

ИСТОРИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В КАЗАХСТАНЕ В 20-Е ГОДЫ

В статье представлены данные о первых шагах становления государственной системы охраны материнства и детства в Казахстане. Приведены уникальные архивные материалы Казнаркомздрава 20-х годов прошлого века: статистика здравоохранения, показатели заболеваемости, смертности детей, санитарно-гигиенические условия детских домов и приемников для беспризорных детей, усилия государства в борьбе с голодом и болезнями, мероприятия по охране материнства.

Ключевые слова: Наркомздрав (НКЗ), охрана материнства и детства (ОМД), Детские дома, Дома младенчества, приемники, инфекционная заболеваемость, голод.

История создания государственной системы здравоохранения Казахстана, в том числе охраны материнства и детства, начинается с декрета Совета Народных Комиссаров РСФСР от 10 июля 1919 года о создании Военно-Революционного комитета по управлению Киргизским (Казахским) краем. Постановлением данного Военно-Революционного комитета 12 сентября 1919 года был организован отдел здравоохранения (Кирздравотдел), которому поручалась организация медицинского обслуживания населения края. Отделом сначала заведовала врач Шишкина О.В., а с ноября 1919 года Демченко А.А.

Через год, 25 августа 1920 года, декретом ВЦИК и СНК была образована Автономная Киргизская (Казахская) Социалистическая Советская республика. Этим декретом учреждались наркоматы, в т.ч. и наркомат здравоохранения, который возглавил Михаил Сергеевич Шамов. На НКЗ было возложено руководство всем делом охраны здоровья населения республики. В том же году составе Народного Комитета здравоохранения республики был организован отдел охраны материнства и младенчества. Этот отдел стал разрабатывать и проводить в жизнь все постановления и распоряжения в области охраны материнства и младенчества непосредственно или через законодательные органы, перед которыми отчитывался [1, 2]. Положение было крайне тяжелым. К середине 1920 года в республике работали всего 23 больницы на 814 коек и 86 амбулаторий, из них в Тургайской области 10 больниц, в Букеевской области – 4 больницы, в Уральской области – 9 больниц. В целом было 35 врачей, 72 фельдшера и 75 акушерок, 3 медицинские сестры (без Акмолинской и Семипалатинской областей) [3].

Работа осложнялась огромными трудностями: развязанная длительная гражданская война и насильственная коллективизация привели в полной экономической разрухе. Это привело к массовому голоду, миграции населения, росту смертности и появлению огромного числа беспризорных детей. Осенью 1921 года голод в Казахстане принял угрожающие размеры – из 6 млн. населения республики число голодающих составило 1 млн. 560 тыс чел., а весной 1922 года число голодающих возросло до 2 млн. 855 тыс. Отмечалась очень высокая смертность, особенно среди детей в возрасте до 1 года: в 1920 году – до 70%, в 1921 году она составила 80-90% [4].

Медицинская помощь была крайне скудной – в 1921 году в Казахстане было всего 257 врачей всех специальностей, 87 врачебных участков, 394 фельдшерских пунктов, число фельдшеров – 1214, акушерок - 156. Среди голодающего взрослого и детского населения росли показатели заболеваемости, в том числе социальными болезнями – туберкулезом, педикулезом, тифами, анемией и др. [4]. Госпитализация инфекционных больных не соответствовала потребностям ввиду низкой обеспеченности стационарными койками: по данным Наркомздрава КазССР обеспеченность инфекционными койками составляла в 1921 году всего 7,7 коек на 10000 населения, в 1922 году – 7,6 коек, но специализированных детских стационаров не было, больные дети госпитализировались в больницы для взрослых [5]. По данным за 1921 год дети, больные туберкулезом, никакой медицинской помощи не получали даже в административном центре республики - г. Оренбурге. Коллегия Наркомздрава КазССР обсуждала этот вопрос и считала необходимым открытие детских диспансеров или стационарных отделений и обязательное социальное обеспечение детей полноценным питанием, медикаментами. Однако решение проблемы охраны здоровья детей было медленным.

Об этом свидетельствуют докладные письма губернских здравотделов в адрес НКЗ Казахской АССР. Например, в рапорте из Актюбинской губернии (1921 г.) сообщается о бедственном положении детей и убедительной просьбе «в районе лесного массива крайне необходимо открыть летние колонии для детей с анемией, которых очень много из-за голода в губернии [6].

Не менее серьезной в Казахстане стояла проблема борьбы с беспризорностью детей и детской смертностью. 10 февраля 1921 года было принято Постановление Президиума КазЦИК «Об улучшении жизни и положения детей КазССР». Этим постановлением учреждалась комиссия в составе 7 человек, председатель комиссии назначался президиумом КазЦИК. Перед комиссией были поставлены следующие задачи (*текст дословный*): «Помощь в отношении продовольствия, платья, жилища, топливоснабжения, школьного обучения и воспитания, забот о здоровье, обеспечении соответствующими руководителями и прочим Отделам социального воспитания Кирнаркомпроса и Наробразования, отделам защиты детей Кирнаркомздрава и Губздравотдела, в первую очередь, оказание помощи учреждениям, ведающим охраной жизни и здоровья беспризорных детей...» [7].

В феврале 1921 года народный комиссар здравоохранения Шамов М.С. в докладе «О состоянии учреждений охраны материнства и младенчества в г. Оренбурге» на заседании Совнаркома КазССР представил следующие данные по Оренбургу – административному центру Казахстана:

- Детский дом № 1, дети от года до 3-х лет. За год прибыло 217 детей, умерли – 54, отправлено в больницы – 103, взято родителями – 57, осталось – 3. Сведения о детях, отправленных в больницы, в Наркомздрав не поступили, но при собеседовании выяснено было выяснено, что 50% детей умерли в стационарах.

- Дом грудного ребенка № 2. За год прибыло 264 ребенка, из них умерло 176, отправлено в стационар – 22. Все дети, отправленные в больницу, в Дом ребенка не возвратились. 46 детей в крайне тяжелом состоянии были взяты родителями, из них 23 ребенка умерли. Показатель смертности составил 84%.

- Дом матери и ребенка № 1 находился в неотапливаемом помещении, матери были переведены в здание яслей. В результате были скученность и антисанитарные условия. Нарком Шамов М.С. был вынужден всю организационную работу по воссозданию учреждений охраны материнства и младенчества передать из ведения Оренбургского здравотдела в ведение Кирнаркомздрава [8].

К весне 1921 года в Казахстане уже были сотни тысяч беспризорных и больных детей, потерявших родителей и родных. Эти дети ночевали на вокзалах, базарах, в подвалах и заброшенных домах. В связи с этим, с 30 апреля по 6 мая 1921 года в Казахстане, была проведена «Неделя беспризорного и больного ребенка». Наркомздрав КАССР определил задачи и составил подробный план работы «Недели беспризорного и больного ребенка». Было предложено: 1) Выявить и составить подробные списки беспризорных детей, определить всех в детские дома. 2) Обеспечить детские дома необходимым оборудованием. 3) В детских домах принять все меры по предупреждению заболеваемости. Детям-беспризорникам настойчиво прививать санитарно-гигиенические навыки. 4) При детских домах открыть изоляторы. 5) Больных детей из числа беспризорных госпитализировать [9].

Понятно, что в течение недели никогда не удавалось выявить и разместить в детские дома всех беспризорных детей. Эта работа продолжалась и в последующие годы. Но начало 20-х годов было особенно трудным. В сентябре 1921 года заведующий Уральским губернским отделом здравоохранения в своем докладе писал (*текст дословный*): «В своей деятельности по голоду губздравотдел в первую очередь столкнулся с вопросом о борьбе с детским голодом и главным образом детей до 3-х летнего возраста, так как эти дети не презревают (не опекаются – авт.) отделом народного образования.... С ростом бесприютных голодающих детей естественно стали расти и развиваться всевозможные болезни. Среди таковых и самое большое количество на этих больных падают на истощение от голода, на почве которого развиваются масса почечных заболеваний, вызывающих сильные гидремические отеки». Детские дома и приемники быстро оказались переполненными, мест не хватало. Положение осложнялось тем, что детские продовольственные пайки выдавались только по запланированному количеству мест. Например, по плану в детских домах г. Уральска было 900 мест, но фактическое число детей составляло 1600, в результате 700 детей оказались без питания.

Контрольная проверка оснащения детских домов, приемников и распределителей в г. Уральске в 1921 году показала, что «... Все дома освещаются коптилками, но это не всегда, так как керосин дают малыми количествами и неаккуратно. В пяти домах все дети спят на полу, чаще на голом полу, т.к. нет сена для набивания матрацев.... На 100 детей 5 одеял, на 200 детей - 25 одеял. Большинство детей остаются в своем белье. Верхнего платья и обуви в детских домах совсем не имеется.... На 200 человек 8 тарелок, на 150 детей всего 10 или 5 глиняных горшков. Умывальников нет, кипятку охлажденного в большинстве случаев не хватает за отсутствием соответствующей посуды... Лечить в такой обстановке нельзя, ибо различные кожные заболевания никакими мерами в данных условиях не вылечишь». По данным за сентябрь-ноябрь 1921 года смертность в детском доме им. Свердлова и детском изоляторе г. Уральска составляла до 30% [10].

Для борьбы с голодом в 1921 году при Наркомздраве была создана Комиссия помощи голодающим, которая разрабатывала санитарно-врачебные мероприятия [11]. По распоряжению комиссии в 1921-1922 годах стали составлять списки голодающих детей до 15 лет включительно, их ставили на довольствие в открывающихся Домах Голодающих. Из одной семьи прикреплялись от 3 до 6-8 детей [12]. В Оренбурге дома голодающих были организованы для семей с детьми. Работу этих домов инспектор санэпидотдела Н. Шишкина 14 января 1922 года охарактеризовала в докладе «К вопросу о санитарном состоянии Домов голодающих в г. Оренбурге» (*текст дословный*): « В городе организованы «Дома голодающих» - это бывшие квартиры воинских команд или нежилые помещения, захваченные беженцами, т.е. они холодные, без окон, с разломанными печами, без дверей и мебели. Холод, сырость. Норма дров низкая - 1/8 куб на печь в месяц там, где можно топить. Дровяных запасов нет. Скученность людей с детьми. Ночью спящие располагаются вповалку. Питание: ¼ фунта хлеба, ¼ фунта сбоя, 1/8 фунта картофеля. Кипятка не хватает. Часто это нормы выдаются не полностью. При раздаче обеда и хлеба громадные очереди. Поголовное заражение вшами. При наиболее крупных домах имеется по одному лекпому, но нет лекарств, шприцов, жгутов, носилок. Дома голодающих являются мощными очагами инфекции для города. Всего получают паек 27 600 человек, из них живут в домах голодающих 3240 человек, т.е. около 24 000 ежедневно приходят, в тесноте и давке ожидая хлеба, заражая насекомыми и рассеивают по городу».

Все Дома голодающих, приемники для беспризорных детей, вагоны, бани, больницы и другие объекты начали подвергать санитарной обработке. Однако отсутствие централизованного водоснабжения, титанов с горячей водой и полноценного питания приводило к малому эффекту санитарно-гигиенических усилий [13].

17 января 1922 года заведующий секцией детприемников М.Я. Лифшиц представил Докладную записку на имя заведующей подотделом охраны здоровья детей Оренбургского губздравотдела с подробным описанием условий проживания детей в приемниках города. Приводим текст документа полностью: «...Приемник № 1 по адресу ул. Советская № 33. На 2-м и 3-м этажах комнаты весьма небольшого размера, в настоящее время в них располагаются 640 человек, все дети лежат или сидят вплотную целыми днями на сооруженных в комнатах нарах; вентиляция, хотя бы самая элементарная форточка, отсутствует; ванной комнаты или бани в приемнике не имеется, дети moeten самая примитивным способом и крайне редко в одной небольшой комнате верхнего этажа, необходимо таскать наверх воду. Не имеется белья, мыла. Стрижка детей не организована, уборная неисправна, дети мочатся в тазы или ведра, от которых зловоние распространяется по всему помещению. Вшивость у детей невероятная. Медицинское обслуживание производится врачом и двумя фельдшерами и состоит оно исключительно из сортировочной работы, т.е. ежедневном отделении больных от здоровых. Имеется, так называемый, изолятор на 25 человек, но недавно в нем находилось до 50 больных; при большем переполнении больные остаются в комнатах со здоровыми детьми. Большая часть больных остается в приемнике; средств для транспортировки больных в стационар нет – у администрации приемника почти никаких дензнаков и никакого постоянного санитарного обоза для перевозки больных. Редко удавалось получать лошадей у губздрова. Приемник № 3 вмещает в настоящее время

1500 человек, в норме максимальное число должно быть 500 человек. Дети в одном нижнем белье, лежат вплотную на нарах, испражняются в параши. Дети невероятно грязные, обуви и одежды нет совершенно. В приемнике № 4, рассчитанном на 800 мест, на 12 января 1922 года находилось 1300 человек, из них 195 больных. Из-за отсутствия мест, 85 больных лежали на полу грязными, невымытыми вследствие отсутствия воды, мыла и белья» [14]. Отсутствия врач М.Я. Лифшиц предлагает разгрузить детские приемники до нормы, создать должные санитарные условия в помещениях, срочно обеспечить детей постельным бельем и одеждой, заменить нары индивидуальными койками. Сводные статистические данные Наркомздрава КАСССР о педиатрической службе показывают, что республика была не в состоянии обеспечить медицинскую помощь детям: в 1922 в Казахстане было всего - 251 врач, из них 55 педиатров, 619 фельдшеров, 66 акушерок; функционировало 6 детских амбулаторий и консультаций, и 6 стационаров на 1125 коек, 335 детских домов на 55000 детей, 35 домов малюток на 1179 детей, 20 домов грудного ребенка на 880 детей, 4 приемника на 3600 детей, 129 детских садов и яслей, 2 диетические столовые для 545 детей, 5200 начальных школ и 116 средних школ, 6 домов для детей с ограниченными возможностями, 3 родильных дома, 4 родильных отделений при больницах. В 73 детских учреждениях работали помощники лекарей (лекпомы). Значительное сокращение числа фельдшеров и акушерок объясняется тем, что в связи с переходом к новой экономической политике (НЭП), в 1922 году фельдшерско-акушерские пункты были переведены на местные бюджеты, которых оказалось недостаточно для сохранения кадров [15,16].

В 1923 году общее число врачей в Казахстане составило всего 261, фельдшеров – 573, акушерок – 64; к 1924 году численность врачей снизилась до 223.

Понятно, что при таком коэффициенте обеспеченности врачами противоэпидемическая работа в 20-х годах практически отсутствовала. Например, показатели работы по оспопрививанию свидетельствуют, что в 1920 году было привито в целом всего 1,5% взрослого и детского населения, причем среди сельского населения этот показатель составил 1%, по губернским городам – 4,6%. Наиболее низкие показатели оказались в Семипалатинском уезде (0,7%) и Оренбургском (0,8%) [17]. Схожие показатели были и в других республиках. Поэтому заведующий Санитарно-противоэпидемическим отделом Наркомздрава СССР А. Сысин издал Циркулярное письмо, где обязывал во всех республиках не позднее 1 апреля 1921 года «организовать ударные комиссии по оспопрививанию и установить обязательные прививки детям всех возрастов, находящихся в детских учреждениях (дома ребенка, приюты, ясли, санатории) и всем школьникам». Для выполнения плана по прививкам, предлагалось организовать краткосрочные курсы оспопрививателей, срочно обеспечить персонал телятников и институтов соответствующими видами довольствия. Местные оспенные телятники и бактериологические институты обеспечить всем необходимым снабжением для выработки детрита и своевременной рассылки его по уездам» [18]. Однако негативными оказались показатели и в последующие годы: в 1923 году коэффициент оспопрививания населения на 1000 населения в губернских городах составил от 223,6 (Актюбинск) до 21,5 (Уральск). Во всех уездах среди сельского населения на 1000 жителей были привиты всего 8-15 человек. Всего в 20-е годы из 6 млн. человек в Казахстане было привито от оспы: 1921 г. – 323173 чел., 1922 г. 133335 чел., 1923 г. – 33348 чел. Дивакцинировано: 1921 г. – 131254 чел., 1922 г.- 153 543 чел., 1923 г. – 6 466 чел. [19].

Слабо проводилась профилактическая работа по туберкулезу. Отчет Оренбургского здравотдела за 1923 год свидетельствует, что при контрольном осмотре 2603 детей детских домов была выявлена положительная реакция Pirquet (Пирке) у 60% детей, из них у 11% были клинические проявления в легких или железах [20].

Тяжелое положение системы охраны здоровья женщин и детей обсуждалось на III Всекиргизском съезде здравотделов, который проходил в г. Оренбурге 3-8 июня 1923 года. На съезде была отмечена недостаточная сеть стационарной помощи и кадров: в КазАССР было всего 142 родильные койки и 406 детских коек. В 133 сельских районах отсутствовали больницы, 83 района не имели врачебной помощи, 70,7% фельдшерских пунктов обслуживались помощниками лекарей [21].

Особенно страдали от инфекций и голода дети в отдаленных уездах страны. 8 февраля 1924 года, в связи с высокой инфекционной заболеваемостью детей во всех республиках, Наркомздрав РСФСР направил на места Циркулярное письмо «Об усилении борьбы с детскими инфекциями». Констатировалось, что в ряде регионов инфекционная заболеваемость приняла «характер значительных эпидемий» и предлагались первоочередные мероприятия: проводить раннюю госпитализацию больных детей, в случае недостаточного количества коек открывать дополнительные приспособленные помещения, выполнять дезинфекцию на местах, во всех детских домах и приемниках оборудовать изоляторы, усилить санитарный контроль в детских садах и школах – выделять бациллоносителей, проводить санитарно-просветительную работу среди населения [22].

С начала 20-х годов женщин активно привлекали к общественной работе и производству. Несмотря на тяжелейшие экономические условия страны, правительством были приняты ряд постановлений, декретов и инструкций по охране здоровья женщин. Например, отделом охраны материнства и младенчества Наркомздрава КазАССР была издана «Инструкция по организации и работе комиссии содействия в области охраны материнства и младенчества», где всем губернским и уездным отделам предписывалось создать комиссии из числа представителей ВЦСПС, Управления охраны труда, представителей женотдела предприятия, общественных инструкторов и старших медицинских сестер. В число задач этих комиссий было включено: разъяснение идей декретов Советской власти по вопросам ОМД, контроль выполнения правительственных постановлений об охране труда беременных и кормящих женщин, своевременном предоставлении им отпусков, сокращении рабочего дня кормящих матерей, предоставлении медицинской помощи роженицам, содействию работницам предприятия в устройстве их малолетних детей в ясли и сады и т.п. [23].

В середине 20-х годов в республике стали организовывать выезды в сельские районы врачебно-обследовательских отрядов с врачами-специалистами, в том числе в области охраны материнства и младенчества. Рекомендовалось включение в такие выезды подвижных консультаций охраны материнства и младенчества. Так, в 1925 году в составе врачебных отрядов работали 13 таких консультаций, в штате которых были врачи, фельдшер, акушерка, медицинская сестра. Кроме того, практиковались и самостоятельные выезды в сельские районы подвижных женских и детских консультаций. Перед отправлением обязательно утверждался маршрут консультации, время прибытия сообщалось в местные органы. Безусловно, работа врачебно-обследовательских отрядов и подвижных

консультаций осложнялась бытовыми условиями работы и большим объемом работы. Приходилось оказывать медицинскую помощь всем категориям сельского населения: женщинам, детям, подросткам, мужчинам, старикам [24].

В задачи этих отрядов входили не только профилактические осмотры взрослого и детского населения; очень большое внимание уделялось проведению санитарного просвещения среди населения, вопросам благоустройства аулов, борьбы за новый быт. Темы лекций и бесед для населения были самыми разнообразными: «Гигиена и образ жизни беременной», «гигиена женщин и женские болезни», «Уход, питание и воспитание ребенка» «Детская смертность и борьба с ней». Отдельные лекции были посвящены борьбе с сифилисом, туберкулезом, трахомой [25].

В целях включения женщин в общественную жизнь, выездные отряды помогали организовывать бытовые секции при аульных, кишлачных, сельских и городских советах. В помощь этой работе было разработано «Положение о бытовых секциях», где предусматривалось: вовлечение женщин в производство, оказание материальной помощи безработным женщинам путем трудоустройства их, организация для женщин различных артелей и мастерских, ликвидация неграмотности, организация различных общеобразовательных и профессионально-технических курсов для женщин, организация женских кружков самообразования, организация юридической помощи женщинам.

Для эффективной работы и выполнения программы бытовых секций необходимо было решать вопросы трудового дня женщин, организации яслей и детских площадок. В 1924 году на территории всей республики было всего 8 летних яслей, в 1925 г. их стало 13, в 1926 г. – 21, в 1927 г. – 65, в 1928 г. – 109. Летняя сеть детских яслей росла, в основном, за счет средств общественных организаций, коопераций и самого населения. До 1926 года участие местного бюджета в организации яслей было случайным. И только в 1927 году впервые за историю системы ОМД в местный бюджет было включено 34 яслей. В последующие годы сеть летних яслей продолжала расти за счет средств общественности и самого населения.

Число врачей стало увеличиваться в конце 20-х годов, когда по разверстке Управления кадров Наркомздрава РСФСР начали прибывать врачи из России. В то же время, не все из них оставались работать в Казахстане: Наркомздрав РСФСР ежегодно выдавал направления врачам общей практики в Казахстан, но трудности возникали с первого дня прибытия в республику: заработная плата врачей в Казахстане была не регулярная, ее размер в 20-30-е годы был ниже уровня оплаты труда медиков других Среднеазиатских республик и губерний России, квартир для врачей не было или предоставлялось жилье без коммунальных услуг. Поэтому часто врачи отказывались ехать в Казахстан, или массово уезжали вскоре после приезда, самовольно не возвращались на места работы после отпусков.

Особенно трудное положение складывалось в сельской местности. Частичным решением вопроса могла стать подготовка акушерок из числа коренного казахского населения. Основанием этого являлись многочисленные докладные с мест в адрес СНК республики. Например, женотдел Крайкома в 1925 году сообщал следующее: «Громадная детская смертность среди кочевого населения, в некоторых районах - до 50%. Всего акушерок в крае насчитывается 231, которых совершенно недостаточно для укомплектования сети, особенно казашками. Сохранить трудовые ресурсы страны, уберечь рождаемых от вымирания, создать условия для развития подрастающих невозможно без организации первого великого здания охраны материнства и младенчества – акушерской помощи» [26].

Вопросы охраны материнства и детства обсуждались на 3-м Съезде здравотделов и участковых врачей республики в 1925 году. Выступающие указывали на рост эпидемической заболеваемости детей, острый недостаток педиатрических кадров, отсутствие научной базы для изучения и анализа детской патологии, высокую заболеваемость анемией беременных женщин, низкий охват диспансерным наблюдением беременных и детей [27].

Отделом охраны материнства и младенчества НКЗ КазАССР в 1925-1929 годы заведовала известная врач Мананникова Н.В. Всю свою энергию она отдала организации выездных бригад, выездов передвижных консультаций и красных юрт, созданию активов делегатов и работниц. Уже в том же 1925 году были организованы выезды гинекологов и педиатров. Врач Васильева, руководившая выездом консультации в Актюбинскую область, путем опроса 171 женщин установила, что у этой группы обследованных родилось 680 детей, но к моменту обследования умерло 299 детей, т.е. 46%. В своем отчете Васильева писала: «Искалеченная женщина, подросток в прошлом, измученная непомерным трудом в хозяйстве не может дать здоровое потомство в этих невероятных условиях жизни. Распыленность населения, его безграмотность, особенно женщин, уродливость кочевого быта неотложно требуют широкой постановки работы охраны материнства и младенчества [28].

В следующем, 1926 году, передвижная консультация в Акмолинской области обследовала за полгода 2560 женщин; они родили всего 8795 детей, к моменту осмотра в живых осталось 4224, т.е. умерло 52% детей. Удельный вес детей-казахов, посещавший детские консультации даже в городах был чрезвычайно низким: по данным за 1926 год в г. Уральске детскую консультацию посетили только 1% казахов, в Кустанае – 8%, Семипалатинске – 4%, Актюбинске – 5%, Акмолинске – 11%, Кызыл-Орде – 37% [29].

Повторно проблемы охраны материнства и младенчества обсуждались на 4-м Краевом съезде здравотделов и участковых врачей, состоявшемся в г. Кызыл-Орде 20 мая 1928 года. В докладах выступающих были даны следующие статистические показатели: по состоянию на 1928 год в Казахстане было 799 врачей, школьных фельдшеров – 232 (14 казахов), акушерок 272 (4 казашки), оспопрививателей – 48 (5 казахов). По неполным данным в этот период было 168 больниц на 2423 койки, в т.ч. 74 детские койки, 166 – гинекологические, 321 – родильные. Число детских амбулаторий – 3, число детских консультаций – 43, санаторные лагеря для школьников – 3 на 617 чел., число Детских домов – 10, Домов младенцев 3 на 123 места. Не было ни одного учреждения для умственно отсталых детей. Самостоятельных женских консультаций для обслуживания беременных и родильниц не было. Прием этих женщин чаще выполняли врачи детских консультаций [30]. На съезде было отмечено, что с конца 20-х годов шире стала развиваться работа молочных кухонь при детских консультациях. В 1928 году их стало 17. Позитивность показателей была отмечена Н.В. Мананниковой: если в 1925-1926 году было выдано 153449 порций смеси, то в 1927-1928 году - уже 804004 порций [31, 32].

На Съезде отдельно рассматривался вопрос об организации и содержании в 1928/1929 году врачебно-обследовательских отрядов. Были срочно разработаны рекомендации к комплектованию и организации работы таких медицинских отрядов: 1) отряд прикреплять к определенной стационарной базе, которая должна стать для

отряда центром, снабжающим и направляющим всю его работу, 2) в состав узкоспециализированных отрядов, как правило, следует включать врача-терапевта, 3) во все врачебно-обследовательские отряды общего характера необходимо включать консультантов по охране материнства и младенчества, 4) в задачи всех отрядов включать работу по санитарному просвещению 6) желательнее комплектовать отряд из медработников Казахстана, ставя во главе отряда врача-казаха [33].

Итоги здравоохранения первого десятилетия КазАССР были подведены на Шестом Всеказахстанском съезде здравотделов в 1929 году. В программе съезда были заявлены доклады по 5 секциям: 1) Основные организационные задачи здравоохранения Казахстана. 2) Санитарно-профилактическое в Казахстане. 3) Состояние материнства и детства в Казахстане. 4) Состояние и перспективы развития лечебного дела в Казахстане. 5) О плане развития здравоохранения КАСССР и медицинских кадрах.

На съезде было отмечено, что «по состоянию на 1929 год в республике отсутствуют женские консультации для беременных женщин и эта работа возлагается на врачей детских консультаций; кочевое население учреждений охраны материнства и младенчества постоянного типа не имеет, разъездная акушерская помощь слабая, т.к. нет акушеров; показатель родильных коек в республике крайне низкий – в городах 0,47 на 1000 населения, в сельской местности всего 0,017, общее число родильных коек 392; велико число подпольных аборт – до 30%; налаживанию работы по борьбе с беспризорностью препятствует недостаточность средств; не хватает врачей-педиатров, во многих детских учреждениях работают врачи-лечебники, в некоторых допускаются и санитарные врачи; в деле борьбы с детской беспризорностью мешает отсутствие стационарной помощи детям младшего возраста; в аппаратах облздоров нет квалифицированных инструкторов по охране материнства и младенчества; в республике для детей с психоневрологическими аномалиями имеются лишь 30 коек; в сельских районах республики лишь 4 школы имеют врачей-педиатров, остальные школьники в лучшем случае осматриваются 1-2 раза в году, есть аульные школы, где медперсонал не посещает детей; детские дома не обеспечены врачебно-санитарным обслуживанием, часто больные дети не госпитализируются, медленно выполняются решения по борьбе с беспризорностью детей. Налаживанию работы по борьбе с беспризорностью препятствует недостаточность средств. Средства деткомиссии ВЦИК незначительны, ассигнования по местному бюджету до настоящего года были случайные. Для развертывания учреждений охраны материнства и младенчества в районах необходимо новое строительство» [34].

По всем нерешенным вопросам Наркомздрав на съезде наметил мероприятия по ликвидации недостатков, но становилось очевидным, работа отдела материнства и детства Наркомздрава республики не может решать все проблемы. Для глубокого анализа этой службы и системной координации всех планов охраны материнства и детства было необходимо создание в республике самостоятельного Научно-исследовательского института охраны материнства и детства. Таковы были первые шаги в организации системы охраны материнства и детства в 20-е годы прошлого века.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ЦГА, ф. 30, оп. 1, д.35, л. 17
- 2 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 38, л. 91-92
- 3 ЦГА Ф. 82, оп. 1, Д. 8, л. 3-8
- 4 ЦГА, ф. 82, оп 61, д. 103, л. 39-40
- 5 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 76, л. 7
- 6 ЦГА, ф. 82, оп.1, д.94, л.25
- 7 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 1, л. 19-20
- 8 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 108, л. 14-15
- 9 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 46, л. 27-29
- 10 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 28, л. 2-5, 5-6
- 11 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 42, л. 58
- 12 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 104, л. 47
- 13 ЦГА Ф.82, оп 1, Д. 210, л. 10
- 14 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 104, л. 108-116
- 15 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 64, л. 17
- 16 ЦГА ф.82, оп. 1, д. 43, л. 171-173
- 17 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 74, л. 2
- 18 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 73, л. 1-3
- 19 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 76, л. 9
- 20 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 46, л. 8
- 21 ЦГА Ф. 82, оп. 1, д. 352, л. 1-35
- 22 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 74, л. 24
- 23 ЦГА Ф. 82, оп.1, Д. 108, л. 5-6
- 24 Бисенова А.Б. Материнство и детство, Изд. Казахстан, Алма-Ата, 1965, С.-208,
- 25 стр. 65
- 26 АПРК, ф. 141, оп. 1, ед.хр. 1607, л. 3-64
- 27 АПРК г. 141, оп. 1 ед хр. 2375, л. 19-20
- 28 ЦГА, ф. 82., оп 1, д. 449
- 29 АПРК, оп. 1, ед.хр. 997, л.1
- 30 АПРК, ф. 141, оп. 1, ед.хр. 1606, л. 14
- 31 ЦГА Ф.82, оп 1, Д. 771, л.17
- 32 Мананникова Н.В. Охрана материнства и младенчества в Казахстане. «Журнал по изучению раннего детского возраста», т. 2, М., 1930, № 10, стр. 172-179
- 34 Архив музея КазНМУ. Материалы 4-го съезда здравотделов и участковых

35 врачей республики, 1928 г. стр. 41-54

36 Архив ЦГА РК, ф.82, оп. 1, Д.570, л. 6

37 Труды VI Всеказахстанского съезда здравоохранения, 1929, Алма-Ата, С-125

Ә.С. САЯТОВА, Ғ.М. ӘЛИКЕЕВА, А.М. ШАХИЕВА

20-ШЫ ЖЫЛДАРЫ ҚАЗАҚСТАНДА АНАНЫ ЖӘНЕ БАЛАНЫ ҚОРҒАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚҰРЫЛУ ТАРИХЫ

Түйін: Қазақстанда ананы және баланы қорғаудың мемлекеттік жүйесінің даму тарихы, республикада денсаулық сақтау Халық комиссариатының құрылуынан басталады. Жағдай аса қиын болды: дәрігерлер, ауруханалар, орта медицина қызметкерлері жетіспеді. Халық шаруашылығының құлдырауы халықтың жаппай көшіп-қонуына, ашаршылыққа, балалардың панасыздығына әкеліп соқты. Балалар ауруларының көрсеткіштері мен өлімі күрт жоғарылап кетті. Қаржы жетіспеді. Профилактикалық-емдеу жұмыстарын жүргізу үшін құрамында акушер-гинекологтары және педиатрлары бар жылжымалы медициналық отрядтар құрылды.

Түйінді сөздер: Наркомздрав, аналық және балалық қорғау, балалар үйі, аштық

A.S. SAYATOVA, G.M. ALIKEEVA, A.M. SHAHIEVA

HISTORY OF THE SYSTEM MATERNAL AND CHILD HEALTH IN KAZAKHSTAN IN THE 20S

Resume: The article presents the first steps in the formation of the state system of maternal and child health in Kazakhstan. Presents unique archival materials Kaznarkomzdrava 20-ies of the last century: health statistics, morbidity, mortality, sanitation and children's homes for street children receivers, the government's efforts in the fight against hunger and disease, measures for maternity protection.

Keywords: People's Commissariat (CGN), maternal and child health (MCH), children's homes, infant, receivers, Infectious disease, hunger.