояние здоровья рабочих оказывали и плохие санитарные условия труда. Так, например, в ходе санитарного обследования завода № 255 (Нижний Ломов), проведенного в 1943 г., было выявлено, что *«выварочное отделение не имеет достаточного освещения, полы – частично деревянные, частично цементированные – грязные. Резиновые сапоги у рабочих рваные. Помещение вентилируется недостаточно, вследствие чего чувствуется*

¹ Пензенский край в истории и культуре России... С. 387.

² Пензенская область в годы Великой Отечественной войны... С. 32.

³ Козлов Н.Д. Условия труда и быта народа... С. 6.

⁴ Пензенская область в годы Великой Отечественной войны... С. 34.

запах кислот... вентиляция работает лишь во время выварки, вследствие чего, температура в помещении высокая (не менее 25-30 градусов Цельсия)»¹.

Отток трудовых ресурсов и снижение энерговооруженности сельского хозяйства привело к увеличению нагрузки на оставшихся сельчан, большинство которых составляли женщины, старики, подростки. Если на севе 1941 г. объем полевых работ, выполненных на живой тягловой силе, по стране составлял 4%, то уже в 1942 г. он вырос до 50%².

В 1942 г. для колхозников был повышен обязательный минимум выработки трудодней: для Пензенской области он был увеличен с 90 до 120 трудодней. Впервые вводился обязательный минимум (не менее 50 трудодней) для подростков из семей колхозников в возрасте 12-16 лет³.

Сельские труженики, не жалея сил, вели без преувеличения «битву» за хлеб, особенно в уборочную страду, работая «от зари до зари». Так, например, за время уборочной кампании 1941 г. комбайнер колхоза «Комсомолец» (с. Кера Голицынского р-на) М.Ф. Пономарев на сцепе двух тракторов «Сталинец» убрал 600 га (45-48 га ежедневно). В 1942 г. 63-летний косарь того же колхоза Д.Г. Казарин за выполнение нормы на 200% был занесен на районную доску почета⁴.

Основной объем сельхозработ в военный период выполняли женщины. Так, в 1942 г. среди трудоспособных колхозников Пензенской области доля женщин составила 75%, на них приходилось около 70% выработанных трудодней⁵. Женщины прилагали все силы для выполнения и перевыполнения плановых показателей. Так, о нелегком труде женщин-трактористок член тракторной бригады колхоза им. Калинина (с. Нижний Катмисс Сосновоборского р-на) П.П. Банникова вспоминала следующее: *«Трудности мы несли, как все, фронтовые. Ночевали в полях. Днем сеяли или убирали урожай, а ночью пахали, готовили*

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 685. Л. 3.

² Козлов Н.Д. Условия труда и быта народа... С. 14.

³ О повышении для колхозников обязательного минимума трудодней: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 13.04.1942 № 508. Текст: электронный // Викитека: сайт. URL: [https://ru.wikisource.org/wiki/Постановление_СНК_СССР_и_ЦК_ВКП\(б\)_от_13.04.1942_№_508](https://ru.wikisource.org/wiki/Постановление_СНК_СССР_и_ЦК_ВКП(б)_от_13.04.1942_№_508) (дата обращения: 17.05.2023).

⁴ Иноземцев И.Н. Кера: страницы истории села. Пенза, 2018. С. 110-111.

⁵ Пензенская область в годы Великой Отечественной войны... С. 51.

землю для будущего урожая... [При поломке трактора] мы не ждали, когда нам привезут запчасти для трактора, мешок за плечи и в МТС: в Пичилейку или в Сосновоборск. Обрато верст 15-20 несешь 2 пуда железок, не меньше. Руки до земли опускаются, плечи обвисают, а ни одной детальки не бросишь»¹.

Как видим, пензенские труженики выполняли огромные объемы напряженной работы, нередко на пределе своих возможностей. Это, безусловно, сказывалось на их физическом состоянии и вело к росту заболеваемости.

Благоприятную почву для распространения инфекций создавал недостаточный уровень развития санитарно-гигиенической культуры преобладающей части населения. Являвшаяся совокупностью опыта многих предыдущих поколений, гигиеническая культура, несмотря на проведение масштабной социально-культурной и экономической модернизации 1920-1930-х гг., а также целенаправленной политики советских властей по борьбе с неграмотностью и санитарному просвещению, продолжала сохранять многие традиционные представления о здоровьесбережении. Они передавались, преимущественно, стихийно в процессе жизнедеятельности от старших членов семьи к младшим.

Война, вызвавшая перестройку привычного уклада жизни, выдвинула в качестве основной задачи сельского обывателя разработку эффективной стратегии адаптации и выживания. При этом в условиях весьма ограниченного, по сравнению с городским, уровня доступа к медицинской помощи сельское население было вынуждено заниматься выстраиванием программы сохранения здоровья с гораздо большей долей самостоятельности. В основе этой программы лежали имеющиеся знания, умения, навыки, установки и стратегии, которые находили ежедневное или ситуационное применение в индивидуальных и коллективных практиках. Рассмотрим некоторые из них на основе материалов, полученных в ходе авторских полевых исследований.

¹ Тимошкин К. Записки краеведа. Девичья бригада – о тружениках тыла. 27 марта 1955 г. // ГАПО. Ф. р-2378. Оп. 4. Д. 217. Л. 3, 8.

Неотъемлемой составляющей сохранения и укрепления индивидуального здоровья человека является соблюдение правил личной гигиены, которые, в первую очередь, предполагают обеспечение чистоты тела (кожи, волос, полости рта, органов слуха, зрения, половых органов).

Обязательной ежедневной процедурой в семьях 79% опрошенных лиц было утреннее умывание (ополаскивание лица) из рукомойника или другой емкости (бочки, кадки, лохани и т.п.). В семьях остальных респондентов не выполнялась даже эта процедура. Гигиена полости рта за отсутствием зубных щеток и чистящих средств (паста, порошок) в большинстве случаев не проводилась, или в отдельных случаях сводилась к жеванию гудрона или ополаскиванию водой.

К сожалению, обыватели пренебрегали такой основополагающей гигиенической процедурой как мытье рук, которое, между тем, является довольно эффективным способом профилактики заражения кишечными инфекциями и ОРВИ. Вместо того, чтобы мыть руки до и после приема пищи, после каждого похода в туалет, контакта с животными и т.д., жители осуществляли эту процедуру нерегулярно, нередко только при обнаружении явных визуальных признаков загрязнения. Например, после тактильного контакта с животными мытье рук выполняли только 23% участников опроса, прочие же этого не делали.

Традиционной санитарно-гигиенической нормой, которой население придавало большое значение, было посещение бани. Именно в бани выполнялась львиная доля гигиенических процедур по уходу за телом: от обычной помывки до выведения вшей. Вместе с тем, в силу затратности постройки и содержания бани были далеко не во всех хозяйствах. Так, из числа опрошенных респондентов на наличие собственной бани указали лишь 23%. Остальные, совершенно не задумываясь о санитарных рисках, посещали баню родственников или соседей, которая могла одновременно обслуживать несколько дворов. В отдельных случаях помывку организовывали прямо в доме в печи или в корыте. Население мылось, как правило, еженедельно (82% опрошенных), реже – 1-2 раза в месяц (18% опрошенных).

Учитывая интенсивность и характер крестьянского труда, не меньшее значение имело соблюдение чистоты одежды и белья. Вследствие острого дефицита сменная одежда для повседневного пользования у сельчан попросту отсутствовала, а имеющаяся стиралась не так регулярно, как того требуют санитарные нормы. Так, независимо от степени загрязненности стирка одежды осуществлялась с периодичностью в неделю в семьях 78% опрошенных, в две недели – в 6%.

При серьезном дефиците мыла, в качестве универсальных моющих средств активно использовались щелок (древесная зола), обладающий, кроме того, дезинфицирующим эффектом, и различные травы. При мытье головы в ход также шел яичный желток. В целом положение с обеспечением средствами и предметами индивидуальной гигиены было плачевным. Так, по воспоминаниям большей части интервьюируемых, средствами личной гигиены, имеющимся у каждого члена семьи, были расческа (гребень) или мужские станки для бритья. Прочие гигиенические принадлежности (полотенца, мочалка и пр.) были общими.

С недостаточной частотой осуществлялись и другие гигиенические процедуры. Например, стрижка волос происходила один раз в месяц или в несколько месяцев. При этом даже при наличии в населенном пункте парикмахерской большинство респондентов стриглись ножницами в домашних условиях родственниками или соседями.

Центральной составляющей жизненного пространства сельского жителя был крестьянский дом. Здесь растили детей, занимались повседневными бытовыми и некоторыми производственными делами, а в холодное время года проводили большую часть времени. Из этого следует, что санитарно-гигиеническое состояние дома оказывало существенное влияние на здоровье членов семьи. Однако анализ полученных материалов показывает, что поддержание чистоты жилища в годы войны осуществлялось неудовлетворительно.

Пренебрежение санитарными правилами начиналось с хождения по дому в уличной обуви, которое было чревато заносом в дом множества патогенных

микроорганизмов. О подобном проявлении безответственного гигиенического поведения в их семьях сообщили 77% опрошенных.

В зависимости от чистоплотности хозяйки и наличия времени влажная уборка помещения могла проводиться с различной регулярностью. Так, ответы респондентов по вопросу о частоте мытья полов содержат различные вариации: от еженедельного воспроизводства данной практики и до ее полного игнорирования или сведения к нечастому соскабливаю с пола накопившейся грязи.

Слабо соблюдалась гигиена спального места. При незначительной площади жилых помещений применение нескольких отдельные кровати, занимавших не малую часть полезного пространства, было не совсем целесообразно, а имеющихся кроватей хватало не на всех членов семьи. Поэтому приходило спать по несколько человек и использовать в качестве постельных мест русскую печь, полати, нары. При этом такое положение осознавалось обывателями как норма. Так, 70% респондентов, отмечая в ходе опроса, что их семья не испытывала проблем с наличием мест для сна, в большинстве своем, будучи детьми, своего индивидуального спального места не имели.

К созданию антисанитарных условий объективно приводило содержание в жилом помещении в холодное время года скота (телят, овец и т.п.). Это являлось почти повсеместным явлением (отмечено 82% опрошенных), обусловленным спецификой традиционного крестьянского хозяйствования. Кроме того, передача к человеку инфекционных и инвазионных болезней была связана с содержанием в избе домашних животных, в первую очередь, кошек. Они не проходили никакой санитарной обработки и, в большинстве случаев, имели свободный доступ, как на улицу, так и к предметам домашнего обихода и мебели.

Переносчиками целого ряда опасных заболеваний являлись домашние насекомые (клопы, тараканы, муравьи и пр.) и грызуны. Несмотря на то, что об их наличии в жилище уверенно сообщили 90% интервьюируемых, население не придавало борьбе с ними серьезного значения. Так, мероприятия по борьбе с насекомыми и грызунами и профилактике их распространения (например,

обработка помещения полынью) систематически проводили в семьях не более 5% респондентов.

Одной из основных составляющих, оказывающих прямое влияние на здоровье человека, является качество и безопасность питания. В годы войны в силу продовольственного кризиса обеспечивать полноценное и рациональное питание, а также поддерживать его режим для большей части населения на практике было невозможно. Война заметно повлияла на способы получения продуктов и оценку безопасности их употребления. Помимо широкого применения различных альтернативных продуктов питания, низкокачественных пищевых заменителей, подпорченных продуктов, определенное распространение получили и явные пищевые девиации, которые неизбежно вели к пищевым отравлениям. Так, об известных им случаях употребления в пищу мяса павших животных сообщили 10% респондентов.

Серьезную опасность для здоровья населения в военные годы представляла алиментарная токсическая алейкия (септическая ангина), возникающая в результате употребления перезимовавших в поле и зараженных грибом злаковых культур, главным образом, из проса и ржи. Несмотря на то, что масштабы распространения уступали многим другим заболеваниям (в течение 1942-1944 гг. в Пензенской области заболело 768 человек), септическая ангина была довольно слабо изучена и давала высокую летальность – 36%¹. Мероприятия по предупреждению заболевания заключались в основном в проведении научно-практической работы по изучению причин, особенностей течения и лечения септической ангины, обмене в равных количествах собранного населением перезимовавшего под снегом зерна на качественное, массовом информировании населения о смертельной опасности употребления перезимовавших злаков². В последующем серьезная вспышка септической ангины наблюдалась в период голода 1946-1947 гг., но здравоохранение уже выработало механизм борьбы с этим заболеванием.

¹ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 96.

² ГАРФ. Ф. Р-9226. Оп. 1. Д. 636. Л. 115.

Нарушались обывателями и простейшие гигиенические правила приема пищи. Так, мытье всех видов фруктов и овощей перед употреблением в пищу осуществлялось на постоянной основе в семьях лишь 7% опрошенных, а кипячение воды – только в 2%. Заражением целым рядом инфекций, передающихся контактно-бытовым путем, было чревато употребление пищи из общей посуды (чаще всего из чугуна). Однако крестьяне даже не задумывались об антисанитарном характере данной традиции патриархального быта и повсеместно применяли ее в повседневной практике. При этом, весьма курьезно то, что 80% респондентов оценили уровень выполнения правил пищевой санитарии в своей семье как средний и высокий.

К 1940-м гг. в повседневной культуре сохранялись многие традиционные представления о заболеваниях. Истинные причины возникновения того или иного недуга были непонятны рядовому обывателю и могли связываться в различных интерпретациях с божественным наказанием за грехи, влиянием злого умысла (сглаза, силы слова, заговора, порчи и пр.) или естественными причинами (простудой, «озноблением», «испугом», ушибом и пр.).

Исходя из полученного на практике опыта, особенностей образа жизни, связи с окружающим миром и религиозными верованиями предыдущими поколениями был выработан целый комплекс народных методов и приемов лечения, основанных на использовании лечебных свойств растений, чтении молитв и проведении магических обрядов (заговоров).

Так, широкое применение в практике народного врачевания находили такие растения как зверобой, мята, липовый цвет, шиповник, хвоя, конопля, крапива, медуница, подорожник, ромашка, календула, тысячелистник, чистотел и многие другие. Не реже в тех или иных вариациях использовались овощные культуры (редька, репа, горчица, чеснок и др.), мед, продукты животного происхождения (например, молоко, гусиный жир).

Испытанными средствами борьбы с некоторыми заболеваниями (например, простуда, ревматизм) было парение в бане или прогревание на печи. Крестьянами в годы войны применялись и такие методы, которые способны вызвать

недоумение у современного человека. Например, по воспоминаниям некоторых жителей Наровчатского района, своеобразным физиотерапевтическим методом при лечении ревматизма и воспалительных заболеваний суставов являлось прогревание тазовой области и ног в теплом навозе¹. В целом практики народной медицины играли значительную роль в повседневной жизни сельчан. На это, в частности, указывает то, что при лечении различных заболеваний к народным методам прибегали в семьях более чем 80% респондентов.

В случае отсутствия ожидаемого результата от проведения самостоятельного домашнего лечения крестьяне нередко прибегали к помощи народных целителей, знахарей или т.н. «бабушек». Так, о наличии подобных врачей в населенном пункте проживания в военный период сообщили 82% опрошенных, об обращении к ним – более 40%.

Искусство врачеваний знахарей основывалось на глубоком знании лечебных свойств различных трав и способах их применения. Немалая роль в знахарском лечении отводилась заговорам и народным молитвам, обращенным к силам природы, духам и христианским святым. Как отмечает исследователь Т.В. Привалова, истинный смысл подобных воздействий заключался, конечно, не в колдовстве, а в использовании настоящими знахарями свойств человеческой психики. Заговоры за счет сильных внушений наяву активизировали внутренние силы организма и мобилизовали действие этих сил на его излечение. В некоторых случаях это позволяло достигнуть желаемого результата и усиливало веру людей чудотворную силу народных целителей². Так, по словам одной из респонденток, пожелавшей остаться анонимной, ее восстановление после травмы ног, полученной в детстве, произошло только благодаря лечению бабушки-знахарки, которая «признала испуг» в пациентке и «40 зарей читала по ней молитвы».

Впрочем, знахарская «мудрость» нередко граничила с невежеством, опасным для здоровья больного. Например, в 1940 г. в Кузнецке имелся случай,

¹ См., например: Маркина Валентина Петровна (1936 г.р.), с. Вяляйки Наровчатского р-на Пензенской обл. // Материалы полевых исследований 2021-2022 гг., запись 2021 г.

² Привалова Т.В. Быт российской деревни... С. 122.

когда мать ребенка по совету знахарки для лечения и профилактики грыжи давала ему в течение 25 дней пить настой с охотничьим порохом. Жизнь ребенку спасло лишь последующее обращение в детскую консультацию¹.

Между тем, следует сказать, что к началу 1940-х г. доиндустриальные медико-санитарные практики уже утратили свое культурное и прикладное значение, уступив место профессиональной медицине. Убеждаясь в ее практической пользе, население прониклось доверием к медицинским работникам и проводимым ими методам лечения. Поэтому обращение к народной медицине и знахаркам в период войны следует расценивать, скорее, не как реализацию единственной верной стратегии восстановления здоровья, а как проявление компенсаторного механизма адаптации в условиях недостаточной доступности квалифицированной медицинской помощи. При наличии в селе хотя бы фельдшера большинство крестьян предпочли бы обратиться именно к нему, нежели к «бабушке». Об этом говорят и материалы полевого исследования. Так, абсолютное большинство респондентов в качестве ведущей стратегии, существовавшей в их семье, выбрали именно обращение в медучреждение, на второе место отнесли самостоятельное лечение методами народной медицины, и лишь на третье – посещение бабушки-знахарки.

Таким образом, на тактику гигиенического и медико-санитарного поведения сельского населения в военное время оказывал влияние целый комплекс факторов. Среди них особенно выделяются: 1) низкий уровень обеспечения материальными благами (предметами повседневного пользования, продуктами питания и пр.); 2) недостаточное распространение основ гигиенических и медицинских знаний при сохранении традиционных ментальных установок у широкой прослойки населения, получившей бытовое воспитание еще до проведения советской социокультурной модернизации; 3) общий уровень опрятности и бытовой чистоплотности старших членов индивидуальных домохозяйств; 4) специфика трудовой деятельности, которая осуществлялась в тяжелых и зачастую антисанитарных условиях, в постоянном контакте с

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 255. Л. 14.

патогенной средой (почвой, водой, животными и пр.); 5) недостаточный уровень развития сельской медицинской сети, и, как следствие, сохранение ощутимых трудностей в получении профессиональной лечебной помощи.

Исходя из рассмотренных данных, следует, что война легла тяжелым бременем на мирное население и поставила его на грань физического выживания. Характерной чертой повседневной жизни советского гражданина в этот период стали огромные материальные лишения, бытовые невзгоды, напряженная морально-психологическая атмосфера и труд на пределе физических возможностей. Негативное влияние этих факторов на состояние общественного здоровья и санитарно-эпидемиологическую обстановку в регионе значительно усиливали повышенная контактность населения и достаточно низкий уровень санитарно-гигиенической культуры.

Население осуществляло медицинскую адаптацию к экстремальным условиям военного времени по-разному. Если, крестьянство, повседневной культуре и быту которого был свойственен более высокий уровень самоорганизации и самообеспечения, в силу труднодоступности квалифицированной медпомощи, вынужденно было прибегать к традиционным медико-санитарным практикам, то городские жители в отношении обеспеченности медпомощью находились в более благоприятных условиях. В то же время это делало их более зависимыми от эффективности работы государственных органов, а санитарно-эпидемиологическую обстановку в городе более чувствительной к протекающим социальным процессам и изменениям социальной инфраструктуры. В этом контексте особую значимость имела санитарно-противоэпидемическая деятельность, реализуемая местными органами здравоохранения.

2.4. Основные направления и результаты санитарно-противоэпидемической деятельности здравоохранения

С началом Великой Отечественной войны ввиду возросшего риска распространения инфекционных заболеваний стратегической задачей тыловых медико-санитарных органов и учреждений становится обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия страны. Особенно подчеркивая значимость этого направления, газета «Правда» писала в марте 1942 г.: *«Санитарное дело есть оборонное дело. Оно тесно связано с охраной здоровья советского народа. От качества санитарного обслуживания населения зависит отправка здорового пополнения на фронт ..., бесперебойная работа предприятий, изготавливающих продукцию для нужд фронта»*¹.

Органы здравоохранения осуществляли противоэпидемическую деятельность исходя из сложившегося в советской науке представления о протекании эпидемического процесса (учение Л.В. Громашевского), которое и до наших дней не утратило своего значения. Эпидемический процесс или эпидемия (в широком смысле) понимается как цепь закономерно следующих один за другим случаев инфекционной болезни, в которой существуют в природе все заразные болезни (паразитарные процессы)². Обязательным условием возникновения и дальнейшего развития эпидемии является наличие и взаимодействие трех основных звеньев:

1. Источника (резервуара) инфекции – зараженного (больного или здорового) организма человека или животного. Отсутствие такого источника полностью исключает возможность возникновения заболевания.

2. Механизма передачи инфекции – специфических факторов, способных осуществить передачу возбудителя инфекции в заражающийся организм. Механизм передачи возбудителя реализуется через 3 следующие друг за другом

¹ Санитарное обслуживание населения // Правда. 1942. 6 марта. № 65 (8836). С. 1.

² Громашевский Л.В. Общая эпидемиология: руководство для врачей и студентов санитарно-гигиенических факультетов. 4-е изд., значит, перераб. Москва, 1965. С. 147.

фазы: выделение возбудителя из зараженного организма посредством физиологических и патологических актов (кашель, чихание, рвота и пр.) – пребывание возбудителя в губительной для него внешней среде – внедрение возбудителя в здоровый организм (например, через воду, пищевые продукты, предметы быта, почву и пр.). Л.В. Громашевским также выделено 4 основных естественных способа передачи инфекции: капельный (воздушно-капельный), фекально-оральный, трансмиссивный (через кровососущих насекомых), контактный (через повреждения на тканях кожи или слизистых при непосредственном контакте с зараженным человеком или животным).

3. Восприимчивого к инфекции населения. Восприимчивость – свойство организма человека или животного быть оптимальной средой для размножения возбудителя. Противоположное восприимчивости свойство – невосприимчивость, т.е. возможность организма оказывать сопротивление возбудителю, посредством действия ряда защитных приспособлений, включая иммунитет (естественный или искусственный)¹.

Вместе с тем, непосредственное влияние на степень воздействия того или иного звена эпидемической цепочки (повышение или понижение) и, как следствие, на уровень заболеваемости, оказывают природные, и, в большей степени, социальные факторы. Несмотря на то, что механизм воздействия этих факторов все же остается опосредованным, их можно рассматривать в качестве основных движущих сил эпидемического процесса. Именно под давлением этих факторов незначительная заболеваемость может держаться на одном уровне или принять характер эпидемии².

Так, применительно к военному времени преимущественное влияние на возникновение эпидемической угрозы в Пензенской области оказали масштабные миграционные процессы. Транзит и прибытие в регион огромных людских масс, относительно неблагополучных в санитарном отношении, естественным образом

¹ Громашевский Л.В. Общая эпидемиология... С. 47, 71, 160.

² Громашевский Л.В. Общая эпидемиология... С. 165.

детерминировали расширение резервуара возбудителя инфекций и провоцировали рост заболеваемости.

Социальный фактор находился в наибольшем взаимодействии с самым активным из трех звеньев эпидемического процесса – механизмом передачи инфекции. Повышение контактности и скученности населения вследствие эвакуации, ухудшение жилищных условий, нехватка качественной питьевой воды, загрязнение населенных мест, почвы и водных источников, кризис банно-прачечного хозяйства, низкий уровень санитарных навыков, недостаточное медицинское обслуживание значительно увеличивали шансы успешной передачи и внедрения возбудителя в восприимчивый организм, тем самым определяя частоту распространения болезней и масштаб эпидемической угрозы.

Социальные условия также оказывали крайне негативное влияние на уровень инфекционной восприимчивости населения. Регулярное недоедание, серьезные физические и эмоциональные перегрузки, снижая иммунитет, приводили к тому, что человеческий организм терял свои защитные силы и не мог самостоятельно противостоять возбудителю. После заражения восприимчивый организм переходил в категорию источника инфекции для следующего цикла циркуляции возбудителя, тем самым обеспечивая непрерывность эпидемического процесса.

В сложившейся ситуации для того, чтобы остановить дальнейшее развитие эпидемии, органам здравоохранения было необходимо разорвать эпидемическую цепочку за счет устранения или снижения активности хотя бы одного из ее звеньев. Эта цель обуславливала реализацию целого комплекса противоэпидемических мероприятий, в котором, согласно классификации, предложенной М.А. Семеновым, можно условно выделить три основных направления:

1. Профилактика возникновения инфекций:

- санитарный контроль (водоснабжения, коммунальный, жилищный, учреждений общественного питания, детских учреждений);
- обеспечение санитарно-гигиенической обработки населения;

- санитарная очистка населенных мест;
- вакцинация населения;
- санитарное просвещение;

2. Локализация и обезвреживание эпидемического очага:

- выявление эпидемических очагов;
- полная госпитализация заболевших;
- иммунизация лиц, контактных с больным;
- дезинфекционная обработка очага;
- карантинные мероприятия.

3. Лечение заболевших граждан¹.

Среди представленных мер, в соответствии с постановлением ГКО от 2 февраля 1942 г. «О мерах по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной армии», значительная роль отводилась мерам предупредительного характера².

В условиях массового перемещения населения особое значение имели санитарные мероприятия на железнодорожном транспорте (санитарный контроль, обработка и медицинское обслуживание пассажиров, изоляция инфекционных больных и пр.). Ключевыми звеньями эвакуационного механизма, на которые легла вся тяжесть перемещения населения, стали эвакуопункты. В соответствии с Положением «Об эвакуационном пункте по эвакуации гражданского населения из прифронтовой полосы» от 5 июля 1941 г., в обязанности эвакуопунктов помимо приема и регистрации эвакуированного населения, его обеспечения помещением и питанием, организации погрузки для дальнейшего следования, входил целый комплекс обязанностей медико-санитарного характера: медико-санитарное обслуживание граждан; выявление и изолирование всех больных и подозрительных по острозаразным заболеваниям; осуществление санитарно-профилактических мероприятий; санитарная обработка (мытьё в бане и

¹ Семенов М.А. Фронт в тылу... С. 269.

² Постановление ГКО № 1234с «О мерах по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной армии» от 2 февраля 1942 г. // Филоненко С. И. Война на воронежской земле...С. 48-49.

дезинфекция одежды); производство прививок против желудочно-кишечных заболеваний и оспы¹.

Для проведения вышеозначенных мероприятий на Пензенском железнодорожном узле, решением Пензенского облисполкома от 7 июня 1941 г., в Пензе на базе железнодорожного клуба им. Дзержинского, располагавшегося рядом со станцией Пенза-I, был создан эвакуационный пункт². Руководство работой эвакуопункта возлагалось на Управление по эвакуации (уполномоченный управления – М.Г. Михайлов), образованное в соответствии с решением Пензенского облисполкома от 6 октября 1941 г., реорганизованное в феврале 1942 г. в отдел хозяйственного устройства эвакуированного населения при Пензенском облисполкоме³.

Масштаб эвакуационных работ был огромен. Так, за период с 1 августа по 15 декабря 1941 г. через эвакуопункт прошло 5430 граждан. В эвакуопункте в среднем ежедневно пребывало 265 чел., которые обеспечивались койко-местом, постельным бельем и питанием (взрослые – двухразовым из расчета 6 руб. в день, дети – трехразовым). Следуемые эшелоны с эвакуированными гражданами снабжались сухим пайком в расчете на 2-10 дней по установленным нормам. Кроме того, в указанный период эвакуированным оказана материальная помощь в размере 10 тыс. руб., более 300 гражданам выданы справки для получения одежды и обуви⁴.

Особое внимание уделялось медико-санитарному обслуживанию перемещаемых контингентов. Оно осуществлялось, в первую очередь, медико-санитарными органами железных дорог. С целью проведения санитарной обработки, выявления и изолирования больных и контактных лиц при создании эвакуопункта за ним была закреплена городская баня № 3, летом 1941 г. на

¹ Об утверждении Положения об эвакуационном пункте по эвакуации гражданского населения из прифронтовой полосы: Постановление СНК СССР от 05.07.1941 № 1823-816сс. Текст: электронный // Президентская библиотека им. Б.Н. Ельцина: официальный сайт. URL: <https://www.prlib.ru/item/1348724> (дата обращения: 11.06.2023).

² ГАПО. Ф. р-2038. Оп. 1. Д. 4356. Л. 17.

³ Власов В.А. Эвакуация из Ленинграда в Пензенскую область...С. 361

⁴ ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 1. Л. 15.

станциях Пенза-I и Пенза-II организованы медицинские и изоляционно-пропускные пункты, а в здании Лесного техникума развернут наблюдательный пункт¹. За счет 8 врачей и 16 медработников среднего звена, направленных облздравотделом, усилен штат станционных поликлиник. В связи с отсутствием собственного стационара больные, нуждающиеся в госпитализации, направлялись в городские больницы². Посещение города пребывающими на эвакуационном пункте гражданами было строго ограничено и допускалось только в крайних случаях по разовым пропускам, выдаваемым комендантом эвакуационного пункта³.

Мощный людской поток, имеющиеся кадровые и материально-хозяйственные проблемы (нехватка помещений, санитарно-гигиенических средств, воды, мягкого инвентаря, медикаментов, инфекционного коечного фонда и пр.)⁴ в купе со слабой организацией работы и формальным подходом ответственных лиц обусловили то, что эвакуационные пункты с огромным трудом справлялись с возложенными на них обязанностями. Так, 11 сентября 1941 г., в ходе обсуждения итогов проверки работы эвакуационного пункта Пензенским облисполкомом, отмечалось, что *«прием на эвакуационный пункт не упорядочен; вместо отбора с прибывающих эшелонов действительно нуждающихся в санобработке людей поступление эвакуированных проходит самотеком; принимаемые на пункт люди вместо пребывания на пункте, как правило, не более 2 суток, часто оседают до 7-15 суток, причем многие из них после этого категорически отказываются от дальнейшего следования к местам назначения; допускаются случаи приема на пункт людей без прохождения санобработки; содержание помещений эвакуационного пункта находится в антисанитарном состоянии: полы загрязнены, дезинфекция коек и постельного белья проводится от случая к случаю; установлены неединичные факты отправления естественных надобностей эвакуированными в плевательницы и на пол общежитий»*⁵.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 275. Л. 3, 5; ГАПО. Ф. р-2038. Оп. 1. Д. 4356. Л. 17, 19.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 275. Л. 3.

³ Евневич Т.А. Организация бытового устройства... С. 13.

⁴ См., например: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 275. Л. 3.

⁵ ГАПО. Ф. р-2038. Оп. 1. Д. 496. Л. 140.

К концу 1942 г. с ослаблением интенсивности эвакуационных потоков работа эвакуопункта стабилизировалась, медицинско-санитарное обслуживание эвакуированных контингентов постепенно улучшилось.

Напряженность в работе эвакуопункта заметно возросла с началом процесса реэвакуации. Так, за период с января по октябрь 1944 г. через эвакуопункт прошло около 30 тыс. чел., т.е. в среднем от 150 до 200 чел. в день. В течение года по тем или иным причинам (снятие с поезда по причине утраты документов, госпитализация родственников и др.) в районах области были временно размещены 247 реэвакуированных граждан, в общежитии эвакуопункта – 152 чел. Случаев заболевания в общежитии не зафиксировано¹.

Таким образом, эффективность работы Пензенского эвакуопункта по поддержанию санитарно-противоэпидемического режима на разных этапах войны определялась не только состоянием материально-хозяйственной базы и уровнем кадровой обеспеченности, но и интенсивностью движения эвакуированного населения. На наш взгляд, в условиях, сложившихся в 1941 – начале 1942 гг., эвакуопункт объективно не мог обеспечить высокого уровня медико-санитарного обслуживания эвакуируемых контингентов. Тем не менее, реализация совместно с органами здравоохранения комплекса противоэпидемических мероприятий позволили снизить уровень негативного влияния массовой миграции на эпидемиологическое благополучие населения.

Не менее важным направлением работы санитарно-противоэпидемических органов было осуществление санитарного контроля. При этом если ответственность за санитарное состояние различных объектов инфраструктуры возлагалась на те ведомства, которым они принадлежали, то функции надзора – на органы здравоохранения. Большое значение в деле профилактики инфекционных заболеваний отводилось обеспечению населения качественной питьевой водой, ситуация с которой в городах Пензенской области во второй половине 1930-х – 1940-х гг. оставалась весьма неблагоприятной. Если до войны

¹ ГАПО. Ф. р-2413. Оп. 1. Д. 1. Л. 62.

такое положение было детерминировано малой мощностью водопроводно-канализационного хозяйства, то в годы войны – его общим кризисом.

Конечно, санитарные органы в военный период вели определенную работу в данном направлении: устанавливали зоны санитарной охраны водопроводов, занимались их благоустройством, проведением химических и бактериологических исследований воды, ликвидацией источников заражений, снабжали органы коммунального хозяйства хлором¹. Однако, объемы проведенных работ были явно недостаточными. Например, к 1944 г. хлорирование воды в таких крупных населенных пунктах как Сердобск, Беднодемьяновск, Городище, Чембар, Башмаково не проводилось, зоны санитарной охраны организованы частично². Там, где хлорирование было начато (Пенза, Кузнецк, Каменка, Селикса), оно проводилось с частыми перебоями и не всегда качественно³. Таким образом, реализуемые медико-санитарными органами меры по профилактике заболеваний, связанных с водным факторов, были малоэффективными, и, как покажет практика, не могли сдержать роста желудочно-кишечных заболеваний, в частности, брюшного тифа.

В условиях ограниченности ресурсов произошло серьезное обострение проблемы санитарной очистки населенных пунктов. Возможности государственных органов многократно увеличивало активное привлечение местного населения. Распространенной формой работы стало проведение санитарных субботников, воскресников, декадников и месячников.

Так, например, с целью полной очистки города от мусора и нечистот, наведения образцового санитарного порядка во дворах, на городских улицах и площадях, во исполнение решения Пензенского горисполкома и бюро горкома ВКП (б) от 12 марта 1943 г., с 15 марта по 15 апреля 1943 г. в городе был проведен санитарный месячник. По началу, многие руководящие лица города достаточно безответственно отнеслись к его организации. К работам была

¹ Опыт Советской медицины в годы Великой Отечественной войны... Т. 32. С. 34.

² ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 12.

³ Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 53 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

привлечена лишь незначительная часть городской общественности, часть предприятий, учреждений и домоуправлений даже не приступили к очистке своих территорий и дворов. Промежуточным итогом месячника стало то, что к 1 апреля вывозка мусора и нечистот по городу составила лишь 8% к установленному заданию. В отношении лиц, сорвавших организацию и проведение месячника на своих участках, были применены различные меры ответственности: снят с работы и предан суду домоуправляющий Павлушкин, привлечен к уголовной ответственности директор тракторсбыта Власов, выговор объявлен директору конторы облзаготскот Фонкац¹.

Подобные показательные меры дали определенный эффект – во второй половине месячника значительная часть предприятий, учреждений и домоуправлений города активизировала свою работу. 9 апреля 1943 г. в газете «Сталинское знамя» был выдвинут лозунг *«В последней декаде месячника наверстать упущенное!»*.

Однако, случаи уклонения от выполнения решения горисполкома и горкома, по-прежнему, были не редкими. Резкую критику виновников нарушений санитарного режима также встречаем в газете: *«Среди жильцов коммунальных домов находятся люди, которые настолько сжились с грязью, что не замечают ее. 28 марта во дворах домов № 2/22 по Володарской улице, №№ 12, 14 и 16 по улице Карла Маркса проводился санитарный воскресник. Квартиросъемщики Супрович, Вотолин, Воркунова, Куракин, Лебедев и другие – всего 20 человек, отказались участвовать в очистке дворов. Государственная санитарная инспекция города за уклонение по очистке оштрафовала их на 100 рублей каждого... Тройка нерадивых жильцов нашлась и в домоуправлении № 50 по Пушкинской улице. Все они оштрафованы на 50 рублей каждый»*².

Таким образом, несмотря на активную санитарную агитацию и применение мер юридической ответственности в отношении нарушителей, санитарный месячник не стал настолько массовым мероприятием, каким он был запланирован

¹ За санитарный порядок, за чистоту! // Сталинское знамя. 1943. 31 марта. № 71(7904). С. 1.

² Грязный двор – источник заразы // Сталинское знамя. 1943. 9 апреля. № 77 (7910). С. 2.

местными органами власти. На практике степень и качество выполнения очистных работ зависело от уровня активности и организаторских способностей отдельных руководителей предприятий и учреждений, начальников домоуправлений. Итог этому был вполне закономерен – план очистки в рамках санитарного месячника выполнен не был. Аналогичные ситуации наблюдались и в последующие годы¹.

Для поддержания санитарного режима в городах не меньшее значение имела деятельность бань и прачечных по санитарно-гигиенической обработке населения. Банно-прачечное хозяйство региона в силу значительных материально-хозяйственных трудностей (перебои в водоснабжении, электроснабжении, отсутствие топлива, мыла и др.) на протяжении военных лет находилось в тяжелом положении. Так, в городах в 1940-1944 гг. общее число коммунальных бань сократилось с 10 до 7, прачечных – с 2 до 1. Всего же в области к концу войны насчитывалось 687 общественных бань (коммунальных, ведомственных и колхозных) с пропускной способностью в 10 тыс. чел. и 13 753 индивидуальных бань. Несмотря на кажущуюся, на первый взгляд, развитость банной сети, объемы выполняемой работы были неудовлетворительными. Если в 1940 г. городские бани посетили 1 767 100 человек, а прачечные обработали 179.7 тонн белья, то в 1944 г., соответственно, лишь 464 800 человек и 62.9 тонны².

Работа бань и прачечных постоянно подвергалась нареканиям. Так, один из посетителей в мае 1944 г. писал в газете «Сталинское знамя»: *«Ни разу не было, чтобы в пензенской бане № 1 можно было бы вымыться вполне благополучно... прежде всего баня топится раз в неделю, а то и того реже.... но вот вам повезло. Баня топится, вы купили билет, разделись, намылились. И тут выясняется, что из кранов течет один кипяток или хлещет только холодная вода. 20 мая в 9 часов вечера я пришел в баню. В мыльной не оказалось ни одной лампочки. Люди мылись в совершенной темноте, ошупью разыскивая краны,*

¹ См., например: Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 244 // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО».

² ГАПО. Ф. р-2377. Оп. 1. Д. 63. Л. 44, 46; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 66; Там же. Д. 1048. Л. 84 об.

сталкивались друг с другом, теряли мыло. Кто-то расколол склянку, очевидно, с жидким мылом. Осколки посыпались на пол. Подсчитать порезавшихся помешала темнота»¹.

Как видим, объемы и качество банно-прачечного обслуживания в военные годы не обеспечивали реальных потребностей населения. К сожалению, такое положение в банно-прачечном хозяйстве сохранялось даже по окончании войны².

Ключевым профилактическим мероприятием, направленным на снижение прослойки восприимчивого населения, была вакцинация. В силу отсутствия сопоставимых данных, возможность проследить динамику количества прививок за весь рассматриваемый период отсутствует, однако, получить примерное представление о масштабах работы в этом направлении позволяют данные за отдельные военные годы (см. таблицу 24).

Таблица 24

Вакцинирование населения Пензенской области в 1942-1943 гг.³

Заболевание, против которого проведена вакцинация	Число прививок (тыс.)					
	1942			1943		
	План	Выполнено	% выполнения	План	Выполнено (за 6 месяцев)	% выполнения
Брюшной тиф	250	165,4	66,2	190	171,6	90,3
Дизентерия	50	150,7	301,4	50	73,8	147,6
Дифтерия	100	154,1	154,1	115	58	50,4
Оспа	80	90,3	112,9	22,7	26,4	116,3

Как видно из таблицы, органы здравоохранения проводили внушительный объем работы по иммунизации населения. Так, в 1942 г. плановое задание не было выполнено лишь по брюшному тифу, по другим заболеваниям наблюдалось его перевыполнение. В 1943 г. показатели вакцинации заметно улучшились. Так, уже за 6 месяцев по брюшному тифу было сделано 90,3% запланированных прививок, а по дизентерии и оспе план вакцинации перевыполнен.

¹ Новохацкий С. О беспорядках в бане // Сталинское знамя. 1944. 26 мая. № 103(8170). С. 2.

² Навести порядок в банно-прачечном хозяйстве // Сталинское знамя. 1948. 3 апреля. № 67 (9164). С. 3.

³ Составлено по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 42.

Постепенное улучшение прививочной работы во многом было связано с решением задачи по обеспечению региона вакциной за счет расширения производственной деятельности Пензенского института эпидемиологии и микробиологии в 1942-1943 гг. Так, уже в 1943 г. институт полностью обеспечивал область тривакционной, дизентерийной вакциной, дифанатоксином, осповакциной, противокоревой сывороткой и бактериофагом, а различными сыворотками – аптекоуправление¹.

В то же время недостатки и несвоевременность поставки отдельных видов вакцин имели место быть. Например, в 1943 г. по причине нехватки дифтерийной сыворотки за 6 месяцев план вакцинации против данного заболевания был выполнен только на 50%. Низкие показатели проведения вакцинации наблюдались в Шемьшейском, Тамалинском, Сосновоборском, Салтыковском, Николо-Пестровской, Наровчатском и Лопатинском районах².

Кроме того, тормозящим фактором проведения иммунизации являлась нехватка квалифицированных кадров вакцинеров. Так, например, выступая 18 января 1944 г. на Областном совещании работников здравоохранения с докладом о проблемах санитарно-противоэпидемической работы в регионе, старший госсанинспектор Пензенской области Е.В. Литвина отмечала: «...работники эпидстанций неграмотны, не знают, как проводится вакцинация, ревакцинация и тривакцинация. Некоторые работники даже не знают, что не существует укола при дифтерии»³.

Итак, говоря в целом, прививочная работа в годы войны получила значительное развитие. Даже не смотря на определенные недочеты, прививки охватывали значительную часть населения области, тем самым заметно препятствуя развитию эпидемического процесса.

Еще одним направлением профилактики являлась санитарно-просветительская работа. Если основная тяжесть по ее непосредственной

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 44.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 43.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 39.

реализации на местах ложилась на медработников различных учреждений, то организационно-методическое руководство этой работой возлагалось на действующие в регионах дома и пункты санитарного просвещения. Впрочем, в Пензе Дом санитарного просвещения, начал стабильно работать лишь с 1944 г. в двух комнатах краеведческого музея, в которых были оборудованы стенды и муляжи¹.

В течение второго полугодия 1944 г. членами лекторского бюро при Доме санпросвета было прочитано 1 342 лекции в г. Пензе, под руководством методического бюро Дома санпросвета в районах области подготовлено и прочитано 11 733 лекции, проведено бесед – 28 349, в избах-читальнях некоторых колхозов организованы санитарные уголки². Силами общественного санитарного актива региона в сельской местности было распространено более 30 тыс. плакатов, в качестве агитаторов привлекались учителя, инструктируемые в райздравотделах³.

Одним из методов санитарно-просветительской деятельности, позволяющим охватить максимально широкую аудиторию, являлась пропаганда санитарно-гигиенических и медицинских знаний в СМИ. Так, в 1944 г. в городах было продемонстрировано 55 киножурналов на естественно-научные темы, в г. Пензе прочитано 25 радиолекций, по районам области – 352, в областной газете «Сталинское знамя» опубликовано 8 тематических статей, в районных газетах – 392, издано и распространено 50 тыс. листовок и 9 тыс. брошюр⁴.

Впрочем, санитарно-просветительская информация зачастую не доходила до получателя, особенно в сельской местности. Так, радиофицированы были далеко не все села области, а число получаемых газет было чрезвычайно мало. Например, в Шемышейском районе из 326 экземпляров газеты «Сталинское

¹ ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 1.

² ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 1, 3.

³ ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 3.

⁴ ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 3.

знамя» из райцентра поступило в избы-читальни 5 экземпляров, в колхозы – 44 экземпляра¹.

Из выше означенного следует, что централизованная санитарно-просветительская работа стала активно проводиться в регионе только с середины 1944 г. Несмотря на расширение деятельности в этом направлении ее эффективность оставалось на низком уровне. Подавляющее большинство населения области, по-прежнему, получало основные медико-санитарные и гигиенические знания в процессе семейного воспитания. Они, по большей мере, были весьма поверхностными, основывались на житейском опыте, традиционных установках и народной медицине, и, нередко, не соответствовали научным медицинским знаниям.

Таким образом, степень внимания, уделяемого органами здравоохранения отдельным аспектам профилактической работы, была различной. При сосредоточении усилий, в первую очередь, на санитарном контроле, вакцинации населения и санитарной очистке населенных мест, до конца войны практически не развивалось санитарное просвещение.

Не имея возможности полностью компенсировать негативного влияния факторов заболеваемости, острота влияния которых зависела от деятельности и других хозяйственных органов, система здравоохранения делала приоритетным направлением противоэпидемической деятельности выявление и обезвреживание эпидемического очага.

Распространенной формой работы по выявлению острых инфекционных больных стали санитарные обходы. В зависимости от типа населенных пунктов эта работа имела свою специфику. Так, в городах соответствии с приказом Наркомздрава СССР от 22 мая 1942 г. основная роль в проведении противоэпидемических мероприятий, в частности, выявлении инфекционных больных отводилась участковым врачам². В силу компактного проживания

¹ ГАПО. Ф. п-148. Оп. 1. Д. 853. Л. 83.

² О противоэпидемической работе городских поликлиники и амбулаторий и укреплении участковой системы медицинского обслуживания гражданского населения: Приказ Наркомздрава СССР от 22.05.1942 // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны... С. 149.

городского населения подворными обходами могли быть охвачены практически все жители. Например, в 1943 г. в Пензе в рамках проведения мероприятий по борьбе с брюшным тифом были произведены подворные обходы всего города. В помощь горздравотделу и городской СЭС были привлечены врачи областной СЭС, работники санитарно-бактериологического института, учащиеся фельдшерско-акушерской школы. В процессе обходов были выявлены несколько человек больных или переболевших брюшным тифом дома – все они были госпитализированы¹.

Иное положение было на селе, где каждым профессиональным медицинским работником обслуживалось сразу несколько населенных пунктов, и регулярное проведение противоэпидемических мероприятий было возможно только за счет значительного расширения сети ФАПов, а также при активном содействии общественного санитарного актива – общественных санитарных инспекторов и санитарных уполномоченных². В 1944 г. в Пензенской области их насчитывалось 3 745 человек. Они не только проводили подворные обходы, но и участвовали в осуществлении других профилактических мероприятий, дезинфекции очагов, организации санпостов, выполняли прочие поручения медработников³.

Впрочем, общественные санитарные инспекторы и уполномоченные были далеко не в каждом селе и вряд ли могли самостоятельно ликвидировать серьезную эпидемическую вспышку. Основной упор в их работе делался на быстрое обнаружение очага, организацию карантина и передачу информации об очаге в органы здравоохранения с целью его дальнейшей ликвидации.

Особенно хорошо работа по выявлению эпидемических очагов была поставлена в Бековском, Большевьяском, Голицынском, Земетчинском, Каменском, Кондольском, Кузнецком, Салтыковском районах, где подворные обходы проводились несколько дней в неделю, и был установлен контроль

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 38.

² Сорок лет советского здравоохранения...С. 101.

³ ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 2.

санитарного состояния жилищ колхозников. Так, например, в 1944 г. санитарные уполномоченные колхозов им. Сталина Салтыковского р-на и «На страже» Каменского р-на А.Ф. Беспалова и П.И. Пустина не менее трех раз в неделю обходили колхозников, проводя беседы и термометрию, выступали организаторами ремонта бань и колодцев. Силами общественных санитарных инспекторов с. Вязьма Земетчинского р-на установлен санитарный контроль за колхозными домами, отремонтированы колодцы, частично озеленены улицы¹.

Главным мероприятием, позволявшим предотвратить трансформацию зараженного организма в источник инфекции, являлась полная госпитализация больных острыми инфекциями и лиц с лихорадкой неясной этиологии (с третьего дня). С целью расширения возможностей для госпитализации в годы войны было проведено дополнительное развертывание сети постоянных и временных инфекционных коек. Это позволило увеличить долю инфекционных больных, направляемых на стационарное лечение (см. таблицу 25).

Таблица 25

Госпитализация больных по некоторым инфекционным заболеваниям в Пензенской области в 1942-1944 гг. (в процентах)²

Заболевание	Годы		
	1942	1943	1944
Брюшной тиф	89,3	90,2	99,8
Паратиф	95,6	97,7	100
Дизентерия	63,8	86,3	92,5
Сыпной тиф	94,3	99,1	99,4
Скарлатина	88,4	95,7	97,6
Дифтерия	84,3	96,0	98,5

Как видно из таблицы, по всем основным видам заболеваний наблюдался рост показателя госпитализации больных. С 1943 г. он опускался ниже 90% только по больным дизентерией.

¹ ГАПО. Ф. р-1370. Оп. 1. Д. 81. Л. 2.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 870. Л. 41.

² Составлено по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 42.; Там же. Д. 690. Л. 3.; Там же. Д. 1061. Л. 16.; ГАПО. Ф. р-568. Оп. 1. Д. 1131. Л. 34-34 об.

Вместе с тем, в этой работе имелся ряд недочетов. Госпитализация нередко проводилась с опозданием, что становилась причиной дальнейшего распространения инфекции. Подобные случаи зачастую были связаны со слишком поздним выявлением больных. Например, летом 1943 г. во время крупной вспышки брюшного тифа в г. Пензе часть больных была выявлена подворным обходом лишь на 11-16 день болезни, а в некоторых случаях даже на 20-25 день. Имелся и ряд других причин: затягивание или ошибки в постановке диагноза, поздняя пересылка экстренных извещений, отсутствие транспорта¹.

При обнаружении очага в нем также проводилась санитарная обработка, которую в основном осуществляли дезинфекционное бюро, дезинфекционные станции и эпидемические отряды не позднее 24 часов после госпитализации больных. Несмотря на рост количества стационарных и подвижных дезкамер, обработка нередко осуществлялась простейшими методами (утюгом, в русской печи, кипячение белья, влажная дезинфекция, распыление веником и т.п.). В случае надлежащего выполнения они были достаточно эффективными. Так, уроженец д. Мельситовка Нижнеломовского р-на Н.П. Иноземцев вспоминал следующий эпизод из работы дезслужб: *«В годы войны в деревне была вспышка тифа, умерла 18-летняя девушка. С Пензы привезли большой титан и в нем отпаривали одежду жителей, а всех детей в баню загнали мыться. Больше смертей не было»*².

Впрочем, имелись и противоположные случаи. Поскольку работа по дезинфекции очага требовала особой кропотливости и физических усилий, она часто выполнялась недобросовестно, вследствие чего, происходил дальнейший рост заболеваемости. При выявлении подобных ситуаций на медработников налагались служебные взыскания³.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 37, 38, 45.

² Иноземцев Николай Павлович (1937 г.р.), д. Мельситовка Нижнеломовского р-на Пензенской обл. // Материалы полевых исследований 2021-2022 гг., запись 2021 г.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 45.

Одним из методов борьбы с инфекциями, применявшимся в основном для профилактики и лечения дизентерии и брюшного тифа, было фагирование* больных или лиц с высоким риском заражения. Так, например, эпидемиологическим отделом ПИЭМа начиная с 1941 г. проводилась ежегодная фагопрофилактика детей против дизентерии, с 1944 г. фагирование всех контактных лиц (взрослых и детей) в очагах дизентерии¹.

В 1944 г. после налаживания собственного производства в Пензе началось применение брюшнотифозного бактериофага. Фагированием были охвачены все дети в яслях, детских садах, интернатах, а также дети, воспитывающиеся в семьях, по 11 улицам города. Проводилась выборочная фагопрофилактика рабочих заводов. Применение данного метода позволило несколько снизить показатели заболеваемости. Если в 1944 г. из числа контактных лиц брюшным тифом заболело 3,2%, то в 1945 г. только 1,3%².

Следует отметить, что при невозможности своевременной ликвидации очагов инфекции в районах области силами местных постоянных медико-санитарных учреждений, органами здравоохранения активно реализовывалась довоенная практика развертывания временных формирований – противоэпидемических отрядов и бригад, в состав которых могли входить работники облздравотдела, работники СЭС, ПИЭМа, учащиеся фельдшерско-акушерской и сестринских школ, представители общественного санитарного актива и др.³ Так, например, быстрой ликвидации повторно возникшей в феврале 1945 г. в с. Дубасово Вадинского района вспышки сыпного тифа, способствовала работа бригады из студентов Пензенской фельдшерско-акушерской школы (7-10 человек) во главе с доктором Булло. Всего же в феврале 1945 г. в составе противоэпидемических бригад в районы с повышенной заболеваемостью было

* Фагопрофилактика – предупреждение бактериальных инфекций с помощью специфических бактериофагов. Текст: электронный // Словари и энциклопедии на «Академике»: сайт. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/143774/Фагопрофилактика> (дата обращения: 05.07.2023).

¹ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 107.

² ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 93-94.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 41; Д. 870. Л. 3.

направлено 200 учащихся школы, а в июле того же года – еще 230 студентов в составе 33 бригад¹.

Кроме того, во все крупные очаги инфекций выезжали объединенные противоэпидемические отряды облздравотдела. Например, для борьбы со вспышкой сыпного тифа в с. Волынщино Бековского района в апреле-мае 1945 г. на место был откомандирован отряд в составе 3 врачей и 2 дезинструкторов. Отрядом проводились регулярные подворные обходы, тщательная дезинфекция очагов, обработка населения в передвижных дезинфекционных камерах, была налажена своевременная работа бань и госпитализация больных².

Таким образом, противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции, а также госпитализация инфекционных больных в годы войны рассматривались органами здравоохранения в качестве ведущего направления деятельности на их территории. Благодаря вовлечению в эту работу различных медико-санитарных учреждений, общественности, а также применению административного механизма и расширению специализированной коечной сети, удалось заметно повысить эффективность реализуемых мер.

Впрочем, предупредить распространение инфекций удавалось далеко не всегда. Об этом ярко свидетельствуют высокие показатели инфекционной заболеваемости по Пензенской области, которые представлены в приложении 15.

Одной из наиболее тяжелых инфекций являлся сыпной тиф. Из представленных данных видно, что самый значительный пик заболеваемости сыпным тифом по области пришелся на 1942 г., когда относительный показатель по сравнению с 1941 г. вырос в 8,5 раз. Далее в 1943 г. тиф становится менее распространенным, а в 1944-1945 гг. вновь происходит повышение цифр заболеваемости. Лишь в 1946 г. показатели приблизились к довоенным. Таким образом, налицо зависимость колебаний годовых показателей заболеваемости сыпным тифом от протекания миграционных процессов (эвакуации и реэвакуации). Очевидно, что резкое расширение резервуара инфекции за счет

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1048. Л. 63, 84.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1048. Л. 64-64 об.

прибывающего населения в купе с низким уровнем бытового обслуживания, прежде всего, недостаточной санитарной обработкой, обусловленной слабой работой банно-прачечного хозяйства, способствовали интенсивному и беспрепятственному распространению бациллоносителя (вшей) между индивидами. В этом отношении наиболее неблагоприятная обстановка сложилась в городах, где плотность проживания и частота контактов граждан была на много выше чем в сельской местности. Даже не смотря на то, что на города пришлась только примерно третья часть всех переболевших сыпным тифом за военные годы, относительная заболеваемость горожан значительно превосходила заболеваемость сельчан¹. Например, в Пензе в 1942 г. коэффициент заболеваемости в расчете на 10 тыс. человек превысил общеобластной показатель почти в 2 раза, составив 80,9 промилле².

Нельзя не отметить и того, что рост заболеваемости сыпным тифом на заключительном этапе войны был также спровоцирован организацией в Пензенской области нескольких госпиталей для военнопленных. Большинство пленных пребывали в область уже больными педикулезом или сыпным тифом, далее, через контактных работников госпиталей инфекция распространялась и среди местного населения³.

Иная этиология заболеваемости была характерна для кишечных инфекций – брюшного тифа и дизентерии. Здесь инфицирование населения происходило посредством передачи возбудителя болезни с пищевыми продуктами или, как было в большинстве случаев, с низкокачественной питьевой водой⁴.

В дальнейшем эпидемиологические особенности дают различную динамику движения заболеваний. Так, в силу повышения контактности населения в 1942-1944 гг. наблюдалось значительное повышение довоенных показателей заболеваемости брюшным тифом, пик которого пришелся на 1943 г. Наибольшее

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 690. Л. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1048. Л. 48.

³ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1048. Л. 44.

⁴ Забежинский Л.М. Эпидемиология тифо-паратифозных заболеваний в городе Пензе (за годы 1905–1951) : дис. ... д-ра мед. наук. Пенза, 1955. Л. 160.

распространение инфекция получила в городах, которые в пиковый год дали 84,4% всех случаев заболеваний¹. Катастрофическая ситуация сложилась в Пензе, где распространенность брюшного тифа в 1943 и 1944 гг. составила соответственно 96,7 и 72,1 промилле².

Реализуемые органами здравоохранения меры (иммунизация и частичное фагирование населения, санитарная очистка города и хлорирование воды, дезинфекция очагов и даже почти 100-процентная госпитализация больных) в совокупности имели лишь временный эффект, выразившийся в заметном снижении заболеваемости в областном центре в 1945 г., после чего в 1946 г. произошел новый скачок. Наступление эпидемиологического благополучия по брюшному тифу стало возможным лишь к началу 1950-х гг. благодаря постепенному улучшению работы городского водопроводного и очистного хозяйства, улучшению санитарного состояния города и дальнейшему развитию санитарно-эпидемического дела³.

Совершенно иначе обстояло дело с дизентерией. Так, данные, представленные в приложении 15, свидетельствуют о более чем 20-кратном снижении заболеваемости данной инфекцией за военные годы. Одной из причин такой положительной динамика стала успешная деятельность медико-санитарных органов, прежде всего, масштабная иммунизация населения, ежегодное профилактическое фагирование детей до 4-х лет, ранняя госпитализация больных и эффективная терапия (с 1941 г. для лечения применялся поливалентный дизентерийный бактериофаг, а затем сульфамиды)⁴. Кроме того, снижению заболеваемости в значительной мере способствовало уменьшение в структуре населения самого подверженного инфекционной заболеваемости контингента – детей раннего возраста, что, в свою очередь, являлось следствием снижения рождаемости.

¹ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 690. Л. 3.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 690. Л. 48 об.

³ Забежинский Л.М. Эпидемиология тифо-паратифозных заболеваний... Л. 183.

⁴ ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 116. Л. 75-76.

Несмотря на это, обстановка с заболеваемостью детскими инфекциями в годы войны оставалась весьма напряженной. Ключевую роль в ограничении развития этих заболеваний играли процессы естественной и искусственной иммунизации.

Если в случае с дифтерией, после вспышки 1942 г., вызванной прибытием эвакуированного контингента, в результате массовой иммунизации детей дошкольного возраста довольно эффективным дифтерийным анатоксином было достигнуто резкое и стойкое снижение заболеваемости, то в отношении других инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, (корь, скарлатина, коклюш) ситуация не была столь благоприятной.

В первую очередь это касалось кори, которая отличалась чрезвычайно высокой степенью восприимчивости населением (почти 100%). Как видно из приложения 15, динамика заболеваемости корью вполне отвечала естественному циклическому характеру движения инфекций дыхательных путей. Так, эпидемический подъем, пришедший на 1940-1941 гг., сменился снижением уровня заболеваемости в 1942-1943 гг. Это, вероятнее всего, объясняется, с одной стороны, увеличением слоя иммунизированного естественным путем населения после перенесения им болезни, с другой стороны, медленным приростом нового восприимчивого детского населения ввиду более чем 3-кратного снижения рождаемости в 1943 г. в сравнении с довоенным уровнем. К концу войны с повышением уровня рождаемости процесс накопления новых восприимчивых индивидов ускорился и привел к новому эпидемическому подъему, продолжавшемуся до 1947 г. включительно¹. Вследствие ограниченного объема и некачественного проведения профилактических мероприятий в районах области, недостаточной эффективности применяемой противокоревой сыворотки органы здравоохранения справиться с распространением инфекции не смогли².

¹ ГАПО. Ф. р-921. Оп. 7. Д. 140. Л. 5.

² Орлова Е.В. Материалы к характеристике заболеваемости корью по г. Пензе (1939-1943 гг.) Машинная рукопись. Л. 1 об. // ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 145.

Среди заболеваний дыхательных путей наиболее распространенным являлся грипп. Так, на протяжении военных лет абсолютные показатели заболеваемости измерялись десятками тысяч, а относительные показатели не снижались ниже 492 промилле. Подобные масштабы распространенности заболевания были обусловлены, во-первых, высокой степенью вирулентности и патогенности гриппа, во-вторых, кратковременностью приобретенного естественного иммунитета к инфекции (в среднем около 1 года) и, в-третьих, отсутствием специализированной вакцины. Вследствие этого переболевшие граждане сохраняли устойчивость к вирусу в течение лишь относительно короткого периода времени – не более 1 года, и по его окончании вновь пополняли неимунную восприимчивую прослойку населения.

В целом местные органы здравоохранения уделяли мало внимания борьбе с гриппом. Об этом, в том числе, свидетельствует наличие лишь единичных фрагментарных упоминаний о движении данной инфекции в эпидемиологических обзорах и делопроизводственной документации. Противоэпидемические мероприятия сводились в основном к проведению амбулаторного и, при развитии тяжелых симптомов, стационарного лечения.

Среди хронических инфекций наибольшую опасность для населения представлял туберкулез. Как видно из приложения 15, в течение 1940-1944 гг. количество лиц, состоящих на учете по туберкулезу, увеличилось в 5 раз (с 1 780 до 9 058 чел.). Столь активная динамика пополнения прослойки больных туберкулезом была вызвана не только ростом числа местных случаев заболевания вследствие активизации источника инфекции и негативного влияния социальных факторов, но и массовым прибытием больных в ходе эвакуации. Организация борьбы с туберкулезом была одной из важнейших проблем. Однако, несмотря на реализацию мероприятий по профилактике туберкулеза и расширение лечебно-профилактической сети, даже после реэвакуации части больного контингента, масштабы распространения заболевания, по-прежнему, значительно превышали довоенные.

Определенный прогресс был достигнут медико-санитарными органами в вопросе ликвидации малярийной угрозы, сохранявшей свою актуальность в Пензенском крае еще с XIX века. К началу войны в области уже была создана относительно развитая противомаларийная сеть, которая насчитывала 29 малярийных станций и пунктов¹. Спектр мероприятий, проводимых непосредственно работниками противоэпидемических учреждений или под их руководством, был весьма широк. Он был рассчитан, главным образом, на разрыв механизма передачи инфекции, т.е. борьбу с малярийным комаром путем проведения гидротехнических работ (осушение болот, засыпка ям, очистка водоемов и водостоков, углубление береговой линии) и обработки водоемов (опыления химикатами, нефтевание); а также на обезвреживание источника инфекции посредством выявления и лечения больных достаточно эффективными препаратами (акрихин и хинин)². Направленные усилия дали заметные результаты: к 1945 г. по сравнению с довоенным уровнем абсолютная и относительная заболеваемость малярией по области была снижена более чем в 2 раза.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация в Пензенской области в течение военного периода оставалась достаточно сложной. Особенно остро эпидемическая угроза стояла в 1942-1943 гг., когда рост заболеваемости сыпным и брюшным тифом приобрел «взрывоопасный» характер. Большие цифры заболеваемости в эти годы давали и другие инфекции: грипп, туберкулез, малярия, дифтерия.

В условиях подъема заболеваемости важнейшее значение приобрела организация своевременного и качественного лечения инфекционных больных. О некоторых успехах, достигнутых к концу войны органами здравоохранения в данном направлении, говорит снижение показателей летальности. Если в 1943 г. в отношении лиц, поступивших на постоянные инфекционные койки, летальные

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 600. Л. 6.

² ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1048. Л. 76-76 об.

исходы лечения наблюдались в 6,4% случаев, то в 1945 г. летальность составила лишь 2,8%¹.

Нельзя не отметить, что изменение социальных условий в годы войны обусловили значительные сдвиги в развитии народонаселения, в том числе в его смертности. В целом для динамики количественных показателей смертности населения Пензенской области было характерно наличие двух этапов. Если, в 1941-1942 гг. уровень смертности увеличился на 4,7% (с 31 693 чел. в 1940 до 33 156 чел. в 1941 г. и 33 178 чел. в 1942 г.), то в течение последующих военных лет показатели снизились на 60%, достигнув в 1945 г. отметки в 13 312 чел.².

Подобное изменение тренда смертности, прежде всего, было предопределено снижением в возрастной структуре доли детей в возрасте до 1 года. Если, в 1940 г. на данную категорию приходилось 34,7% смертельных случаев, то в 1945 г. только 10,6%³. Понижение детской смертности стало следствием влияния целого комплекса факторов: разряжения детской среды за счет резкого снижения рождаемости, заметного улучшения в деле лечебно-профилактического обслуживания детей (расширение сети консультаций, усиление патронажной работы, развитие ясельной сети), внедрения в лечебную практику новых лекарственных препаратов, главным образом, сульфаниламидов⁴. На положительное воздействие двух последних факторов напрямую указывает изменение коэффициента младенческой смертности в расчете на 1000 родившихся, который в течение 1943-1945 гг. сократился с 208 до 64, составив при этом 35% от уровня 1940 г.⁵

Неизбежно трансформировалась и структура причин смерти. При отсутствии соответствующей статистики по сельским и городским поселениям примерное представление об основных причинах смертности населения региона

¹ ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 946. Л. 3.; Там же. Д. 1336. Л. 3. В отчетах статистика (показатели) летальности фиксировались лишь с 1943 г.

² РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 396. Л. 5; Там же. Д. 545. Л. 5; Там же. Д. 797. Л. 5; Там же. Д. 1015. Л. 6; Там же. Д. 1457. Л. 7; Там же. Д. 1883. Л. 7.

³ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 396. Л. 5; Там же. Д. 1883. Л. 7.

⁴ ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 137. Л. 13.

⁵ Рассчитано автором по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д.396. Л.5; Там же. Д. 1015.Л. 6.;Там же. Д. 1883. Л.7.

позволяют получить имеющиеся сведения по г. Пензе за 1940-1945 гг. (см. приложение 16).

В целом в структуре причин смертности был намечен постепенный переход (особенно после 1942 г.) от экзогенных к эндогенным причинам (т.н. «эпидемиологический переход»)*. Так, одной из ключевых тенденций стало уменьшение доли умерших от желудочно-кишечных инфекций (брюшной тиф, паратиф, дизентерия, гемоколит, токсическая диспепсия, острый гастроэнтероколит) и воспаления легких (вероятно, вследствие применения сульфидина). Если в 1940 г. от этих заболеваний умерло 965 чел. (23,1%) и 474 чел.(11,4%), то в 1945 г. лишь 185 (7,4%) и 204 (8,1%) соответственно. Наиболее неблагоприятным по этим заболеваниям стал 1942 г., когда были отмечены максимальные абсолютные показатели смертности.

Схожая динамика была характерна для детских инфекций (корь, скарлатина, коклюш, дифтерия) и гриппа. Если в 1941 г. на них в совокупности приходилось 9,8% смертей, то в 1945 г. лишь 2%.

Несмотря на высокие показатели заболеваемости сыпным тифом и малярией, смертность от них была небольшой. Так, даже в 1942 г. удельный вес этих инфекций в структуре смертности составил только около 3%.

Между тем, подобные изменения происходили на фоне сохраняющегося сильного влияния экзогенных факторов. Так, в иерархии причин смертности одно из ведущих мест продолжал занимать туберкулез, в первую очередь, туберкулез органов дыхания, который был тесным образом связан с условиями быта, труда, качеством питания. Несмотря на снижение абсолютных показателей смертности от туберкулеза после 1943 г., его процентная доля среди причин смертности к концу войны достигла максимального значения – 19%. Преимущественно

* Экзогенные причины смерти – группа причин смерти, связанных с внешним воздействием на организм человека (например, острые инфекционные и желудочно-кишечные заболевания, заболевания органов дыхания, травмы и др.).

Эндогенные причины смерти – группа причин смерти, обусловленных внутренним развитием и старением самого организма (например, наследственные болезни, врожденные пороки, болезни кровообращения, сердечно-сосудистые заболевания и др.).

экзогенную этиологию имели раковые заболевания, которые в военные годы давали от 2,6% до 3,6% смертельных исходов.

Одновременно в течение войны наблюдается увеличение количества и удельного веса смертей от болезней сердца. Более того, в 1943 и 1944 гг., давая 24,1% и 30,1% смертей соответственно, они ощутимо превалировали над другими причинами.

Таким образом, степень эффективности деятельности системы здравоохранения в борьбе с отдельными заболеваниями была различной. Отсутствие у медико-санитарных органов объективной возможности ликвидировать эпидемическую угрозу (в силу высокой интенсивности протекания эпидемического процесса, общего упадка коммунального хозяйства и ограниченных ресурсов) посредством реализации мер надзорного и профилактического характера вынуждало их сосредотачиваться на борьбе с уже возникшими заболеваниями и предотвращении их дальнейшего распространения. Оперативное проведение мероприятий в очагах инфекций и постепенное доведение доли госпитализируемых больных основными инфекциями до 90% и выше позволило заметно снизить степень негативного воздействия социальных факторов на эпидемиологическую ситуацию и избежать перерастания эпидемий в пандемию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье населения – важнейший компонент человеческого капитала, на состояние которого оказывает влияние целый комплекс факторов, в том числе доступность и качество медицинских услуг, оказываемых системой здравоохранения. Развитие и эффективность деятельности здравоохранения Пензенской области в 1941-1945 гг. определялись, с одной стороны, спецификой исторического развития региона, с другой, конкретно-историческими обстоятельствами и соответствующими им актуальными государственными задачами, порожденными Великой Отечественной войной.

С началом войны сохранение здоровья граждан перестало быть исключительно ведомственной задачей и приобрело общегосударственный оборонный характер. Усилия местных органов здравоохранения были перенаправлены на организацию деятельности по восстановлению в строй раненых и больных бойцов Красной Армии, обеспечению медобслуживания рабочих оборонных предприятий, сохранению санитарно-эпидемиологического благополучия региона в условиях массовой эвакуации.

Масштабные миграционные процессы значительно повысили контактность населения, еще больше обострили имеющуюся жилищную проблему и привели к росту эпидемической заболеваемости. Не меньшее влияние на здоровье населения и работу медико-санитарных учреждений оказывало резкое падение общего уровня жизни населения (дефицит топлива, товаров широкого потребления, продуктов питания), неудовлетворительное состояние коммунального хозяйства (низкое качество воды, отсутствие канализации, недостаточная санитарная очистка населенных мест, слабое банно-прачечное обслуживание), возросшие физические и морально-психологические нагрузки. Распространению инфекционных заболеваний также благоприятствовал недостаточный уровень развития санитарно-гигиенических знаний и навыков населения.

Вместе с тем исходным моментом развития системы здравоохранения Пензенской области в рассматриваемый период выступил очевидный недостаток

ресурсов для решения задач военного времени. В первую очередь это следует связывать с низкими стартовыми показателями развития отрасли на момент создания Пензенской области. Так, сеть лечебных учреждений г. Пензы удовлетворяла потребностям одного из райцентров Тамбовской области, но после получения статуса областного центра в 1939 г. ситуация коренным образом изменилась. Конечно, решить все накопившиеся проблемы в одночасье не представлялось возможным. В итоге к июню 1941 г. система охраны здоровья населения Пензенской области серьезно отставала от среднесоюзных и среднереспубликанских показателей, как по уровню обеспеченности населения больничной (коечной) помощью, так и по показателю обеспеченности врачебными кадрами. Недоставало слаженности и управленческому механизму, сформированному с образованием области. По большому счету, становление многих элементов региональной системы здравоохранения (например, санитарно-эпидемиологических органов) происходило уже в ходе войны.

Проведенный анализ позволяет говорить о том, что, несмотря на необходимость решения ряда оборонных задач, глубокой структурной реконструкции довоенной модели управления здравоохранением не произошло. Основные нововведения осуществлялись в 1941-1942 гг. путем расширения старых управленческих структур, создания новых чрезвычайных органов, а также усиления взаимодействия с партийными и советскими органами, организации общественной помощи на наиболее сложных участках работы. Вместе с тем созданная система не была лишена изъянов, не раз приводивших к неразберихе и конфликтам между местными управленческими органами.

Серьезные трудности в оказании медицинской помощи создавал постоянный дефицит кадров, прежде всего врачебных. Особенно остро на состоянии кадровой проблемы отражалась мобилизация медиков в действующую армию и на работу в эвакогоспитали, а также межведомственная передача эвакогоспиталей с их последующей передислокацией вместе с персоналом. Несмотря на реализацию комплекса мер, направленных на ускоренную подготовку и перепрофилирование медперсонала, а также прибытие в регион

значительного числа эвакуированных специалистов, полностью решить проблему кадровой укомплектованности не удалось, как по гражданским учреждениям, так и по эвакогоспиталям. В результате реэвакуации и одновременного расширения штатов медучреждений кадровая ситуация снова ухудшилась. Стремясь снизить остроту кадровой проблемы, а также в погоне за выполнением планов по расширению штатов учреждений, управленческие органы прибегали к наиболее простому решению – расширению совместительства врачебных ставок и ставок среднего медперсонала. Подобная мера, с одной стороны, все же давала ожидаемый временный эффект и в сложившихся условиях была достаточно рациональным шагом, однако, с другой стороны, несомненно вела к перегруженности медицинских работников и снижению качества оказываемой ими помощи.

Прямое влияние на деятельность гражданских учреждений и эвакогоспиталей оказывал уровень финансового и материально-хозяйственного обеспечения. В отличие от союзного бюджета, для которого было характерно первоначальное сокращение и последующее наращивание абсолютных затрат на здравоохранение, общим трендом в динамике бюджетных ассигнований, выделяемых на здравоохранение Пензенской области в годы войны, был их постоянный рост. Важнейшей статьёй расходов государственного бюджета являлось финансирование эвакогоспиталей, которое совпадало с динамикой развертывания их сети и до 1943 г. возлагалось на местные бюджеты.

В то же время общий рост абсолютных показателей бюджетных затрат на здравоохранение региона сопровождался сокращением удельного веса расходов на содержание и развитие материально-хозяйственной базы. Это обстоятельство вкупе с объективными проблемами снабженческого характера обусловило значительные трудности, испытываемые гражданскими лечебными учреждениями и эвакогоспиталями в вопросах обеспеченности помещениями, одеждой, постельным бельем, предметами мебели, оборудованием, лекарствами, топливом, транспортом, продовольствием и пр. Огромное значение в преодолении этих трудностей имела деятельность местных государственных и партийных органов,

комитетов помощи раненым, шефствующих над госпиталями предприятий и учреждений, а также рядовых граждан.

В условиях ограниченных кадровых и материально-хозяйственных возможностей основополагающим фактором преодоления вызовов военного времени стал государственный и мобилизационный характер советского здравоохранения. За счет применения централизованного административного регулирования, а также методов агитационного воздействия, мобилизационная модель здравоохранения не только давала возможность оперативно и утилитарно распределять имеющиеся ресурсы в пользу наиболее значимых сегментов отрасли и извлекать из них максимальную пользу, но и привлекать к решению актуальных оборонных задач широкую общественность.

Функционирование данных механизмов на начальном этапе войны, с одной стороны, создало условия для формирования в Пензенской области крупной тыловой госпитальной базы, обеспечило рост числа медицинских учреждений на промышленных предприятиях и сети противозидемических учреждений, а с другой стороны, позволило избежать развала гражданской лечебной сети и сохранить ее на довоенном уровне. С 1943 г. стала четко обозначаться тенденция к росту сети учреждений гражданского здравоохранения и развитию отдельных специализированных видов медицинской помощи. Она была подкреплена дальнейшим ростом бюджетных ассигнований, переносом нагрузки по финансированию сети эвакогоспиталей с местного на республиканский бюджет и стабилизацией госпитальной базы с 1944 г.

Ежегодно улучшая постановку лечебной работы, персонал пензенских эвакогоспиталей спасал жизни десяткам тысяч советских солдат. Общим итогом деятельности местной госпитальной базы стали довольно высокие показатели восстановления раненых, которые не только не уступали, но и превосходили аналогичные показатели ряда соседних регионов, более развитых в медицинском отношении.

Несмотря на то, что в силу негативного влияния факторов социальной среды органы здравоохранения не могли полностью ликвидировать

эпидемическую угрозу, в тяжелейших условиях им удалось добиться качественных сдвигов в медико-санитарном обслуживании, обусловивших позитивные изменения заболеваемости и смертности населения. Одним из наиболее чувствительных индикаторов начала этих процессов стало снижение коэффициента младенческой смертности. Кроме того, в годы войны при сохранении крайне низкого уровня жизни населения и значительного распространения инфекционных заболеваний начался постепенный эпидемиологический переход, который также был невозможен без изменения медицинских детерминант. В полную силу этот процесс развернулся уже после войны, когда тенденция к стойкому улучшению эпидемиологической ситуации стала прослеживаться более отчетливо.

Вместе с тем следует также охарактеризовать существенные издержки развития здравоохранения Пензенской области в изучаемый период.

Во-первых, развитие сети медицинских учреждений по-прежнему не обеспечивало реальных потребностей населения региона, отставало от средних показателей по стране и по большей мере носило экстенсивный характер, поскольку не подкреплялось соответствующим качественным улучшением кадровой ситуации и материально-хозяйственной базы.

Во-вторых, рост относительных показателей обеспеченности населения стационарной помощью к концу войны (больничными койками) по сравнению с довоенным уровнем был связан не только с расширением коечной сети, но и постепенным оттоком эвакуированного населения и снижением рождаемости; кроме того, он сопровождался заметным сокращением числа фактически поступивших больных.

В-третьих, расширение объемов оказываемой амбулаторной помощи достигалось не столько за счет расширения амбулаторно-поликлинической сети, сколько за счет увеличения нагрузки на медицинский персонал.

В-четвертых, применение дифференцированного подхода к оказанию медицинской помощи различным слоям населения негативно отразилось на качестве жизни сельского населения. Во многих населенных пунктах в силу

элементарного отсутствия медицинских учреждений или большого расстояния до них, кадрового дефицита, отсутствия транспорта и других факторов, получение жителями даже первичной медицинской помощи было сопряжено с большими трудностями. Имеющийся еще в предвоенный период разрыв между городским и сельским населением в уровне обеспеченности стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью к концу войны еще больше увеличился. О начале реализации на практике принципа общедоступности медицинской помощи уместно говорить лишь применительно к 1950-м гг.

Вместе с тем проблемы развития пензенского здравоохранения в период войны не могут умалить его несомненных достижений. Даже в условиях острого дефицита ресурсов система здравоохранения смогла дать достойный ответ на военные и эпидемиологические угрозы и вызовы. Благодаря ее государственному и мобилизационному характеру, самоотверженному труду медиков и широкой помощи со стороны населения удалось в короткие сроки выстроить достаточно эффективную систему восстановления раненых воинов, предотвратить масштабные эпидемии, избежать дезорганизации тыла и не допустить остановки бесперебойного выпуска оборонной и сельскохозяйственной продукции для нужд фронта. Тем самым здравоохранение стало одним из важнейшим факторов Победы советского народа в Великой Отечественной войне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

I. ИСТОЧНИКИ

1. Неопубликованные материалы

1.1. Архивные документы

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ)

1. Ф. Р-8009. Министерство здравоохранения СССР (1936-1991 гг.). Оп. 6. Д. 167, 600, 787, 946, 1096, 1336; Оп. 21. Д. 219.
2. Ф. Р-9226. Главная государственная санитарная инспекция при Министерстве здравоохранения СССР (1935-1963). Оп. 1. Д. 636.
3. Ф. Р-9501. Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР (1923-1992 гг.). Оп. 2. Д. 1018.

Российский государственный архив экономики (РГАЭ)

4. Ф. 1562. Государственный комитет СССР по статистике (1918-1991 гг.) Оп. 329. Д. 396, 545, 797, 1015, 1457, 1883.

Государственный архив Пензенской области (ГАПО)

5. Ф. п-37. Пензенский городской комитет партии (1918-1921, 1929-1991 гг.) Оп. 1. Д. 744, 908, 970.
6. Ф. п-148. Пензенский обком ВКП (б)-КПСС (1938-1991 гг.) Оп. 1. Д. 283, 324, 664, 763, 770, 853, 860, 970, 977, 1092, 1288, 1198.
7. Ф. п-274. Пензенский городской комитет партии (1928-1991 гг.). Оп. 1. Д. 124.
8. Ф. п-1791. Первичная партийная организация Николо-Пестровского эвакогоспиталя № 4488 (1941-1945). Оп. 1. Д. 1.
9. Ф. р-58. Пензенское медицинское училище №1. (1918-1985 гг.). Оп. 1. Д. 53.
10. Ф. р-341. Государственное коммерческо-производное предприятие «Фармация», г. Пенза (1924-1992 гг.). Оп. 1. Д. 88.

11. Ф. р-568. Уполномоченный Госплана при СНК СССР по Пензенской области (1942-1949 гг.) Оп. 1. Д. 1131.
12. Ф. р-921. Пензенское областное управление статистики (1926-1987 гг.) Оп. 7. Д. 140.
13. Ф. р-1093. Двухгодичная школа медицинских сестер при Пензенской областной больнице (1921-1943 гг.). Оп. 1. Д. 12, 16.
14. Ф. р-1197. Пензенский областной научно-исследовательский санитарно-бактериологический институт им. И.И. Мечникова (1921-1952 гг.). Оп. 1. Д. 106, 116, 137, 140, 145, 154, 207.
15. Ф. р-1258. Отдел здравоохранения Пензенского горисполкома (Горздравотдел) (1928-1930, 1935, 1938-1992 гг.). Оп. 1. Д. 7а.
16. Ф. р-1320. Отдел здравоохранения Пензенского облисполкома (Облздравотдел) (1936-1984 гг.). Оп. 1. Д. 10а, 45, 142, 170, 180, 191, 255, 265, 274, 274а, 283, 285, 287, 289, 290, 323, 365, 412, 428, 449, 451, 455, 460, 461, 476, 477, 478, 495, 514, 517, 571, 573, 664, 684, 685, 690, 718, 769, 772, 774, 788, 801, 805, 852, 854, 856, 870, 886, 889, 890, 891, 892, 893, 895, 896, 897, 900, 905, 913, 919, 920, 962, 987, 988, 1020, 1037, 1061.
17. Ф. р-1370. Пензенское областное противозидемическое управление (1938-1945 гг.). Оп. 1. Д. 81.
18. Ф. р-1371. Пензенская областная государственная санитарная инспекция (1938-1945 гг.). Оп. 1. Д. 50.
19. Ф. р-1882. Финансовое управление Пензенского облисполкома (1936-1985 гг.). Оп. 1. Д. 512, 746, 977а, 1019, 1152, 1297.
20. Ф. р-2038. Исполнительный комитет Пензенского областного Совета народных депутатов (Облисполком) (1932-1991 гг.). Оп. 1. Д. 435 б, 496,
21. Ф. р-2097. Военный прокурор войск МВД по Пензенской области (1941-1953 гг.) Оп. 1. Д. 5.
22. Ф. р-2207. Отдел коммунального хозяйства Пензенского облисполкома (Облкомхоз) (1939-1988 гг.). Оп. 1. Д. 16.

23. Ф. р-2367. Пензенский областной комитет профсоюза медицинских работников (1939-1969 гг.). Оп. 1. Д. 17, 19, 21.
24. Ф. р-2374. Забежинский Лев Моисеевич, профессор, доктор медицинских наук (1917-1970 гг.). Оп. 1. Д. 4.
25. Ф. р-2377. Плановая комиссия Пензенского облисполкома (Облплан) (1935-1976 гг.). Оп. 1. Д. 63.
26. Ф. р-2378. Коллекция рукописных, печатных и иллюстративных материалов по истории Пензы и Пензенского края (1880-2000 гг.). Оп. 4. Д. 35, 217; Оп. 7. Д. 11.
27. Ф. р-2413. Отдел хозяйственного устройства эвакуированного населения Пензенского облисполкома (1941-1947 гг.) Оп. 1. Д. 1, 11, 12, 15.
28. Ф. р-2420. Пензенская городская инфекционная больница (1936-1978 гг.). Оп. 1. Д. 3.

Материалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области»

29. Отчет Государственной санитарной инспекции по Пензенской области за 1945 г.
30. Отчет Государственной санитарной инспекции по Пензенской области за 1946 г.

1.2. Устные источники

31. Материалы полевых исследований автора (2021-2022 гг.).

2. Опубликованные документы

2.1. Нормативные правовые акты

32. О внедрении трудотерапии в практику лечебной работы эвакуогоспиталей: Приказ Наркомздрава СССР от 03.08.1944 № 275. – Текст: непосредственный // *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 429-430.*
33. О Всесоюзной государственной санитарной инспекции (Положение): Постановление СНК СССР от 26.07.1935. – Текст: непосредственный //

- Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940: сборник документов и материалов / Редкол.: М.И. Барсуков и др. – Москва: Медицина, 1973. – С. 235-238.
34. О выделении земель для подсобных хозяйств и под огороды рабочих и служащих: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 07.04.1942 № 444. – Текст: непосредственный // Законодательные и административно-правовые акты военного времени. 22 марта 1942 г.-1 мая 1943 г. – Москва: Юридическое издательство НКЮ СССР, 1943. – С. 143.
35. О замещении врачами сельских врачебных участков и о создании нормальных бытовых и рабочих условий для врачей, направляемых на село: Приказ НКЗ СССР от 06.11.1941 г. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 56.
36. О мерах по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной армии: Постановление ГКО от 02.02. 1942 № 1234с. – Текст: непосредственный // Филоненко, С.И. Война на воронежской земле. 1942-1943 гг. в документах Красной Армии, вермахта и войск сателлитов: В 5 т. Т. 4 / С. И. Филоненко – Воронеж: Кватра, 2018. – С. 48-49.
37. О мероприятиях по борьбе с туберкулезом: Приказ НКЗ СССР от 12.01. 1943. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 244-246.
38. О мероприятиях по укреплению сельских врачебных участков: Приказ НКЗ СССР от 28.06.1944 г. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 419-421.
39. О мероприятиях по улучшению работы органов НКЗ СССР и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей: Постановление СНК СССР от 27.10.1942. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны

- 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 198-200.
40. О мобилизации всех сил и средств на разгром фашистских захватчиков: Директива СНК СССР и ЦК ВКП (б) партийным и советским организациям прифронтовых областей от 29.07.1941 № П509. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 29.
41. О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение): Декрет СНК РСФСР от 18.07.1918. – Текст: непосредственный // Собрание узаконений и распоряжений правительства за 1917-1918 гг. Управление делами Совнаркома СССР. – Москва: Б. и., 1942. – С. 688-689.
42. О передаче эвакогоспиталей в тыловых районах страны в подчинение НКЗ СССР: Приказ Наркомздрава СССР и Народного комиссариата Обороны СССР от 30.09.1941. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 49-51.
43. О перестройке всей работы на военный лад: Постановление бюро Пензенского обкома ВКП (б) от 01.07. 1941 № 143. – Текст: непосредственный // Пензенский край, 1917-1977 гг.: Документы и материалы. – Саратов: Приволжское книжное издательство: Пензенское отделение, 1982. – С. 166-167.
44. О повышении для колхозников обязательного минимума трудодней: Постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) от 13.04.1942 № 508. – Текст: электронный // Викитека: сайт. – URL: [https://ru.wikisource.org/wiki/Постановление_СНК_СССР_и_ЦК_ВКП\(б\)_от_13.04.1942_№_508](https://ru.wikisource.org/wiki/Постановление_СНК_СССР_и_ЦК_ВКП(б)_от_13.04.1942_№_508) (дата обращения: 17.05.2023).
45. О Положении и структуре Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР: Постановление СНК СССР от 03.10.1938 // Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР.

- 1925-1940: сборник документов и материалов – Текст: непосредственный / Редкол.: М.И. Барсуков и др. – Москва: Медицина, 1973. – С. 281-286.
46. О порядке руководства эвакуационными госпиталями Наркомздрава СССР и наркомздравов союзных республик: Циркуляр Наркомздрава СССР и Санитарного управления РККА от 19.07.1941. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 29.
47. О присвоении почетного звания Российской Федерации «Город трудовой доблести»: Указ Президента Российской Федерации от 20.05.2021 г. № 304. – Текст: электронный // Президент России: сайт. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/46788> (дата обращения: 10.05.2023).
48. О противоэпидемической работе городских поликлиники и амбулаторий и укреплении участковой системы медицинского обслуживания гражданского населения: Приказ Наркомздрава СССР от 22.05. 1942. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 149.
49. О реорганизации народного комиссариата здравоохранения РСФСР: Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 01.09.1935. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940: сборник документов и материалов – Текст: непосредственный / Редкол.: М.И. Барсуков и др. – Москва: Медицина, 1973. – С. 238-240.
50. О реорганизации органов политической пропаганды и введении института политических комиссаров в РККА: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16.07.1941. – Текст: электронный // LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик: сайт. – 2011. – URL: https://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4329.htm (дата обращения: 07.02.2023).

51. О руководстве эвакогоспиталями: Приказ Наркомздрава СССР от 30. 06. 1941. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 37.
52. О структуре Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР: Постановление СНК РСФСР от 19.05.1940 № 374. – Текст: непосредственный // Собрание постановлений и распоряжений правительства РСФСР. – 1940. – № 10. – Ст. 43.
53. О частичном изменении структуры и штата Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР: Постановление СНК РСФСР от 21.05. 1941 № 345. – Текст: непосредственный // Собрание постановлений и распоряжений правительства РСФСР. – 1941. – № 6. – Ст. 32.
54. Об использовании в госпиталях средств физического лечения больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии: Приказ Наркомздрава СССР и Главного военно-санитарного управления Красной армии от 12.01. 1942 № 19. – Текст: непосредственный // Советское здравоохранение. – 1942. – № 1-2. – С. 61.
55. Об образовании Народного Комиссариата Здравоохранения Союза ССР: Постановление ЦИК СССР № 68, СНК СССР № 1298 от 20.07.1936. – Текст: непосредственный // Собрание законов СССР. – 1936. – № 40. – Ст. 337.
56. Об образовании Управления эвакогоспиталей в составе наркомздравов союзных республик и в составе обл(край)здравотделов: Приказ Наркомздрава СССР от 08.10.1941. – Текст: непосредственный // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 52-53.
57. Об организации Всесоюзного комитета помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной армии: Постановление Секретариата ЦК ВПК (б) от 06.10.1941 (Утверждено Политбюро ЦК ВКП (б) от 08.10.1941 г.). – Текст: непосредственный // В штабах Победы. 1941-1945: Документы в 5 кн. Кн. 1. 1941. «Вставай старна огромная» / Отв. ред. А.К. Сорокин. – Москва: Научно-политическая книга, 2020. – С. 424.

58. Об организации государственной санитарной инспекции: Постановление ЦИК и СНК СССР от 23.12.1933. – Текст: непосредственный // *Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940: сборник документов и материалов / Редкол.: М.И. Барсуков и др. – Москва: Медицина, 1973. –С. 200-201.*
59. Об организационной структуре Народного Комиссариата Здравоохранения СССР: Постановление СНК СССР от 01.07.1940 № 1117. – Текст: непосредственный // *Собрание постановлений правительства СССР. – 1940. – № 19. – Ст. 468.*
60. Об улучшении медицинского обслуживания населения: Постановление СНК РСФСР от 03.03. 1944 г. № 117. – Текст: электронный // *LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик: сайт. – 2011. – URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4480.htm (дата обращения: 07.02.2023).*
61. Об улучшении медицинского обслуживания раненных и больных бойцов и командиров Красной Армии: Постановление ГКО СССР от 22.09.1941 № 701сс. – Текст: непосредственный // *В штабах Победы. 1941-1945: Документы в 5 кн. Кн. 1. 1941. «Вставай старна огромная» / Отв. ред. А.К. Сорокин. – Москва: Научно-политическая книга, 2020. – С. 398-400.*
62. Об улучшении медобслуживания рабочих предприятий оборонной промышленности: Приказ Наркомздрава СССР от 12.11.1941. – Текст: непосредственный // *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945: сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – С. 58-59.*
63. Об установлении полного единоначалия и упразднения военных комиссаров в Красной Армии: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 09.10.1942 – Текст: непосредственный // *Сборник законов СССР и указов Президиума Верховного Совета СССР. 1938 г. – июль 1956 г. / Сост.: М.И. Юмашев, Б.А. Жалейко – Москва: Государственное издательство юридической литературы, 1956.– С.200-201.*
64. Об утверждении Положения и структуры Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР и Положения о краевом (областном) отделе

- здравоохранения: Постановление СНК РСФСР от 19.03.1939 № 117. – Текст: непосредственный // Собрание постановлений и распоряжений правительства РСФСР. – 1939. – № 6. – Ст. 16.
65. Об утверждении Положения о военнопленных: Постановление СНК СССР от 01.07.1941 № 1798-800с. – Текст: электронный // Электронная библиотека исторических документов: официальный сайт. – URL: <http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/170806-postanovlenie-snk-sssr-> (дата обращения: 08.09.2022).
66. Об утверждении Положения о Народном комиссариате здравоохранения РСФСР: Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 28.03.1927 – Текст: электронный // LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик: сайт. – 2011. – URL: https://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_3241.htm (дата обращения: 08.09.2022).
67. Об утверждении Положения об эвакуационном пункте по эвакуации гражданского населения из прифронтовой полосы: Постановление СНК СССР от 05.07.1941 № 1823-816сс – Текст: электронный // Президентская библиотека им. Б.Н. Ельцина: официальный сайт. – URL: <https://www.prlib.ru/item/1348724> (дата обращения: 11.06.2023).
68. Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения: Декрет СНК РСФСР от 11.07.1918. – Текст: непосредственный // Известия. – 1918. – № 173. – 14 августа.
69. Устав Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Советских Социалистических Республик: Утвержден Постановлением СНК СССР от 22.02.1941. – Текст: непосредственный // Собрание постановлений правительства СССР. – 1941. – № 7. – Ст. 123.

3. Периодическая печать

70. Правда: орган ЦК ВКП (б). – Москва, 1941-1945. – Текст: непосредственный.
71. Советское здравоохранение: ежемесячный журнал Министерства здравоохранения СССР. – Москва, 1942-1945. – Текст: непосредственный.

72. Сталинское знамя: орган Пензенского обкома и горкома ВКП (б) и областного совета депутатов трудящихся. – Пенза, 1941-1945. – Текст: непосредственный.

4. Сборники документов, статистические сборники, справочные издания

73. **В штабах Победы. 1941-1945: Документы в 5 кн.** Кн. 1. 1941. «Вставай старна огромная» / Отв. ред. А.К. Сорокин. – Москва: Научно-политическая книга, 2020. – 576 с. – ISBN 978-5-906594-17-4, 978-5-906594-34-1. – Текст: непосредственный.

74. **Государственный бюджет СССР: Статистический сборник:** в 2 ч. Ч. II. 1938-1950 гг. / под общ. ред. А.В. Бачурина. – Москва: Министерство финансов СССР, 1955. – 176 с. – Текст: непосредственный.

75. **Законодательные и административно-правовые акты военного времени. 22 марта 1942 г.-1 мая 1943 г.** – Москва: Юридическое издательство НКЮ СССР, 1943. – 296 с. – Текст: непосредственный.

76. **Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940:** сборник документов и материалов / Редкол.: М.И. Барсуков и др. – Москва: Медицина, 1973. – 327 с. – Текст: непосредственный.

77. **Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945:** сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова, Д.Д. Кувшинского. – Москва: Медицина, 1977. – 575 с. – Текст: непосредственный.

78. **Пензенская область за сорок лет Советской власти. 1917-1957.** – Пенза: Пензенское книжное издательство, 1957. – 544 с. – Текст: непосредственный.

79. **Пензенский край, 1917-1977 гг.:** Документы и материалы. – Саратов: Приволжское книжное издательство: Пензенское отделение, 1982. – 304 с. – Текст: непосредственный.

80. **Пензенская энциклопедия: 80-летию Пензенской области посвящается:** в 2 т. / редсовет: О.В. Ягов (предс.) и др.; гл. ред. А.Ю. Казаков. – 2-е изд., уточ.

- и доп. Т. 2.: Н-Я. – Пенза: Областной издательский центр, 2019. – 811 с. – ISBN 978-5-906589-16-3. – Текст: непосредственный.
81. **Сборник законов СССР и указов Президиума Верховного Совета СССР. 1938 г. – июль 1956 г.** / Сост.: М. И. Юмашев, Б. А. Жалейко. – Москва: Государственное издательство юридической литературы, 1956. – 500 с. – Текст: непосредственный.
82. **Справочник по административно-территориальному делению Пензенского края 1663-1991 гг.:** / Сост.: Т. Б. Яковлева, В. С. Годин. – Пенза: Б. и., 2003. – 537 с. – Текст: непосредственный.
83. **Филоненко, С.И.** Война на воронежской земле. 1942-1943 гг. в документах Красной Армии, вермахта и войск сателлитов: В 5 т. Т. 4 / С. И. Филоненко – Воронеж: Кватра, 2018. – 413 с. – ISBN 978-5-89609-317-6. – Текст: непосредственный.

5. Электронные ресурсы

84. Дети войны – Информационная база данных: сайт. – URL: <http://detiwar.ru> (дата обращения: 06.07.2023). – Текст: электронный.
85. Исторические материалы: сайт. – URL: <https://istmat.org> (дата обращения: 10.09.2023). – Текст: электронный.
86. КиберЛенинка: научная электронная библиотека: сайт. – Москва, 2012. – URL: <https://cyberleninka.ru> (дата обращения: 30.08.2023). – Текст: электронный.
87. Макеев, А. ООН предупредила о риске глобальной эпидемии холеры / А. Макеев // Аргументы и факты: сайт. – 2023. – 20 мая. – URL: https://aif.ru/health/oon_predupredila_o_riske_globalnoy_epidemii_holery (дата обращения: 20.05.2023). – Текст: электронный.
88. Президентская библиотека им. Б.Н. Ельцина: официальный сайт. – URL: <https://www.prilib.ru> (дата обращения: 11.06.2023). – Текст: электронный.
89. Словари и энциклопедии на «Академике»: сайт. – URL: academic.ru (дата обращения: 05.07.2023). – Текст: электронный.

90. Угроза новой пандемии: эпидемиолог назвал факторы риска // Новости – Mail.ru: сайт. – 2023. – 24 мая. – URL: <https://news.mail.ru/society/56343092/> (дата обращения: 12.08.2023). – Текст: электронный.
91. Электронная библиотека исторических документов: официальный сайт. – URL: <http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/1-glavnaya> (дата обращения: 08.09.2022). – Текст: электронный.
92. eLIBRARY.RU: научная электронная библиотека: сайт. – Москва, 2000. – URL: <https://elibrary.ru> (дата обращения: 02.09.2023). – Текст: электронный.
93. LibUSSR.RU: Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик: сайт. – 2011. – URL: <https://www.libussr.ru> (дата обращения: 07.02.2023). – Текст: электронный.

II. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Монографии и статьи

1. **Андреев, А.А.** Валентин Сергеевич Маят – известный ученый, хирург, педагог, создатель хирургической научной школы (к 115-летию со дня рождения) / А.А. Андреев, А.П. Остроушко. – DOI:10.18499/2070-478X-2018-11-3-229. – Текст: электронный // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2018. – Т. 11. – № 3. – С. 229. – URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_36270975_90224587.pdf (дата обращения: 17.04.2022).
2. **Анисков, В.Т.** Крестьянство против фашизма, 1941-1945: История и психология подвига: монография / В.Т. Анисков. – Москва: Памятники исторической мысли, 2003. – 500 с. – ISBN 5-88451-139-6 (в пер.) – Текст: непосредственный.
3. **Араловец, Н.А.** Городская семья в России, 1927-1959 гг.: монография / Н.А. Араловец. – Тула: Гриф и К, 2009. – 303 с. – ISBN 978-5-8125-1235-4 (в пер.) – Текст: непосредственный.

4. **Архипов, А.И.** Государственное снабжение как фактор решения продовольственной проблемы в годы Великой Отечественной войны: уроки истории / А.И. Архипов, А.А. Казанников. — Текст: непосредственный // Вестник Института экономики Российской академии наук. — 2015. — № 3. — С. 27-41.
5. **Афанасьева, А.Э.** Новая история медицины в начале XXI века: основные тенденции развития / А.Э. Афанасьева. — Текст: электронный // Преподаватель XXI век. — 2016. — № 4-2. — С. 486-499. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novaya-istoriya-meditsiny-v-nachale-xxi-veka-osnovnyye-tendentsii-razvitiya/viewer> (дата обращения: 05.07.2023).
6. **Бароян, О.В.** Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии: монография / О.В. Бароян. — Москва: Медицина, 1968. — 303 с. — Текст: непосредственный.
7. **Бартон, К.** Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945-1953 годы / К. Бартон; пер. с англ. Д.В. Михеля и В.А. Шубениной. — Текст: электронный // Журнал социальной политики. — 2007. — Т. 5. — № 4. — С. 541-558. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-v-period-pozdnego-stalinizma-i-duh-poslevoennogo-gosudarstva-blagodenstviya-1945-1953-gody/viewer> (дата обращения: 07.07.2023).
8. **Бирюкова, С.Б.** Работа эвакогоспиталей Мордовии в 1941-1945 гг. / С.Б. Бирюкова. — Текст: непосредственный // Вестник Мордовского университета. — № 4. — 1995. — С. 30-33.
9. **Ванчинов, Д.П.** Военные годы Поволжья: (1941-1945): монография / Д.П. Ванчинов. — Саратов: Издательство Саратовского университета, 1980. — 325 с. — Текст: непосредственный.
10. **Васильев, К.Г.** История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии: монография / К.Г. Васильев. — Москва: Медицина, 2001. — 256 с. — Текст: непосредственный.
11. **Вебер, Л.Г.** Санитарное обслуживание населения / Л.Г. Вебер. — Текст: непосредственный // Советское здравоохранение. — 1942. — № 1-2. — С. 10-13.

12. **Великая Отечественная война 1941-1945 годов:** в 12 т. Т. 10. Государство, общество и война: монография / Предс. Гл. ред. комис. С. К. Шойгу. – Москва: Кучково поле, 2014. – 864 с. – ISBN 978-5-9950-0458-5. – Текст: непосредственный.
13. **Вербицкая, О.М.** Будни сельского тыла 1941-1945 гг. / О.М. Вербицкая. – Текст: непосредственный // Советский тыл 1941–1945: повседневная жизнь в годы войны / отв. сост. Б. Физелер и Р.Д. Марквик. – Москва: РОССПЭН, 2019. – С. 147-161. – ISBN 978-5-8243-2307-8.
14. **Вербицкая, О.М.** Российская сельская семья в 1897-1959 гг. (историко-демографический аспект): монография / О.М. Вербицкая. – Москва-Тула: Гриф и К, 2009. – 296 с. – ISBN 978-5-8125-1239-2 (в пер.) – Текст: непосредственный.
15. **Власов, В.А.** Эвакуация из Ленинграда в Пензенскую область / В.А. Власов. – Текст: непосредственный // Побратимы: регионам, принявшим жителей блокадного Ленинграда, посвящается: коллективная монография / отв. ред. Ю.З. Кантор. – Москва: РОССПЭН, 2019. – С. 359-378. – ISBN 978-5-8243-2295-8.
16. **Волкова, Е.Ю.** Маленькие участники большой войны (дети в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.): монография / Е. Ю. Волкова. – Кострома: Издательство КГТУ, 2010. – 155 с. – ISBN 978-5-8285-0496-1. – Текст: непосредственный.
17. **В тылу герои не забыты.** История эвакуационных госпиталей на территории Пензенской области в годы Великой Отечественной войны: монография / Л.В. Казакова, К.В. Кривулин, В.М. Матюшин, С.Н. Мельников. – Пенза: Издательство ПГУ, 2019. – 414 с. – ISBN 978-5-907185-59-3. – Текст: непосредственный.
18. **Гладких, П.Ф.** Очерки истории отечественной военной медицины. Служба здоровья в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.: монография / П.Ф. Гладких, А.Е. Локтев. – Санкт-Петербург: Дмитрий Буланин, 2005. – 717 с. – ISBN 5-86007-472-7 (в пер.). – Текст: непосредственный.

19. **Годин, В.С.** Путь в полтора столетия: Страницы истории Пензенской областной больницы имени Н.Н. Бурденко: монография / В.С. Годин, О.М. Савин, Г.П. Шалдыбин. – Пенза: Областная больница, 1996. – 352 с. – Текст: непосредственный.
20. **Годин, В.С.** Ради жизни и здоровья людей / В.С. Годин, Г.П. Шалдыбин. – Текст: непосредственный // Пензенская область в годы Великой Отечественной войны: сборник статей / под ред. Г.В. Мясникова. – Саратов-Пенза: Приволжское книжное издательство, 1985. – С. 60-68.
21. **Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Пензенской области.** К 95-летию со дня основания / под ред. М. В. Перекусихина, Г. В. Пантелеева. – Пенза: Издательство ПГУ, 2017. – 198 с. – ISBN 978-5-906975-27-0. – Текст: непосредственный.
22. **Громашевский, Л.В.** Общая эпидемиология: руководство для врачей и студентов санитарно-гигиенических факультетов / Л.В. Громашевский. – 4-е изд., значит. перераб. – Москва: Медицина, 1965. – 292 с. – Текст: непосредственный.
23. **Давыдова, Т.В.** Становление системы советского здравоохранения: миф или реальность / Т.В. Давыдова. – Текст: электронный // История в подробностях. – 2013. – № 4(34). – С. 22-29. – URL: <https://istmat.org/node/61085> (дата обращения: 14.07.2022).
24. **Давыдова, Ю.А.** Численность и состав медицинского персонала в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны: 1941-1945 / Ю.А. Давыдова. – DOI: 10.21686/2500-3925-2013-5-147-151. – Текст: непосредственный // Статистика и экономика. – 2013. – № 5. – С. 147-151.
25. **Двадцать пять лет советского здравоохранения. 1918-1943:** монография / под ред. Г.А. Митерева. – Москва: Государственное издательство медицинской литературы, 1944. – 294 с. – Текст: непосредственный.
26. **Дегтярева, Н.А.** Госпитали на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.): монография / Н.А. Дегтярева. – Оренбург:

- Издательство ОГИМ, 2014. – 230 с. – ISBN 978-5-9723-0743-0 (в обл.). – Текст: непосредственный.
27. **Демографическая модернизация России. 1900-2000** / под ред. А.Г. Вишневого. – Москва: Новое издательство, 2006. – 599 с. – ISBN 5-98379-042-0. – Текст: непосредственный.
 28. **Евневич, Т.А.** Организация бытового устройства эвакуированного в Пензенскую область населения в Великую Отечественную войны / Т.А. Евневич. – Текст: непосредственный. // Пензенское краеведение. – 2015. – № 2 (14). – С. 12-15.
 29. **Егорышева, И.В.** Организация и деятельность Главного управления государственного здравоохранения в России (сентябрь 1916 г. – февраль 1917 г.) / И.В. Егорышева, В.В. Чалова. – DOI: 10.32687/0869-866X-2019-27-6-1107-1110. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27(6). – С. 1107-1110.
 30. **Егорышева, И.В.** Охрана здоровья промышленных рабочих в годы восстановления и индустриализации страны (к 100-летию Народного комиссариата здравоохранения РСФСР) / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева. – DOI:10.18821/0044-197X-2017-61-4-220-224. – Текст: непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – № 61(4). – С. 220-224.
 31. **Жиромская, В.Б.** Основные тенденции демографического развития России в XX веке: монография / В. Б. Жиромская. – Москва: Кучково поле, 2012. – 318 с. – ISBN 978-5-9950-0294-9. – Текст: непосредственный.
 32. **Загвоздкин, Г.Г.** Цена победы: социальная политика военных лет: монография / Г.Г. Загвоздкин. – Киров: Волго-Вятское книжное издательство, 1990. – 263 с. – Текст: непосредственный.
 33. **Забезинский, Л.М.** Здравоохранение Пензенской области за 50 лет Советской власти: материалы к истории: монография / Л.М. Забезинский. – Саратов-Пенза: Приволжское книжное издательство, 1968. – 128 с. – Текст: непосредственный.

34. **Затравкин, С.** «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения / С. Затравкин, Е. Вишленкова, Е. Шерстнева – DOI: 10.15826/qr.2020.2.486. – Текст: электронный // Quaestio Rossica. – Т. 8. – 2020. – № 2. – С. 652-666. – URL: <https://publications.hse.ru/pubs/share/direct/376333484.pdf> (дата обращения: 22.07.2022).
35. **Затравкин, С.Н.** Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 1. 1919-1949 годы / С.Н. Затравкин, Р.У. Хабриев, В.О. Щепин, А.С. Саркисов. – DOI: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-350-356. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – № 26 (5). – С.350-356.
36. **Зима, В.Ф.** Голод в СССР 1946-1947 годов: происхождение и последствия: монография / В.Ф. Зима. – Москва: ИРИ, 1996. – 265 с. – ISBN 5-201-00595-0. – Текст: непосредственный.
37. **Зинич, М.С.** Повседневная жизнь народа в годы Великой Отечественной войны: монография / М.С. Зинич. – Москва; Санкт-Петербург: ИРИ РАН: Центр гуманитарных инициатив, 2019. – 349 с. – ISBN 978-5-8055-0359-8. – Текст: непосредственный.
38. **Иванов, Н.Г.** Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.: монография / Н.Г. Иванов, А.С. Георгиевский, О.С. Лобастов. – Ленинград: Медицина: Ленинградское отделение, 1985. – 303 с. – Текст: непосредственный.
39. **Иноземцев, И.Н.** Кера: страницы истории села: монография / И.Н. Иноземцев. – Пенза: Издательство ПГУ, 2018. – 343 с. – ISBN 978-5-907018-27-3. – Текст: непосредственный.
40. **Иноземцев, И.Н.** Некоторые вопросы материально-хозяйственного обеспечения эвакогоспиталей Пензенской области в годы Великой Отечественной войны (на примере эвакогоспиталя № 1649) / И.Н. Иноземцев. – Текст: непосредственный // Великая Отечественная война 1941-1945 гг.: в памяти народа, медиапространстве и оценках современных исследователей:

- сборник научных статей по материалам Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 80-летию начала Великой Отечественной войны (г. Пенза, 15 апреля 2021 г.) / под ред. О.А. Суховой. – Пенза: Издательство ПГУ, 2021. – С. 168-174. – ISBN 978-5-907364-99-8.
41. **История Великой Отечественной войны Советского Союза 1941-1945 гг.:** в 6 т. – Москва: Воениздат, 1961. – Т. 2. – 681 с; 1962. – Т. 3. – 662 с. – Текст: непосредственный.
 42. **История Второй мировой войны 1939-1945:** в 12 т. – Москва: Воениздат, 1973. – Т. 1. – 301 с.; 1975. – Т. 4. – 535 с. – Текст: непосредственный.
 43. **Исупов, В.А.** Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки: монография / В.А. Исупов. Новосибирск: Сибирский хронограф, 2000. – 244 с. – ISBN 5-87550-101-4. – Текст: непосредственный.
 44. **Кашаев, П.В.** Пенза – город трудовой доблести / П.В. Кашаев, В.В. Кондрашин. – DOI: 10.21685/2072-3024-2022-1-11. – Текст: непосредственный // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки. – 2022. – № 1. – С. 135-153.
 45. **Кладов, В.Ю.** Заболеваемость и организация медпомощи в лагере для иностранных военнопленных № 399 / В.Ю. Кладов. – Текст: непосредственный // Актуальные проблемы истории, политики и права: сборник статей III-й Всероссийской научно-практической конференции. – Пенза: Издательство ПГАУ, 2015. – С. 40-47.
 46. **Кладов, В.Ю.** Время помнить...: о 37-й запасной стрелковой бригаде на территории Пензенской области в годы Великой Отечественной войны: монография / В.Ю. Кладов. – Пенза: Издательство ПГУ, 2021. – 640 с. – ISBN 978-5-907456-13-6. – Текст: непосредственный.
 47. **Кожурин, В.С.** Неизвестная война. Деятельность Советского государства по обеспечению условий жизни и труда рабочих в годы Великой Отечественной войны: монография / В.С. Кожурин. – Москва: АОН, 1990. – 288 с. – Текст: непосредственный.

48. **Козлов, Н.Д.** Условия труда и быта народа в годы Великой Отечественной войны / Н.Д. Козлов. — Текст: непосредственный // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2008. — №. 4. — С. 5-23.
49. **Комаров, Ю.М.** Метаморфозы или эволюция организационной структуры Министерства здравоохранения в России / Ю.М. Комаров — Текст: электронный // VIPERSON.RU: сайт. — 2008. — 23 марта. — URL: <http://viperson.ru/articles/yuriy-komarov-metamorfozy-ili-evolyutsiya-organizatsionnoy-struktury-ministerstva-zdravooohraneniya-v-rossii-prodolzhenie> (дата обращения: 02.10.2022).
50. **Королева, Л.А.** Страницы истории: Пензенская область в период Великой Отечественной войны: монография / Л.А. Королева. — Варшава: «Diamond trading tour», 2018. — 144 с. — ISBN 978-83-66030-12-1. — Текст: непосредственный.
51. **Королева, Л.А.** Здравоохранение в период Великой Отечественной войны (по материалам Пензенской области) / Л.А. Королева, А.Е. Гришанина. — Текст: электронный // Образование и наука в современном мире. Инновации. — 2020. — № 3 (28). — С. 78-84. — URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42884070_69372537.pdf (дата обращения: 14.11.2022).
52. **Кошелева, А.И.** История Пензенского медицинского института / А.И. Кошелева, М.В. Кусакина. — Текст: непосредственный // Культурно-исторические исследования в Поволжье: проблема и перспективы: материалы II Всероссийского научно-методологического семинара (г. Самара, 25-26 октября 2013 г.) / отв. ред. Л.М. Артамонов. — Самара: Самарской гос. акад. культуры и искусств. — 2013. — С. 101-104. — ISBN 978-5-88293-332-5.
53. **Кузичкин, С.Н.** Здравоохранение Пензенской области в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. / С.Н. Кузичкин. — Текст: непосредственный // Великая Победа: материалы региональной научно-практической конференции, посвященной 60-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне / под ред. В.А. Власова. — Пенза, 2005. — С. 69-72.

54. **Кузьмин, М.К.** Советская медицина в годы Великой Отечественной войны: монография / М.К. Кузьмин. – Москва: Медицина, 1979. – 240 с. – Текст: непосредственный.
55. **Кульнев, С.В.** Развитие хирургии в Пензенской области: монография / С.В. Кульнев. – Саратов-Пенза: Приволжское книжное издательство, 1968. – 234 с. – Текст: непосредственный.
56. **Лавров, А.Н.** Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко: исторический обзор : монография / А.Н. Лавров, Ю.А. Орлов, Г.П. Шалдыбин, Д.Ю. Зиновьев. – Пенза: Информационно-издательский центр ПГУ, 2006. 350 с. – ISBN 5-94170-135-7. – Текст: непосредственный.
57. **Любутин, К.Н.** Диалектика повседневности: методологический подход: монография / К.Н. Любутин, П.Н. Кондрашов. – Екатеринбург: УрГУ–ИФиП УрО РАН–РФО, 2007. – 295 с. – Текст: непосредственный.
58. **Людские потери СССР в период Второй мировой войны:** сборник статей: материалы конференции (г. Москва, 14-15 марта 1995 г.). – Санкт-Петербург: Русско-балтийский информационный центр «Блиц», 1995. – 190 с. – (Россия в цифрах и документах). – ISBN 5-86789-023-6 (в пер.). – Текст: непосредственный.
59. **Миловидов, С.И.** Итоги и задачи работы эвакуогоспиталей НКЗдрава СССР / С.И. Миловидов. – Текст: непосредственный // Советское здравоохранение. – 1942. – № 5-6. – С. 17-25.
60. **Митерев, Г.А.** Отечественная война и органы здравоохранения / Г.А. Митерев. – Текст: непосредственный // Советское здравоохранение. – 1942. – № 1-2. – С. 3-7.
61. **Морозов, С.Д.** Рождаемость, детская смертность и миграции населения России в 1941-1945 гг. (по материалам Пензенской области) / С.Д. Морозов, М.А. Родинченко. – Текст: электронный // История российской повседневности: актуальные проблемы: монография / под общ. ред. С. Д. Морозова, В. Б. Жиромской. – Пенза: РИО ПГСХА, 2016. – С. 3-21. – URL:

- https://www.elibrary.ru/download/elibrary_25743912_10084817.pdf (дата обращения: 17.10.2022). – ISBN 978-5-94338-788-3.
62. **Мушкин, С.Г.** Всенародная помощь раненым воинам в годы Великой Отечественной войны: монография / С.Г. Мушкин. – Тбилиси, 1971. – 116 с. – Текст: непосредственный.
63. **Население России в XX веке: Исторические очерки:** в 3-х т. Т. 2.: 1940-1959: монография / отв. ред. изд. Ю.А. Поляков; отв. ред. 2 тома В.Б. Жиромская – Москва: РОССПЭН, 2001. – 416 с. – ISBN 5-8243-0016-X. – Текст: непосредственный.
64. **Народ и война: очерки истории Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.:** монография / Н.А. Араловец, Е.Н. Бикейкин, Н.Ф. Бугай, О.М. Вербицкая и др.: отв. редакторы А.Н. Сахаров, А.С. Сенявский. – Москва: Гриф и К, 2010. – 730 с. – ISBN 978-5-8125-1453-2. – Текст: непосредственный.
65. **Опыт Советской медицины в годы Великой Отечественной войны:** в 35 т. Т. 32. Эпидемиология. Раздел. 2. Основные принципы противоэпидемической работы среди населения и в войсках в период Великой Отечественной войны: монография / ред. С.В. Висковский. – Москва: Медгиз, 1955. – 216 с. – Текст: непосредственный.
66. **Очерки истории здравоохранения СССР (1917-1956 гг.):** монография / под ред. М.И. Барсукова. – Москва: Медгиз, 1957. – 394 с. – Текст: непосредственный.
67. **Очерки истории медицины XX века:** сборник / Под ред. Ю.П. Лисицына и др. – Москва; Казань: Кадры России XXI, 2006. – 335 с. – ISBN 5-9900378-4-8 – Текст: непосредственный.
68. **Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917-1959 гг.):** монография / Д.В. Горфин; ред. М. И. Барсуков. – Москва: Медгиз, 1961. – 236 с. – Текст: непосредственный.

69. **Пензенский край в истории и культуре России:** монография / под ред. О.А. Суховой. – Пенза: Издательство ПГУ, 2014. – 526 с. – ISBN 978-5-94170-646-4. – Текст: непосредственный.
70. **Петров, В.В.** Деятельность эвакуогоспиталей на территории Саратовской области в годы Великой Отечественной войны / В.В. Петров. – Текст: электронный // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – № 1. – С. 150-152. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/deyatelnost-evakogospitaley-na-territorii-saratovskoy-oblasti-v-gody-velikoy-otechestvennoy-voyny/viewer> (дата обращения: 21.08.2022).
71. **Привалова, Т. В.** Быт российской деревни: (Медико-санитарное состояние деревни Европейской России): 60-е гг. XIX – 20-е гг. XX в.: монография / Т. В. Привалова. – Москва, 2000. – 199 с. – ISBN 5-8055-0049-3. – Текст: непосредственный.
72. **Призвание. Вехи Пензенской медицины:** монография / гл. ред. В.В. Стрючков; сост. Ю.А. Орлов. – Пенза: ОАО «Областной издательский центр», 2015. – 241 с. – ISBN. – Текст: непосредственный.
73. **Пушкарева, Н.В.** Понимание истории повседневности в современном историческом исследовании: от школы Анналов к российской философской школе / Н.В. Пушкарева, С.В. Любичанковский. – Текст: непосредственный // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. – 2014. – № 1. – Т. 4. – С. 7-21.
74. **Репина, Л.П.** Социальная история и историческая антропология: новейшие тенденции в современной британской и американской медиевистике / Л.П. Репина. – Текст: непосредственный // Одиссей: человек в истории. – Москва, 1990. – Вып. 2. – С. 167-181.
75. **Ровинский, Н.Н.** Государственный бюджет СССР: Допущено в качестве учебного пособия для финансово-экономических вузов / Н.Н. Ровинский. – Москва: Госфиниздат, 1944. – 385 с. – Текст: непосредственный.
76. **Роцин, И.И.** Народ – фронту: монография / И.И. Роцин. – Москва: Воениздат, 1975. – 122 с. – Текст: непосредственный.

77. **Санитарно-эпидемиологическое обеспечение населения страны в годы Великой Отечественной войны:** Сборник / Под общ. ред. Е.Н. Беляева. – Москва: Госкомсанэпиднадзор РФ, 1996. – 367 с. – ISBN 5-7508-0041-5 (В пер.). – Текст: непосредственный.
78. **Сборник трудов Пензенского санитарно-бактериологического института (института эпидемиологии и микробиологии) им. проф. И.И. Мечникова** / под ред. директора ин-та Л.М. Забежинского. – Пенза: Б. и., 1928. – Ч. 1. – 88 с.; 1932. – Ч. 2. – 129 с.; 1951. – Ч. 3. – 117 с. – Текст: непосредственный.
79. **Семенов, М.А.** Фронт в тылу: система здравоохранения в Западной Сибири в годы Великой Отечественной войны: монография / М.А. Семенов. – Новосибирск: ИПЦ НГУ, Институт истории СО РАН, 2017. – 330 с. – ISBN 978-5-4437-0712-9. – Текст: непосредственный.
80. **Семенов, М.А.** Развитие медицинской сети Советского Союза в годы Великой Отечественной войны / М.А. Семенов. – Текст: непосредственный. // КЛИО. – 2020. – № 12 (168). – С. 122-127.
81. **Симонян, Р.З.** Применение вторичных швов в хирургии во время Великой Отечественной войны. История их разработки и методика применения / Р.З. Симонян, Н.С. Конохова. – Текст: электронный // The Scientific Heritage. – 2021. – № 67-5 (67). – С. 41-42. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniie-vmorichnyh-shvov-v-hirurgii-vo-vremya-velikoy-otechestvennoy-voyny-istoriya-ih-razrabotki-i-metodika-primeneniya/viewer> (дата обращения: 11.02.2023).
82. **Сифман, Р.И.** К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны / Р.И. Сифман. – Текст: непосредственный // Продолжительность жизни: анализ и моделирование: сборник статей / под ред. Е.М. Андреева, А.Г. Вишневого. – Москва: «Статистика», 1979. – С. 50-60. – (Серия «Демографические исследования»).
83. **Смирнов, Е.И.** Проблемы военной медицины: монография. Ч. 1. / Е.И. Смирнов. – Москва: Медгиз, 1944. – 236 с. – Текст: непосредственный.
84. **Соловьев, В.Ю.** Эвакуация населения в Пензенскую область в годы Великой Отечественной войны / В.Ю. Соловьев. – Текст: непосредственный. // Война.

- Народ. Победа: материалы межвузовской научной конференции, посвященной 60-летию начала Великой Отечественной войны (г. Пенза, 19-20 апреля 2001 г.). – Пенза, 2001. – С. 96-98.
85. **Сорок лет советского здравоохранения: К 40-летию Великой Октябрьской соц. революции. 1917-1957:** Сборник статей / Глав. ред. М. Д. Ковригиной. – Москва: Медгиз, 1957. – 662 с. – Текст: непосредственный
 86. **Сто лет Пензенской областной больницы: Юбилейный сборник научных работ** / отв. ред. А.И. Левков. – Пенза: Издание Пензенской областной больницы, 1946. – 111 с. – Текст: непосредственный
 87. **Тельпуховский, Б.С.** Великая Отечественная война Советского Союза 1941-1945 гг.: краткий очерк: монография / Б.С. Тельпуховский. – Москва: Политиздат, 1959. – 575 с. – Текст: непосредственный
 88. **Томилов, В.А.** Медицина Среднего Поволжья – фронту: монография / В.А. Томилов. – Пенза: Б. и., 1999. – 117 с. – Текст: непосредственный
 89. **Трофимов, В.В.** Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет: монография / В.В. Трофимов. – Москва: Медицина, 1967. – 332 с. – Текст: непосредственный
 90. **Федотов, В.В.** Эвакуированные детские учреждения в Поволжье в годы Великой Отечественной войны / В.В. Федотов. – Текст: непосредственный // Человек и общество в условиях войн и революций: сборник материалов Всероссийской научной конференции. Вып. 1. (г. Самара, 11 декабря 2014 г.) / Отв. ред. Е.Ю. Семенова. – Самара: Самарский государственный университет, 2014. – С. 68-72. – ISBN 978-5-7964-1770-6.
 91. **Федотов, В.В.** Эвакуированное население в Среднем Поволжье в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.): монография. / В.В. Федотов. – Самара: Самарский государственный технический университет, 2009. – 155 с. – ISBN 978-5-7964-1311-1. – Текст: непосредственный.
 92. **Фильцер, Д.** Опасности городской жизни в СССР в период позднего сталинизма: здоровье, гигиена и условия жизни, 1943-1953: монография / Д. Фильцер; пер. с

- англ. П. С. Бавина, Е. О. Гранкиной, А. А. Пешкова. – Москва: РОССПЭН, 2018. – 443 с. – ISBN 978-5-8243-2298-9. – Текст: непосредственный.
93. **Фильцер, Д.** Спасая следующее поколение. Питание, здоровье и смертность среди грудных и маленьких детей в советском тылу в годы Второй мировой войны / Д. Фильцер. – Текст: непосредственный // Советский тыл 1941–1945: повседневная жизнь в годы войны / отв. сост. Б. Физелер и Р.Д. Марквик. – Москва: РОССПЭН, 2019. – С. 25-47. – ISBN 978-5-8243-2307-8.
94. **Хоффманн, Д. Л.** Возращивание масс. Модерное государство и советский социализм. 1914-1939 / Дэвид Л. Хоффманн; пер. с англ. А. Терещенко.– Москва: Новое литературное обозрение, 2018. – 424 с. – (Серия HISTORIA ROSSICA). ISBN 978-5-4448-0730-9. – Текст: непосредственный.
95. **Чернышев, А.В.** Состояние здоровья населения как один из показателей развития современного общества / А.В. Чернышев, Д.И. Иржаев, А.Ю. Золотухина. – DOI: 10.25005/2074-0581-2022-24-1-103-112. – Текст: электронный // Вестник Авиценны. – 2022. – Т. 24. – № 1. – С. 103-112. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-zdorovya-naseleniya-kak-odin-iz-pokazateley-razvitiya-sovremennogo-obschestva/viewer> (дата обращения: 28.07.2023).
96. **Чучелин, Г.А.** Деятельность партийных организаций Среднего Поволжья по руководству здравоохранением в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.): монография / Г.А. Чучелин. – Казань: Татарское книжное издательство, 1974. – 108 с. – Текст: непосредственный.
97. **Широков, Г.А.** Медицинская наука на страже здоровья воинов и труженников тыла в дни войны 1941-1945 / Г.А. Широков. – Текст: непосредственный // Вестник Самарского государственного университета. – 2012. – № 2/2 (93). – С. 134-141.
98. **Field, M.G.** Doctor and Patient in Soviet Russia / M.G. Field. – Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1957. – 266 p. – Text: direct.
99. **Field, M.G.** Soviet socialized medicine: an introduction / M.G. Field. – New-York: Free Press, 1967. – 231 p. – Text: direct.

100. **Goldman, W.Z.** Fortress Dark and Stern: The Soviet Home Front during World War II / W.Z. Goldman, D.A. Filtzer. – Oxford: Oxford University Press, 2021. – 494 p. – ISBN 0190618418, 9780190618414. – Text: direct.
101. **Hoffmann, D. L.** Stalinist Values: The Cultural Norms of Soviet Modernity, 1917-1941 / D. L. Hoffmann. – Ithaca; London: Cornell Univ. Press, 2003. – 247 p. – ISBN 0801440890. – Text: direct.
102. **Nove, A.** Is the Soviet Union a Welfare State / A. Nove // Readings in Russian Civilization. Vol. III. / Ed. by Thomas Riha. – Chicago: University of Chicago Press, 1964. – pp. 45-56. – Text: direct.
103. **Sigerist, H.E.** Medicine and health in the Soviet Union / H.E. Sigerist. – New York: Citadel Press, 1947. – 364 p. – Text: direct.
104. **Sigerist, H.E.** Socialized Medicine in the Soviet Union / H.E. Sigerist. – New-York: W.W. Norton & Company, 1937. – 378 p. – Text: direct.

2. Диссертации и авторефераты диссертаций

105. **Волкова, Е.Ю.** Женщины тыловых регионов России в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук / Волкова Елена Юрьевна; Санкт-Петербургский государственный университет. – Санкт-Петербург, 2008. – 493 с. – Текст: непосредственный.
106. **Голубев, А.А.** Правовое регулирование отечественного здравоохранения в 1917-1941 гг.: 12.00.01: диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук / Голубев Андрей Александрович; Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова – Москва, 2010. – 428 с. – Текст: непосредственный.
107. **Горелов, Ю.П.** Госпитали Западной Сибири и деятельность их персонала по спасению раненых в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.): 07.00.02: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Горелов Юрий Павлович; Кемеровский государственный университет – Кемерово, 1991. – 25 с. – Текст: непосредственный.

108. **Давыдова, Ю.А.** Здоровоохранение в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Давыдова Юлия Александровна; Новосибирский Государственный Университет – Новосибирск, 1999. – 426 с. – Текст: непосредственный.
109. **Дегтярева, Н.А.** Госпитали на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны: 1941 - 1945 гг.: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Дегтярева Наталья Александровна; Оренбургский государственный аграрный университет. – Оренбург, 2007. – 234 с. – Текст: непосредственный.
110. **Ерегина, Н.Т.** Подготовка медицинских кадров в высшей школе России в 1917 – начале 1950-х гг.: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук / Ерегина Наталья Тимофеевна; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова. – Санкт-Петербург, 2010. – 651 с. – Текст: непосредственный.
111. **Егорова, Д.В.** Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в Советского государстве (1917-1991 годы): 12.00.01: диссертация на соискание ученой степени кандидата юридических наук / Егорова Диана Владимировна; Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва. – Саратов, 2011. – 181 с. – Текст: непосредственный.
112. **Забезинский, Л.М.** Эпидемиология тифо-паратифозных заболеваний в городе Пензе (за годы 1905-1954): диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Забезинский Лев Моисеевич. – Пенза, 1955. – 401 с. – Текст: непосредственный.
113. **Красноженова, Е.Е.** Исторический опыт реализации социальной политики Советского государства в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 гг. (на материалах Нижнего Поволжья): 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук / Красноженова Елена Евгеньевна; Астраханский государственный университет – Астрахань, 2014. – 495 с. – Текст: непосредственный.

114. **Лукьянова, Т.В.** Формирование медицинской интеллигенции Мордовии во второй половине XIX – первой половине XX века: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Лукьянова Татьяна Васильевна; Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва. – Саранск, 2002. – 222 с. – Текст: непосредственный.
115. **Матвеева, Н. М.** История становления и развития системы здравоохранения и формирование медицинской интеллигенции Бурятии: 1923-1991 гг.: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Матвеева Наталья Михайловна; Бурятский государственный университет – Улан-Удэ, 2004. – 222 с. – Текст: непосредственный.
116. **Орлова, Е.А.** Эвакогоспитали Кузбасса в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945): 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Орлова Елена Александровна; Кемеровский государственный университет – Кемерово, 2007. – 193 с. – Текст: непосредственный.
117. **Рубцова, И.Ю.** Коммунистическая партия – организатор всенародной помощи госпиталям тыла в годы Великой Отечественной войны (по материалам Куйбышевской, Пензенской, Ульяновской областей): 07.00.01: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Рубцова Ирина Юрьевна. – Куйбышев, 1985. – 201 с. – Текст: непосредственный. – Текст: непосредственный.
118. **Сакович, Н.В.** Деятельность органов власти по развитию системы здравоохранения Горьковской области накануне и в годы Великой Отечественной войны: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Сакович Наталья Владимировна; Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет. – Нижний Новгород, 2006. – 181 с. – Текст: непосредственный.
119. **Семенов, М.А.** Здравоохранение Западной Сибири в годы Великой Отечественной войны: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Семенов Михаил Александрович; Томский

государственный педагогический университет – Томск, 2013. – 282 с. – Текст: непосредственный.

120. **Судоргин, Н.С.** Формирование и функционирование системы госпитального лечения в годы Великой Отечественной войны: (на материалах партийно-государственных структур и общественных организаций областей Нижнего Поволжья): 07.00.01: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Судоргин Николай Сергеевич; Саратовский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского. – Саратов, 1993.– 17 с. – Текст: непосредственный.
121. **Усольцева, Н.Л.** Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Усольцева Наталья Леонидовна; Южно-Уральский государственный университет. – Челябинск, 2002. – 220 с. – Текст: непосредственный.
122. **Шелия, Ж.А.** Госпитали в годы Великой Отечественной войны: по материалам Ярославской и Костромской областей: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Шелия Жанна Александровна; Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова.– Ярославль, 2001. – 306 с. – Текст: непосредственный.
123. **Шматов, Е.Н.** Города Среднего Поволжья в период Великой Отечественной войны. 1941-1945 гг.: 07.00.02: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук / Шматов Евгений Николаевич; Самарский государственный университет. – Самара, 2003. – 256 с. – Текст: непосредственный.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АССР	– Автономная Советская Социалистическая Республика
ВКП (б)	– Всесоюзная Коммунистическая партия (большевиков)
ВЛКСМ	– Всесоюзный ленинский коммунистический союз молодежи
ВС	– Верховный Совет
ВЦИК	– Всероссийский центральный исполнительный комитет
ВЦСПС	– Всесоюзный центральный совет профессиональных союзов
ГАПО	– Государственный архив Пензенской области
ГАРФ	– Государственный архив Российской Федерации
ГВСУ	– Главное военно-санитарное управление
ГИДУВ	– Государственный институт для усовершенствования врачей
ГКО	– Государственный комитет обороны
Гортоп	– Топливный отдел городского исполнительного комитета
Госплан	– Государственный плановый комитет
ГСИ	– Государственная санитарная инспекция
ГСО	– Готов к санитарной обороне
Здравпункт	– Пункт здравоохранения
Колхоз	– Коллективное хозяйство
КПК	– Комиссия партийного контроля
КПСС	– Коммунистическая партия Советского Союза
Медсанчасть	– Медико-санитарная часть
МТС	– Машинно-тракторная станция
МЭП / РЭП	– Местный / распределительный эвакуационный пункт
Наркомат	– Народный комиссариат
НКВД	– Народный комиссариат внутренних дел
НКЗ	– Народный комиссариат здравоохранения
НКО	– Народный комиссариат обороны
НКПС	– Народный комиссариат путей сообщения
Облжилуправление	– Областное жилищное управление
Облзаготскот	– Областная контора по заготовке скота
Обл-, рай-, горздравотдел	– Областной / районный / городской отдел здравоохранения
Обл-, рай-, горисполком	– Областной / районный / городской исполнительный комитет

Обком / райком / горком	– Областной / районный / городской комитет
ОСОАВИАХИМ	Общество содействия обороне, авиационному и химическому строительству
ПИЭМ	– Пензенский институт эпидемиологии и микробиологии им. проф. И.И. Мечникова (он же – «Научно-исследовательский санитарно-бактериологический институт»)
ПриВО	– Приволжский военный округ
Ранбольной	– Раненый, находящийся в больнице
РГАЭ	– Российский государственный архив экономики
РККА	– Рабоче-крестьянская Красная армия
РОКК	– Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца
РСФСР	– Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
Санинструктор	- Санитарный инструктор
Санпросвет	– Санитарное просвещение
СНК	– Совет народных комиссаров
Совхоз	– Советское хозяйство
СССР	– Союз Советских Социалистических Республик
СЭС	– Санитарно-эпидемиологическая станция
УЭГ/ ОЭГ	– Управление / отдел эвакуационных госпиталей
ФБУЗ	– Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения
ФП / ФАП / АП	– фельдшерский, фельдшерско-акушерский, акушерский пункт
ЦГиЭ ПО	– Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области
ЦК	– Центральный комитет
ЦСУ	– Центральное статистическое управление
ЭГ	– Эвакуационный госпиталь
Эвакопункт	– Эвакуационный пункт

Ходили ли Вы и члены Вашей семьи в уличной обуви в жилом помещении?	а) ходили б) не ходили	в) другое _____	Как часто мылись?	а) ежедневно б) не менее 2-х раз в неделю в) 1 раз в неделю г) 1 раз в две недели	д) 1 раз в месяц е) реже 1 раза в месяц ж) перед крупными гос. или религиозными праздниками з) другое _____
Какая часть помещения (сколько комнат) отапливалась зимой?			Использовались ли средства для мытья тела? Если использовались, то какие?	а) не использовались б) мыло в) щелок, зола	г) травы д) яйца е) другое _____
Какое нагревательное устройство использовалось для отапливания помещения?	а) печь б) голландка в) буржуйка	г) центральное отопление д) другое _____	Соблюдали ли Вы и члены Вашей семьи ежедневную гигиену (чистили зубы, умывались и т.д.)?	а) соблюдали б) не соблюдали	в) другое _____
Какой вид топлива использовался?	а) дрова б) уголь	в) торф г) другое _____	Имелась ли в Вашем нас. пункте парикмахерская? Если нет, то где производилась стрижка волос?	а) имелась парикмахерская	б) парикмахерская отсутствовала Стрижка производилась: _____
Испытывала Ваша семья проблемы, связанные с нехваткой топлива для отопления?	а) не испытывала б) испытывала редко в) испытывала часто	г) испытывала постоянно д) другое _____	Как часто производилась стрижка волос?	а) несколько раз в месяц б) 1 раз в месяц	в) 1 раз в несколько месяцев г) другое _____
Откуда Ваша семья получала топливо для отопления?	а) покупка б) самостоятельная заготовка в лесу	в) государственное или колхозное обеспечение г) другое _____	Укажите индивидуальные средства гигиены, имеющиеся у каждого члена семьи	а) полотенце б) расческа в) зубная щетка г) мыло	д) мочалка е) бритва ж) другое _____
Какие предметы домашней обстановки использовали члены Вашей семьи в качестве спальных мест?	а) кровать б) печь в) полати (нары)	г) на полу д) другое _____	Укажите средства личной гигиены, используемые всеми или несколькими членами семьи?	а) полотенце б) расческа в) зубная щетка г) мыло	д) мочалка е) бритва ж) другое _____
Испытывала ли Ваша семья нехватку спальных мест?	а) испытывала	б) не испытывала	Испытывала Ваша семья проблемы, связанные с нехваткой зимней одежды и обуви?	а) не испытывала б) испытывала редко в) испытывала часто	г) испытывала постоянно д) другое _____
Имелся ли в жилом помещении рукомыльник (раковина)?	а) имелся	б) не имелся	Испытывала Ваша семья проблемы, связанные с нехваткой летней одежды и обуви?	а) не испытывала б) испытывала редко в) испытывала часто	г) испытывала постоянно д) другое _____
Укажите место отправления естественных надобностей в месте Вашего проживания	а) туалет в частном доме б) туалет на улице	в) туалет в коммуналке / общежитии г) ведро-туалет в помещении д) другое _____	Имелась ли в Вашем нас. пункте прачечная?	а) имелась	б) отсутствовала
Где преимущественно мылись Вы и члены Вашей семьи ?	а) личная баня б) общественная баня	в) общий души г) водоем д) другое _____	Как часто производилась	а) ежедневно	е) реже 1 раза в месяц

стирка одежды и белья	<i>б) не менее 2-х раз в неделю</i> <i>в) 1 раз в неделю</i> <i>г) 1 раз в две недели</i> <i>д) 1 раз в месяц</i>	<i>ж) перед крупными государственными или религиозными праздниками</i> <i>з) не производили</i> <i>д) другое _____</i>
Присутствовали ли в Вашем жилом помещении насекомые-паразиты (тараканы, моль, клопы, муравьи и т.д.) или грызуны	<i>а) полностью отсутствовали</i> <i>б) присутствовали на насекомые-паразиты</i>	<i>в) присутствовали грызуны</i> <i>г) присутствовали и насекомые-паразиты и грызуны</i>
В случае наличия насекомых паразитов и грызунов в помещении, проводилась ли борьба с ними?	<i>а) проводилась регулярно</i> <i>б) проводилась редко</i>	<i>в) не проводилась</i> <i>г) другое _____</i>

Раздел 3. Качество и гигиена питания

ВОПРОСЫ	ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ	
Как регулярно употребляли пищу Вы и члены Вашей семьи?	<i>а) 3 раза в день</i> <i>б) 2 раза в день</i> <i>в) 1 раз в день</i>	<i>г) 1 раз в 2 дня</i> <i>д) другое _____</i>
Достаточные ли объемы питания получали Вы и члены Вашей семьи?	<i>а) достаточное</i>	<i>б) недостаточное</i>
Как осуществлялось хранение продуктов?	<i>а) в холодильнике</i> <i>б) в погребе</i>	<i>в) на улице</i> <i>г) другое _____</i>
Укажите продукты, составляющие основу рациона Вашей семьи	<i>а) мясные продукты</i> <i>б) молочные продукты</i> <i>в) хлеб</i>	<i>г) крупы</i> <i>д) овощи</i> <i>е) травы</i> <i>ж) хлебобулочные изделия</i> <i>з) другое _____</i>
Как часто Вы и члены Вашей семьи употребляли мясные продукты?	<i>а) не употребляли</i> <i>б) употребляли редко</i>	<i>в) употребляли часто</i> <i>г) употребляли постоянно</i> <i>д) другое _____</i>
Приходилось ли использовать в пищу пропавшие или перемерзшие продукты?	<i>а) не приходилось</i> <i>б) приходилось редко</i>	<i>в) приходилось часто</i> <i>г) другое _____</i>

Известны ли Вам случаи употребления в пищу мяса умерших животных?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Изменилось ли положение с питанием в первые послевоенные годы? Если изменилось, то как?	<i>а) не изменилось</i> <i>б) положение улучшилось</i>	<i>в) положение ухудшилось</i> <i>г) другое _____</i>
Известны ли Вам случаи голодной смерти в Вашем нас. пункте в годы войны?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Известны ли Вам случаи голодной смерти в Вашем нас. пункте в послевоенные годы?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Мыли ли Вашей семье продукты перед употреблением в пищу	<i>а) не мыли</i> <i>б) мыли редко</i> <i>в) мыли часто</i>	<i>г) мыли постоянно</i> <i>д) другое _____</i>
Проводилась ли термическая обработка продуктов перед употреблением в пищу?	<i>а) не проводилась</i> <i>б) проводилась редко</i>	<i>в) проводилась часто</i> <i>г) проводилась постоянно</i> <i>д) другое _____</i>
Применялось ли хлорирование воды	<i>а) применялось</i>	<i>б) не применялось</i>
Кипятили ли Вы воду перед употреблением?	<i>а) не кипятили</i> <i>б) кипятили редко</i>	<i>в) кипятили часто</i> <i>г) кипятили постоянно</i>
Имелись ли в Вашем нас. пункте места общественного питания?	<i>а) имелись</i>	<i>б) отсутствовали</i>
Имелась ли у каждого члена Вашей семьи индивидуальная посуда для приема пищи?	<i>а) имелась</i>	<i>б) отсутствовала</i>
Мыли в Вашей семье водой посуду после принятия пищи?	<i>а) мыли</i>	<i>б) не мыли</i>

Раздел 4. Санитарное содержание и благоустройство территории

ВОПРОСЫ	ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ	
Как Вы осуществляли утилизацию бытовых отходов и мусора?	<i>а) канализация</i> <i>б) мусорная яма у дома</i> <i>в) мусорные контейнеры</i>	<i>г) стихийная помойка</i> <i>д) другое _____</i>
Вывозился ли мусор?	<i>а) вывозился</i>	<i>б) не вывозился</i>
Проводилась ли в Вашем	<i>а) проводилась</i>	<i>в) другое</i>

нас. пункте уборка общественных мест?	<i>б) не проводилась _____</i>	
Имелись ли в Вашем нас. пункте общественные туалеты?	<i>а) имелись б) имелись не везде б) отсутствовали</i>	
Кладбище в Вашем нас. размещалось	<i>а) вблизи жилых и общественных зданий б) вблизи водозаборных сооружений</i> <i>в) вблизи водных объектов г) не размещалось вблизи перечисленных объектов</i>	
Проводились ли в Вашем нас. пункте субботники?	<i>а) проводились б) не проводились</i>	
Участвовали ли Вы в субботниках?	<i>а) участвовал(-а) б) не участвовал(-а)</i>	
Ваше отношение к субботникам	<i>а) положительное б) негативное (уборку должны осуществлять только соответствующие организации)</i>	

Раздел 5. Гигиена при контакте с животными

ВОПРОСЫ	ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ	
Содержала ли Ваша семья личный скот? Если содержала, то укажите какой и его поголовье.	<i>а) содержала</i>	<i>б) не содержала</i>
Имелись ли в Вашей семье домашние животные ?	<i>а) имелись</i>	<i>б) отсутствовали</i>
Допускались ли домашние животные до предметов мебели (столам, стульям, кроватям и пр.)	<i>а) допускались б) не допускались</i>	<i>в) другое _____</i>
Приходилось ли Вашей семье содержать скот в доме?	<i>а) приходилось б) не приходилось</i>	<i>в) другое _____</i>
Мыли в Вашей семье руки с помощью дез. средств после контакта с животными?	<i>а) не мыли б) мыли редко в) мыли часто</i>	<i>г) мыли постоянно д) другое _____</i>
Проводились ли в Вашем нас. пункте вакцинация скота?	<i>а) проводилась б) не проводилась</i>	<i>в) другое _____</i>
Проводили ли в Вашей семе дегельминтизацию скота и домашних животных?	<i>а) проводили б) не проводили</i>	<i>в) другое _____</i>

Проводилась ли дезинфекция помещений для скота?	<i>а) проводилась б) не проводилась</i>	<i>в) другое _____</i>
Известны ли случаи вспышки сибирской язвы в Вашем или соседних нас. пунктах?	<i>а) известны Нас. пункт: _____</i>	<i>б) не известны</i>
Производилось ли в Вашем нас. пункте захоронение животных в специальных скотомогильниках?	<i>а) производилось б) не производилось</i>	<i>в) другое _____</i>

Раздел 6. Организация здравоохранения и медобслуживание

ВОПРОСЫ	ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ	
Болели ли Вы в период с конца 1930-х до начала 1950-х гг.? Если болели, то укажите заболевание	<i>а) не болел (-а) болел (-а): б) коклюш в) ветрянка</i>	<i>г) скарлатина д) дифтерия е) корь ж) другое</i>
Как часто Вам приходилось болеть в течение указанного периода?	<i>а) ежемесячно б) несколько раз в год в) 1 раз в год</i>	<i>г) 1 раз в несколько лет д) другое _____</i>
В случае заболевания Вы: (распределите по степени важности)	<i>а) обратитесь в мед. учреждение б) прибегните к методам и средствам народной медицины</i>	<i>в) обратитесь к бабушке-знахарке г) прибегните к молитве, посещению церкви д) другое</i>
Имелось ли в Вашем нас. пункте лечебное учреждение?	<i>а) леч. учреждение отсутствовало б) имелась больница в) имелась амбулатория (поликлиника)</i>	<i>в) имелся ФАП г) имелось несколько леч. учреждений д) другое _____</i>
Имелась ли в Вашем нас. пункте возможность получения врачебной помощи? Если нет, то укажите расстояние до ближайшего нас. пункта, в котором имелась такая возможность.	<i>а) имелась в моем нас. пункте</i>	<i>имелась в нас. пункте, расположенном на расстоянии: б) менее 5 км в) 5-10 км г) 11-15 км д) 16-20 км е) 21-30 км</i>

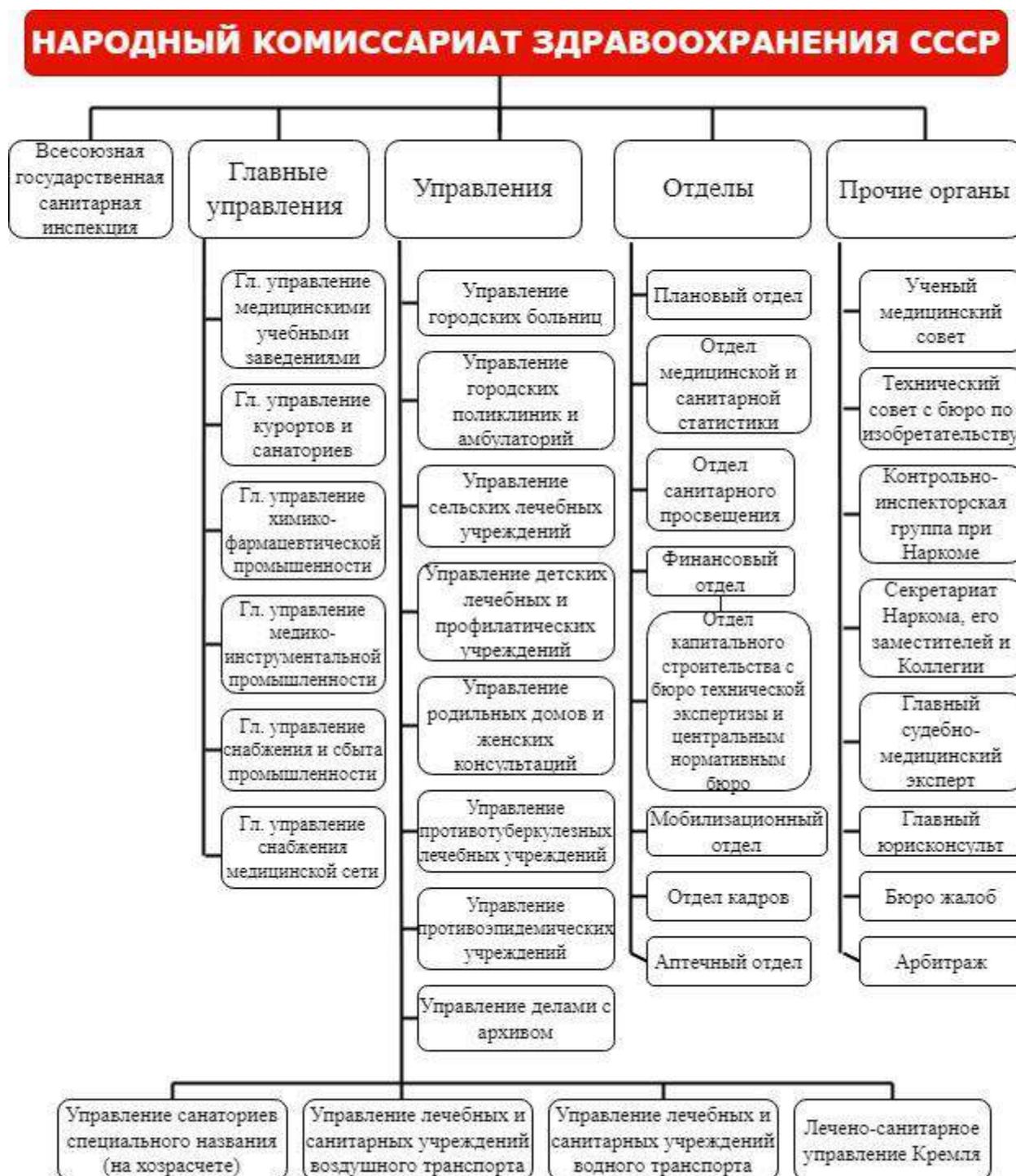
	<i>ж) более 30 км</i>	
Имелась ли возможность вызова медработника на дом?	<i>а) имелась</i>	<i>в) другое</i>
	<i>б) отсутствовала</i>	
Обращались ли Вы или члены Вашей семьи за помощью в леч. учреждения?	<i>а) обращались</i>	<i>б) не обращались</i>
В какие сроки Вы или члены Вашей семьи начинали лечение или обращались за медпомощью в случае заболевания?	<i>а) при появлении первых симптомов</i>	<i>в) при значительном ухудшении состояния</i>
	<i>б) при незначительном ухудшении состояния</i>	<i>г) другое</i>
Были ли случаи госпитализации в Вашей семье?	<i>а) да</i>	<i>б) нет</i>
Находились ли Вы или члены Вашей семьи на санаторном лечении?	<i>а) находились</i>	<i>б) не находились</i>
Приходилось ли Вам или членам Вашей семьи сталкиваться с пренебрежительным отношением со стороны медработников?	<i>а) приходилось</i>	<i>б) не приходилось</i>
Известны ли Вам случаи пренебрежительного отношения к пациентам со стороны мед. работников ?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Известны ли Вам случаи пренебрежительного отношения к больным со стороны руководства на работе?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Повысился ли уровень мед. обеспечения и обслуживания в послевоенную пятилетку?	<i>а) да</i>	<i>б) нет</i>
	<i>в) скорее да</i>	<i>г) скорее нет</i>
Имелась ли в Вашем нас. пункте бабушка-знахарка (целительница)	<i>а) имелась</i>	<i>б) отсутствовала</i>
Прибегали ли Вы или члены Вашей семьи к помощи бабушки-знахарки	<i>а) прибегали</i>	<i>б) не прибегали</i>
Имелась ли в Вашем нас. пункте аптека?	<i>а) имелась</i>	<i>б) отсутствовала</i>
Прибегали ли Вы или члены Вашей семьи к лечению методами народной медицины	<i>а) прибегали</i>	<i>б) не прибегали</i>
Имели ли место случаи смерти в Вашей семье?	<i>а) отсутствовали</i>	<i>в) смерть в трудоспособном</i>
	<i>б) смерть во</i>	

	<i>младенческом или детском возрасте</i>	<i>возрасте</i>
		<i>г) смерть в пожилом возрасте</i>
Известны ли Вам случаи детской смертности в других семьях	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Имелись ли в Вашем нас. пункте детсад или постоянные ясли	<i>а) имелись</i>	<i>б) отсутствовали</i>
Была ли в Вашем нас. пункте повитуха?	<i>а) была</i>	<i>б) не было</i>
Известны ли Вам случаи обращения за помощью к повитухе?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Известны ли Вам случаи женской смертности во время родов?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Известны ли Вам случаи совершения аборта?	<i>а) известны</i>	<i>б) не известны</i>
Охарактеризуйте общественное отношение к совершению аборта	<i>а) положительное</i>	<i>в) негативное</i>
	<i>б) нейтральное</i>	<i>г) другое</i>
Случались ли в Вашем или соседних нас. пунктах эпидемии?	<i>а) случались</i>	<i>б) отсутствовали</i>
Известны ли Вам случаи массовой смертности от заболеваний в Вашем и соседних нас. пунктах	<i>а) известны</i>	<i>б) известны</i>
Проходили ли Вы или члены Вашей семьи вакцинацию?	<i>а) проходили</i>	<i>б) не проходили</i>
Как часто жители Вашего нас. пункта употребляли алкоголь?	<i>а) по праздникам</i>	<i>в) в выходные дни</i>
	<i>б) ежедневно</i>	<i>г) другое</i>
Откуда Вы получали гигиенические знания?	<i>а) от старших членов семьи</i>	<i>в) из газет и радио</i>
	<i>б) в процессе обучения</i>	<i>г) от медработников</i>
		<i>д) другое</i>

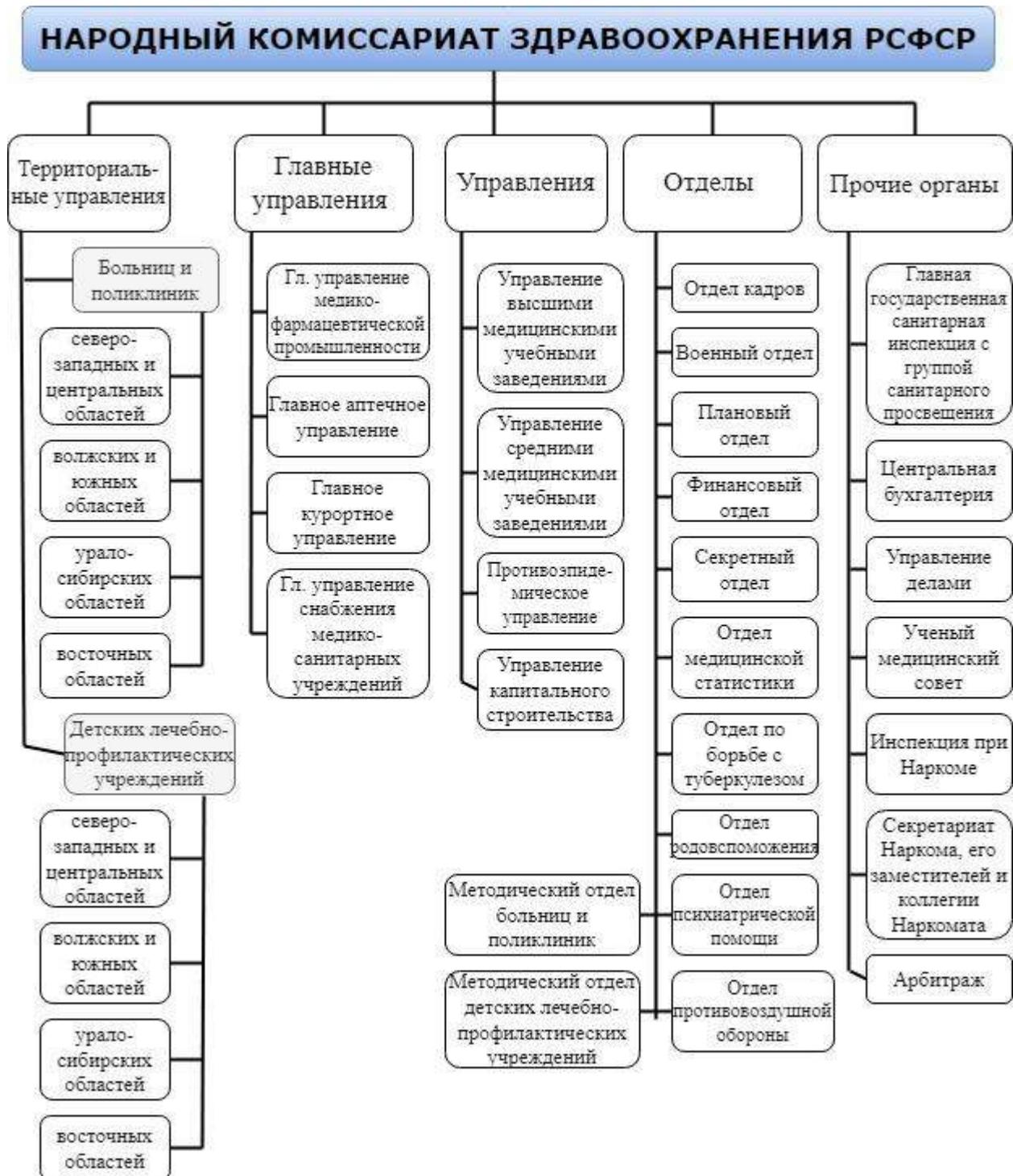
Раздел 7. Оценка уровня благосостояния

ВОПРОСЫ	ВАРИАНТЫ ОТВЕТОВ	
Оцените уровень обеспечения Вашей семьи жилой площадью	<i>а) высокий</i>	<i>в) низкий</i>
	<i>б) средний</i>	<i>г) другое</i>
Оцените уровень обеспечения Вашей семьи чистой водой	<i>а) высокий</i>	<i>в) низкий</i>
	<i>б) средний</i>	<i>г) другое</i>
Оцените уровень обеспечения Вашей семьи одеждой и обувью	<i>а) высокий</i>	<i>в) низкий</i>
	<i>б) средний</i>	<i>г) другое</i>

Структура центрального аппарата НКЗ СССР в соответствии с Постановлением СНК СССР «Об организационной структуре Народного Комиссариата Здравоохранения СССР» от 1 июля 1940 г.¹



¹Составлено по: Об организационной структуре Народного Комиссариата Здравоохранения СССР: Постановление СНК СССР от 01.07.1940 № 1117 // СП СССР. 1940. № 19. Ст. 468.

Структура Народного комиссариата здравоохранения РСФСР на 21 мая 1941 г.¹

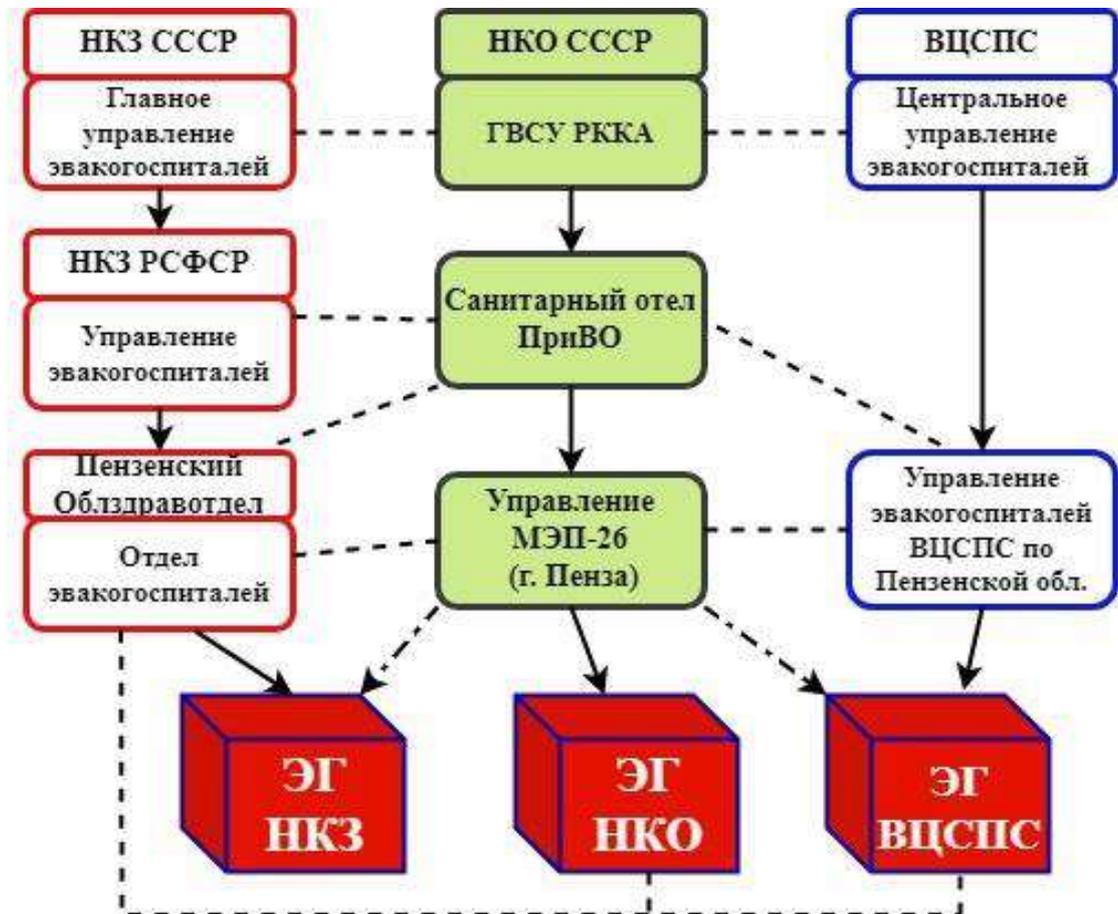
¹Составлено по: О структуре Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР: Постановление СНК РСФСР от 19.05.1940 № 374 // СП РСФСР. 1940. № 10. Ст. 43; О частичном изменении структуры и штата Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР: Постановление СНК РСФСР от 21.05. 1941 № 345 // Собрание постановлений и распоряжений правительства РСФСР. 1941. № 6. Ст. 32.

**Система органов управления здравоохранением Пензенской области
накануне Великой Отечественной войны¹**



¹ Составлено по: Об утверждении Положения и структуры Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР и Положения о краевом (областном) отделе здравоохранения: Постановление СНК РСФСР от 19.03.1939 № 117 // СП РСФСР. 1939. № 6. Ст. 16. Санаторно-курортное управление в составе облздравотдела было организовано в 1941 г. // ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 274. Л. 45.

**Система органов управления эвакуогоспиталями (госпитальной базой)
Пензенской области¹**



Условные обозначения:

- подчинение во всех отношениях
- оперативное подчинение
- взаимодействие

¹Составлена автором на основе изучения совокупности архивных материалов и литературы по теме исследования.

Карта-схема пунктов развертывания эвакуогоспиталей Пензенской области¹



¹ Составлено на основе обобщения следующих данных: В тылу герои не забыты. История эвакуационных госпиталей на территории Пензенской области в годы Великой Отечественной войны / Л.В. Казакова, К.В. Кривулин, В.М. Матюшин, С.Н. Мельников. Пенза, 2019. С. 390-392, 398-405.; ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 420, 579, 679, 718

**Развитие сети лечебно-стационарных учреждений
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Тип учреждения	Местность	Годы					
		1940	1941	1942	1943	1944	1945
Общие и специальные больницы	город	18	18	18	18	19	19
	село	53	54	53	55	56	58
Туберкулезные больницы (без детских)	город	–	–	–	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	1
Детские больницы (без туберкулезных)	город	3	3	3	3	3	3
	село	–	–	–	–	–	–
Родильные дома	город	5	5	5	5	5	5
	село	14	14	13	13	13	15
Физиотерапевтические больницы	город	1	1	1	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Итого лечебно-стационарных учреждений	город	27	27	27	28	29	29
	село	67	68	66	68	69	74
Коек в них сметных	город	2 117	2 057	2 151	2 336	2 670	2 890
	село	1 676	1 682	1 635	1 722	1 687	1 960
Коек в них фактических	город	2 095	2 039	2 101	2 336	2 665	2 890
	село	1 656	1 682	1 635	1 690	1 697	1 950
Кроме того, психиатрические больницы	город	1	1	1	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	–

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 2-2 об.; Там же. Д. 600. Л. 2.; Там же. Д. 787. Л. 2.; Там же. Д. 946. Л. 1 об.-2.; Там же. Д. 1096. Л. 1 об.-2.; Там же. Д. 1336. Л. 1 об. Указано число учреждений по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

**Динамика сети санитарно-эпидемических учреждений
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Типы учреждений	Местность	Годы					
		1940	1941	1942	1943	1944	1945
Санитарно-эпидем. станции	город	6	8	8	11	13	12
	село	4	4	5	25	26	28
Санитарно-бактериолог. лаборатории самостоятельные	город	3	3	2	2	2	3
	село	–	–	–	–	–	–
Дезстанции и дезпункты	город	3	3	3	6	6	3
	село	–	–	–	–	–	–
Пастеровские станции	город	3	3	3	3	–	–
	село	–	–	–	–	–	–
Коревые лаборатории	город	2	1	1	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Малярийные станции и пункты	город	11	11	10	10	10	11
	село	18	18	18	18	18	18
Бруцеллезные станции	город	1	1	1	1	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Туляремийные станции	город	–	–	–	–	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Санитарно-гигиенич. лаборатории самостоятельные	город	1	1	1	1	1	–
	село	–	–	–	–	–	–
Молочно-контрольные станции	город	3	3	3	4	4	4
	село	–	–	–	–	–	–
Домов сан просвещения	город	1	1	–	–	1	1
	село	–	–	–	–	–	–
Итого санитарно-противоэпид. и профилакт. учреждений	город	34	35	32	39	40	37
	село	22	22	23	43	44	46
Кроме того, число годных дезкамер стационарных	город	5	7	Нет данных	46	42	39
	село	–	2		22	21	52
Из них действующих дезкамер стационарных	город	5	7		40	42	39
	село	–	2		19	21	52
Кроме того, число годных дезкамер подвижных	город	25	14		51	55	42
	село	102	99		85	86	141
Из них действующих дезкамер подвижных	город	25	14		45	55	42
	село	102	99		65	85	141
Кроме того, простейших вошебок	город	Нет данных			16	5	5

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 96. Л. 11-12.; Там же. Д. 167. Л. 11-11 об., 13; Там же. Д. 600. Л. 4 об., 6.; Там же. Д. 787. Л. 4 об., 6-6 об.; Там же. Д. 946. Л. 8, 9-9 об.; Там же. Д. 1096. Л. 8, 9-9 об.; Там же. Д. 1336. Л. 8, 9-9 об. Указано фактическое число учреждений по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

**Специализация врачебных кадров гражданского здравоохранения
Пензенской области (1940-1945 гг.)¹**

Специальности	Годы											
	31 дек 1940		31 дек 1941		31 дек 1942		31 дек 1943		31 дек 1944		31 дек 1945	
	Абс.	%										
Терапевтов	162	37,1	324	41,4	302	43,3	246	46,4	238	49,0	230	43,2
Хирургов	55	12,6	95	12,1	67	9,6	35	6,6	38	7,8	57	10,7
Акушеров и гинекологов	39	8,9	62	7,9	42	6,0	34	6,4	29	6,0	34	6,3
Педиатров	56	12,8	122	15,6	112	16,1	80	15,5	67	13,8	66	12,5
Глазников	10	2,3	18	2,3	17	2,4	11	2,0	9	1,9	9	1,7
Отоларингологов	5	1,1	7	0,9	14	2,0	6	1,1	6	1,2	8	1,5
Невропатологов	6	1,4	14	1,8	10	1,4	9	1,7	4	0,8	6	1,1
Психиатров	13	3,0	16	2,0	13	1,9	9	1,7	8	1,6	9	1,7
Туберкулезников	6	1,4	9	1,1	10	1,4	5	0,9	9	1,9	11	2,1
Дермато-венерологов	10	2,3	15	1,9	13	1,9	9	1,7	12	2,5	11	2,1
Рентгенологов	9	2,1	11	1,4	10	1,4	6	1,1	4	0,8	9	1,7
Онкологов	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	0,4
Врачей по физкультуре	1	0,2	6	0,8	2	0,3	–	–	–	–	1	0,2
Маляриологов	11	2,5	10	1,3	9	1,3	8	1,5	6	1,2	8	1,5
Эпидемиологов	9	2,1	17	2,2	11	1,6	14	2,6	12	2,5	14	2,6
Инфекционисты	4	0,9	–	–	–	–	5	0,9	6	1,2	6	1,1
Бактериологов	17	3,9	18	2,3	18	2,6	13	2,4	12	2,5	9	1,7
Санитарных врачей	11	2,5	20	2,6	26	3,7	23	4,3	18	3,7	30	5,6
Судмедэкспертов	5	1,1	4	0,5	4	0,6	1	0,2	3	0,6	2	0,4
Стоматологов	2	0,4	15	1,9	11	1,6	11	2,1	3	0,6	7	1,3
Прочих специальностей	–	–	–	–	6	0,9	5	0,9	2	0,4	3	0,6
Итого физических лиц	437	100	783	100	697	100	530	100	486	100	532	100
Кроме того												
Зубных врачей	63		88		77		76		96		76	
Фармацевтов с ВО	10		13		21		19		22		20	
Инструкторов методистов по леч. физ-ре	–		–		1		–		–		–	

¹ Составлено по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13 об.; Там же. Д. 600. Л. 7 об.; Там же. Д. 787. Л. 7 об.; Там же. Д. 946. Л. 11 об.; Там же. Д. 1096. Л. 11 об.; Там же. Д. 1336. Л. 11 об. Данные указаны по учреждениям системы Облздравотдела, без учета врачебных кадров эвакуогоспиталей Пензенской области по состоянию на 31 декабря соответствующего года

Список «знатных людей» системы здравоохранения Пензенской области (1944 г.)¹

№	ФИО	Должность и место работы	Чем отмечен
1	Сойнов Аркадий Фадеевич	Ведущий хирург ЭГ № 5336 (Беково)	Орден Ленина
2	Протопопов Александр Сергеевич	Хирург Пензенской Центральной городской б-цы	Орден Красной Звезды
3	Маят Валентин Сергеевич (<i>ФИО зачеркнуты ручкой – Прим. авт.</i>)	Главный хирург ОЭГ Пензенского облздравотдела	Медаль «За трудовую доблесть»
4	Бояров Андрей Николаевич	Зав. Кузнецкой детской б-цей	Орден «Знак Почета»
5	Разумова Валентина Апполоновна	Зав. Сердобской детской консультацией	Медаль «За трудовую доблесть»
6	Гетманец Феодосий Диомидович	Главврач Урлейской б-цы Кондольского р-на	Медаль «За трудовую доблесть»
7	Косицин Иван Львович	Директор Пензенской фармацевтической школы	Медаль «За трудовое отличие»
8	Слепцов Алексей Васильевич	Зав. отделом здравоохранения Кузнецкого р-на	то же
9	Споткай Тимофей Степанович	Зав. Н-Ломовской детской б-цей	то же
10	Агалакова Мария Никитична	Фельдшер Земетчинской районной б-цы	Значок «Отличнику здравоохранения»
11	Бетева Варвара Константиновна	Медсестра Пензенского городского роддома	то же
12	Кострицын Владимир Николаевич	Начальник против-эпидем. упр-я Пензенского облздравотдела	то же
13	Кузьмина Татьяна Григорьевна	с/х городская б-ца	то же
14	Бубнова Пелагея Яковлевна	акушерка Кевдо-Мельситовского врачебного участка Каменского р-на	то же
15	Великанов Василий Петрович	Аптека № 57 (г. Пенза)	то же
16	Карагизов Константин Александрович	Главврач Ленинского б-цы Терновского р-на	то же
17	Крипашапова Елена Акимовна	Зав. детскими яслями	то же
18	Левков Александр Иванович	Начальник ЭГ № 1648 (г. Пенза)	то же
19	Лесков Григорий Степанович (<i>ФИО зачеркнуты ручкой – Прим. авт.</i>)	Начальник ЭГ № 2776 (пос. Сура Никольского р-на)	то же
20	Малкин Абрам Семенович	Врач-окулист Пензенской Центральной городской б-цы	то же
21	Меднов Алексей Петрович	Директор Пензенской фельдшерско-акушерской школы	то же

¹ Составлено по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1021. Л. 5-6. Название таблицы указано в соответствии с первоисточником.

22	Милушев Умар Мухамеджанович (Юрий Михайлович)	Начальник станции переливания крови (г. Пенза)	то же
23	Олейникова Зинаида Иосифовна	Главврач Пензенской психиатрической больницы	то же
24	Просвирнин Валентин Иванович	Преподаватель Пензенской фельдшерско-акушерской школы	то же
25	Маят Елена Вячеславовна (<i>ФИО зачеркнуты ручкой – Прим. авт.</i>)	Зав. отделением ЭГ № 1648 (г. Пенза)	то же
26	Соколов Михаил Никитович	Зав. спецполиклиникой (г. Пенза)	то же
27	Бубнов Михаил Михайлович	Фельдшер Большевьясской районной б-цы	то же
28	Свинолупова Зинаида Васильевна	Инспектор по кадрам ОЭГ Пензенского облздравотдела	то же
29	Слезин Сергей Константинович (<i>ФИО зачеркнуты ручкой – Прим. авт.</i>)	Зав. Пензенским облздравотделом (до февраля 1944 г.)	то же
30	Солнцева Серафима Алексеевна	Зав. отделением Пензенской психиатрической больницы	то же
31	Строгов Иван Павлович	Зав. Канаевским фельдшерско-акушерским пунктом Городищенского р-на	то же
32	Ерименко (Еременко) Демид Никитович	Зав. галеновой лабораторией (г. Пенза)	то же
33	(<i>Текст неразборчив – Прим. авт.</i>)	Зав. урологического отделения ЭГ № 1649 (г. Пенза)	то же
34	Забезинский Лев Моисеевич	Директор Пензенского института эпидемиологии и микробиологии (ПИЭМ)	то же
35	Никольская Антонина Алексеевна	Зав. лабораторией кишечных инфекций ПИЭМа	то же
36	Степанова Евгения Яковлевна	Научный работник ПИЭМа	то же
37	Трифонова (<i>Имя и отчество не указаны – Прим. авт.</i>)	Санитарка ПИЭМа	то же
38	Портнова Зинаида Васильевна	Сотрудник коревого отделения ПИЭМа	то же
39	(Альтбакинова / Альбокринова) Елена Петровна	Медсестра Большевьясской районной б-цы	то же
40	Архипова Варвара Михайловна	Врач-педиатр детской поликлиники	то же
41	Бродская Вера Марковна	Начальник мед. части Пензенской Центральной городской б-цы	то же
42	Волчкова Елена Кузьминична	Главврач Большевьясской районной б-цы	то же
43	Васильева Вера Ивановна	Фельдшер (пос. Сосновоборск)	то же
44	Васильева Вера Спиридоновна	Фельдшер Урлейской б-цы Кондольского р-на	то же
45	Векслер Ольга Борисовна	Зав. зубоветеринарного отделения Пензенской фельдшерско-акушерской школы	то же
46	Гарнауэр Надежда Федоровна	Врач Пензенской психиатрической б-цы	то же
47	Закгейм Полина Борисовна	Госсанитарный инспектор Камешкирского р-на	то же
48	Ицкович Борис Павлович	Главврач Сосновоборской районной б-цы	то же
49	Коробкова-Виноградова Елена Михайловна	Зав. Пензенским горздравотделом	то же
50	Кононова Мария Герасимовна	Зав. Каменский райздравотделом	то же
51	Кирпичников Иван Григорьевич	Терапевт б-цы им. Семашко (г. Пензы)	то же
52	Литвиненко Мария Васильевна	Главврач Головинщинской районной б-цы	то же
53	Литвина Елена Васильевна	Старший госсанитарный инспектор Пензенской обл.	то же
54	Макарова Елизавета	Главврач районной б-цы Мокшанского р-на	то же

	Константиновна		
55	Монаенко Клавдия Федоровна	Зам. зав. Пензенским облздравотделом	то же
56	Мокроусова Марина Николаевна	Зав. Большевьяским райздравотделом	то же
57	Небосклонов Леонид Константинович	Главврач Городищенской районной б-цы	то же
58	Надеждин Василий Степанович	Госсанинспектор (г. Пенза)	то же
59	Орлова Евгения Васильевна	Врач-эпидемиолог (г. Пенза)	то же
60	Ольга Васильевна (Текст неразборчив – Прим. авт.)	Инспектор детского сектора Пензенского облздравотдела	то же
61	Панина Пелагея Васильевна	Повар Сосновоборской районной б-цы	то же
62	Русинов Александр Степанович	Главврач Сердобской районной б-цы	то же
63	Рассадина Александра Владимировна	Начальник бюро судебно-медицинский экспертизы Пензенской обл.	то же
64	Разумов Григорий Алексеевич	Госсаинспектор г. Сердобска	то же
65	Сапожникова Татьяна Ивановна	Зав. Земетчинским райздравотделом	то же
66	Троицкая Станислава Николаевна (ФИО зачеркнуто ручкой – Прим. авт.)	Инспектор лечебного сектора Пензенского облздравотдела	то же
67	Темногрудов Алексей Александрович	Инспектор лечебного сектора Пензенского облздравотдела	то же
68	Горопцева Александра Егоровна	Зав. Чаадаевским райздравотделом	то же
69	Тимофеев Алексей Васильевич	Врач Большевьясской районной б-цы	то же
70	Успенская Любовь Сергеевна	Зав. Даниловским райздравотделом	то же
71	Файнштейн Виктор Романович	Стоматолог Пензенской Центральной городской б-цы	то же
72	Шнеерсон Белла Михайловна	Главврач Башмаковской районной б-цы	то же

Социокультурный состав врачебных кадров Пензенской области (1943,1945 гг.)¹

Показатель (категории)	по состоянию на 01.09.1943		по состоянию на 31.12.1945	
	Количество врачей	%	Количество врачей	%
По полу				
мужчин	82	17	144	27
женщин	398	83	388	73
По возрасту				
до 25 лет	33	7	113	21
от 25 до 35 лет	182	38	93	17
от 36 до 45 лет	145	30	157	30
старше 45 лет	120	25	170	32
По стажу работы				
менее 5 лет	167	35	191	36
от 5 до 10 лет	105	22	126	24
более 10 лет	208	43	215	40
По национальности				
Русские	340	71	379	71
Мордва и татары	3	≈1	8	≈ 1
Евреи	120	25	120	23
Других национальн.	17	4	25	5
По социальному происхождению				
Рабочие	50	10	69	13
Крестьяне	45	9	78	15
Служащие	385	81	385	72
По партийной принадлежности				
Члены ВКП (б)	30	6	29	5
Кандидаты в члены ВКП (б)	5	1	19	4
Члены ВЛКСМ	?	?	38	7
Беспартийные	445	93	446	84
Всего	480	100	532	100

¹ Рассчитано и составлено автором по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 449. Л. 31; ГАПО. Ф. р-2367. Оп. 1. Д. 17. Л. 51; Данные за 1943 г. представлены с учетом работников облздрава и горздравов.

Динамика показателей медицинских кадров городского и сельского здравоохранения Пензенской области (1940-1945 гг.)¹

Категория	Показатели	Местность	Годы						
			1940	1941	1942	1943	1944	1945	
Врачебные кадры	Штатных должностей (шт.)	город	470	490	507	560,75	599	647,5	
		село	223,5	261	242	330,5	333	362,25	
	Занятых должностей (шт.)	город	412,75	413	457	482,75	530,25	577	
		село	172,25	217	218	268,5	273	276,75	
	Физических лиц (чел.)	город	301	537	479	342	322	358	
		село	136	246	218	188	164	174	
	Укомплектованность (%)	город	87,8	84,3	90,1	86,0	88,5	89,1	
		село	77,1	83,1	90,1	81,2	82,0	76,4	
	Коэффициент совместительства (ставок на чел.)	город	1,4	0,8	0,9	1,4	1,7	1,6	
		село	1,27	0,9	1,0	1,4	1,7	1,6	
	Средние медицинские кадры	Штатных должностей (шт.)	город	1290	1 531	1 550	1 644,5	1 682	1 803
			село	1 390	1 460	1 428	1 647	1 844	2 139
Занятых должностей (шт.)		город	1 229,5	1 329	1 318	1 367	1 408,5	1 626,5	
		село	1 285	1 290	1 282	1 369	1 450	1 681,5	
Физических лиц (чел.)		город	1 227	1 750	1 504	1 049	1 238	1 388	
		село	1 275	1 430	1 347	1 169	1 378	1 580	
Укомплектованность (%)		город	95,3	86,8	85,0	83,1	83,7	90,2	
		село	92,5	88,4	89,8	83,1	78,6	78,6	
Коэффициент совместительства (ставок на чел.)		город	1,0	0,8	0,9	1,3	1,2	1,2	
		село	1,0	0,9	1,0	1,2	1,1	1,1	

¹ Рассчитано и составлено автором по: ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 6. Д. 167. Л. 13.; Там же. Д. 600. Л. 7.; Там же. Д. 787. Л. 7.; Там же. Д. 946. Л. 10 об.-11.; Там же. Д. 1096. Л. 10 об.-11.; Там же. Д. 1336. Л. 10 об.-11. Указано фактическое число коек по состоянию на 31 декабря соответствующего года.

Профилизация и численность врачей эвакогоспиталей Пензенской области, прошедших курсы специализации и повышения квалификации (1941-1944 гг.)¹

Наименование курсов	Годы							
	1941		1942		1943		1944	
	Без отрыва	С отрывом						
По хирургии	12	–	86	45	52	19	50	20
По нейрохирургии	–	–	–	4	–	–	–	–
По челюстно-лицевой хирургии	–	–	–	–	–	1	–	–
По травматологии	–	–	–	2	–	2	–	–
По переливанию крови	–	–	40	–	45	–	–	–
По протезированию	–	–	–	1	–	2	–	–
По лабораторному делу	–	–	–	–	–	3	–	–
По диетологии и леч. питанию	–	–	–	1	–	–	7	9
По рентгенологии	–	–	–	2	–	3	9	9
По физиотерапии и ЛФК	–	–	26	2	17	9	–	1
Врачей ЛФК для ЭГ г. Пензы	–	10	–	32	–	15	–	5
По трудотерапии	–	–	–	–	–	–	–	3
Начальников госпиталей	–	–	–	1	–	–	–	–
Начальников мед. части	–	–	–	–	4	–	3	–
Начальников инфекц. отделений	–	–	–	–	1	–	–	–
Ведущих хирургов	–	–	–	–	7	–	–	–
Терапевтов и инфекционистов	–	–	–	–	–	7	46	–
Курсы, проведенные бригадами профессоров НКЗ	–	–	169	–	–	–	–	–
Всего	12	10	321	90	126	61	115	47

¹Составлено по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 891. Л. 21.

**Динамика абсолютных показателей валового производства
Пензенского института эпидемиологии и микробиологии (1940-1945 гг.)¹**

Наименование препарата	Ед. изм.	Годы						
		1940	1941	1942	1943	1944	1945	
Оспенный детрит	тыс. шт.	6300	6300	6100	5433	5166	7800	
Коревая сыворотка	литры	455	483	634	610	650	883	
Дизентерийный бактериофаг	жидкий	литры	1470	3605	8041	4826	4023	5287
	сухой	тыс. шт.	–	–	–	18	555	560
Брюшнотифозный бактериофаг	литры	–	–	–	25	601	3 145	
Раневой бактериофаг	литры	–	–	–	12	41	–	
Тривакцина	литры	–	–	1 100	1 278	1500	1354	
Дизентерийная вакцина	перосная	литры	–	–	496	947	1005	1266
	подкожн.	литры	–	–	–	–	1057	260
	в табл.	тыс. шт.	–	246	445	–	–	–
Пентавакцина	литры	–	–	–	–	–	2085	
Дифтерийный анатоксин	литры	380	859	1 045	548	72	801	
Дифтерийная сыворотка	АЕ	–	–	–	–	7,2	–	
Антирабическая вакцина	литры	90	90	166	100	60	63	
Диагностикум	литры	–	9,8	45	10	17	14	

¹Составлено по: ГАПО. Ф. р-1197. Оп. 1. Д. 116. Л. 114.

Динамика заболеваемости населения Пензенской области (1940-1946 гг.)¹

Заболевание	Показатель	Годы						
		1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Сыпной тиф	Абсолютный	857	928	7 915	1 750	2 549	2 382	1 277
	Коэффициент	4,8	5,2	44,4	9,8	15,4	14,4	7,7
Брюшной тиф	Абсолютный	1 126	947	1 158	2 242	1 662	582	1 577
	Коэффициент	6,3	5,3	6,5	12,5	10,1	3,5	9,5
Дизентерия	Абсолютный	5 627	3 705	1 916	736	334	128	194
	Коэффициент	31,6	20,8	10,7	4,1	2,0	0,8	1,2
Дифтерия	Абсолютный	2 644	3 430	6 466	2 688	741	413	337
	Коэффициент	14,8	19,2	36,3	15,1	4,5	2,5	2,0
Скарлатина	Абсолютный	2 227	3 284	1 848	368	209	1 441	2 636
	Коэффициент	12,5	18,4	10,3	2,0	1,3	8,7	15,9
Корь	Абсолютный	8 183	11 250	3 938	1 510	3 412	4 954	4 849
	Коэффициент	45,9	63,2	22,1	8,4	20,7	30,0	29,4
Коклюш	Абсолютный	4 170	3 753	1 844	1 079	3 590	1 450	848
	Коэффициент	23,9	21,0	10,3	6,0	21,8	8,8	5,1
Грипп	Абсолютный	116 166	98 793	84 283	87 932	81 262	81 190	85 355
	Коэффициент	683,3	581,1	495,7	517,2	492,1	492,0	517,3
Малярия	Абсолютный	47 329	45 998	36 364	26 751	26 469	21 140	19 179
	Коэффициент	277,4	268,7	198,5	153,5	148,6	128,1	116,2
Туберкулез	Состояло на учете на начало года	1 780	2 431	2 964	6 878	8 432	9 058	5 140
	Взято на учет	800	740	4482	2 128	818	691	Нет данных

¹ Составлено по: ГАПО. Ф. р-1320. Оп. 1. Д. 1049. Л. 22-26; Там же. Д. 1048. Л. 47-49 об., 75, 78-79; Отчет ГСИ по Пензенской области за 1945 г. Л. 209; Отчет ГСИ по Пензенской области за 1946 г. Л. 274, 285. // ФБУЗ «ЦГиЭ ПО». Коэффициент заболеваемости приводится в расчете на 10 тыс. чел.

Сведения об умерших по причинам смерти по г. Пензе (1940-1945 гг.)¹

Причины смерти	Показатель	Годы					
		1940	1941	1942	1943	1944	1945
Брюшной тиф и паратиф	Абсолютн.	71	35	61	136	42	24
	%	1,7	0,7	0,9	2,6	1,0	1,0
Дизентерия	Абсолютн.	28	106	165	83	31	1
	%	0,7	2,1	2,4	1,6	0,8	0,05
Гемоколит	Абсолютн.	80	52	127	24	12	4
	%	1,9	1,0	1,9	0,5	0,3	0,2
Токсическая диспепсия	Абсолютн.	401	345	277	105	34	48
	%	9,6	6,9	4,1	2,0	0,8	1,9
Острый гастроэнтероколит	Абсолютн.	385	354	460	234	125	108
	%	9,2	7,1	6,7	4,5	3,1	4,3
Корь	Абсолютн.	160	201	32	13	31	12
	%	3,8	4,0	0,5	0,2	0,8	0,5
Скарлатина, коклюш	Абсолютн.	58	108	63	12	17	23
	%	1,4	2,2	0,9	0,2	0,4	0,9
Дифтерия	Абсолютн.	96	142	222	72	20	12
	%	2,3	2,9	3,3	1,4	0,5	0,5
Грипп	Абсолютн.	92	39	50	12	6	4
	%	2,2	0,8	0,7	0,2	0,1	0,2
Сыпной тиф	Абсолютн.	4	3	164	19	13	19
	%	0,1	0,1	2,4	0,4	0,3	0,8
Малярия	Абсолютн.	34	38	34	19	23	9
	%	0,8	0,8	0,5	0,4	0,6	0,4
Туберкулез органов дыхания	Абсолютн.	390	448	800	840	573	419
	%	9,3	9,0	11,7	16,0	14,2	16,7
Прочие формы туберкулеза	Абсолютн.	67	68	124	92	60	59
	%	1,7	1,4	1,8	1,8	1,5	2,3
Все виды воспаления легких	Абсолютн.	474	678	697	390	323	204
	%	11,4	13,6	10,2	7,4	8,0	8,1
Все формы рака и злокач. новообразований	Абсолютн.	150	173	?	145	106	157
	%	3,6	3,5	?	2,8	2,6	6,3
Болезни сердца	Абсолютн.	374	554	?	1 264	1 217	419
	%	9,0	11,1	?	24,1	30,1	16,7
Насильственная смерть и самоубийство	Абсолютн.	31	34	?	44	35	43
	%	0,7	0,7	?	0,8	0,9	1,7
Производств. и прочие травмы и отравления	Абсолютн.	111	118	69	143	129	137
	%	2,7	2,4	1,0	2,7	3,2	5,5
Прочие болезни и причины смерти	Абсолютн.	930	1 193	3 482 (51%)	1 146	808	568
	%	22,3	24,0		21,8	20,0	22,6
Неточно обознач. и не вошедшие в классификацию причины смерти	Абсолютн.	237	287		454	438	240
	%	5,7	5,8		8,7	10,8	9,6
ВСЕГО	Абсолютн.	4 173	4 976	6 827	5 247	4 043	2 510
	%	100	100	100	100	100	100

¹ Рассчитано и составлено автором по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 214. Л. 9 об.; Там же. Д. 275. Л. 27 об.; Там же. Д. 343. Л. 109; ГАПО. Ф. р-921. Оп. 1. Д. 982. Л. 92 об.; ГАПО. Ф. р-568. Оп. 1. Д. 220. Л. 50 об.; Там же. Д. 402. Л. 86 об.