



10 лет советской медицины в Татарии.

К. Х. Магдеева.

Наркома Здравоохранения Татреспублики.

Основными факторами, легшими в основу и давшими направление строительству здравоохранения в Татарской республике за истекшие 10 лет, являются следующие: 1) национальный состав Татарской республики с преобладающим татарским и нацменовским (чуваши, мари, мордва и др.) населением с их своеобразными бытовыми особенностями, 2) культурно-экономическая отсталость края, 3) слабо развитая, совершенно разрушенная в годы империалистических и гражданских войн медико-санитарная сеть, доставшаяся в наследие Татарской республике от царизма, 4) голодные 20 и 21 годы с широкой волной эпидемий холеры, паразитарных тифов, цинготных заболеваний, 5) низкие санитарные показатели края и, наконец, 6) экономическое состояние Татреспублики, представляющей преимущественно земледельческую область с технически отсталой системой сельского хозяйства и концентрацией промышленности преимущественно в г. Казани и очень слабой в других местностях ТР.

Перед советской медициной в самом начале ее возникновения стояла неотложная задача по борьбе с эпидемиями, последствиями империалистических, гражданских войн и небывалого голода 1921 года, поставившими под угрозу основы завоеваний революции. Самоотверженная работа органов здравоохранения под руководством междуправительственного органа „Чрезкомтиф“ на противоэпидемическом фронте прекратила эпидемию, и с половины 1923 года начинается некоторое улучшение в санитарном состоянии Татреспублики. Санитарное состояние Татреспублики, начиная с 1923 года, имеет тенденцию прогрессивно улучшаться, давая некоторые показатели лучшие, чем довоенные. Так, смертность с 30,4 на 1000 населения в 1911—1914 гг., поднявшись в голодные годы до 40,7, начинает быстро падать и в 1926 году доходит до 22,7 и в 1928 г. до 18,9. Детская смертность с 30 на 100 родившихся в 1910—1913 гг. в 1927 году упала до 20,84‰.

Что касается инфекционных заболеваний, то до настоящего времени показатели здесь еще высоки. Особенное внимание в эпидемической заболеваемости ТР обращают на себя среди острых инфекций — желудочно-кишечные, сспа, периодический грипп, а среди хронических — малярия, трахома, туберкулез. Движение острых эпидемических заболеваний по годам на 10.000 населения:

	21 г.	29 г.
Оспа	8,2	3,2
Дизентерия	83,0	17,4
Брюшной тиф	27,2	3,9
Сыпной тиф	286	2,4
Возвратный тиф	50,3	0,1

Из таблицы видно, что основные инфекции имеют определенную тенденцию к понижению.

1923 год является началом планомерной работы в области здравоохранения с решительной установкой на основе принципа оздоровления условий труда и быта рабочего класса и крестьянского населения на изжитие диспропорции, существовавшей в системе медико-санитарного обслуживания трудящегося населения, с одной стороны, и задачами, возложенными на рабоче-крестьянское население Октябрьской революцией.

До революции на бывшей территории Татарской республики лечебная сеть была чрезвычайно мала (в сельских местностях один врачебный пункт приходился на 47449 человек) и была расположена преимущественно в районах с русским населением, оставляя татарское и нацменовское население почти на 90% без медицинской помощи. Так например, в 7-ми уездах бывш. Казанской губернии—Арском, Лаишевском, Мамадышском, Свияжском, Спасском, Тетюшском, Челнинском и Чистопольском, вошедших в Татреспублику, больниц было всего 34, из них только 6% в татарских селах, 73,5% в русских и 20,5% в нацменовских.

При относительно удовлетворительном обслуживании медицинской помощью городского населения Татреспублики, она была отдалена от огромных масс рабочего населения. В городе Казани вся городская сеть состояла из трех больниц—Губернской земской, Мещанской Александровской и Шамовской, сосредоточенных в центре города Казани. На окраинах города, в Плетенях и Адмиралтейской слободе, ютились маленькие больнички в 10—20 коек, в Кукморе, Бондюге, Васильеве и Зеленом Доле еще меньше—это при полном отсутствии учреждений по Охране материнства и младенчества, консультаций, врачебной помощи на дому и пр.

Органы советского здравоохранения медленно, но настойчиво, в условиях тяжелой экономической разрухи, ведя одновременно борьбу с грандиозной эпидемией паразитарных тифов, с небывалым голодом и его последствиями, восстанавливали и разворачивали новые лечебно-профилактические учреждения, стремясь в первую очередь обеспечить медико-санитарной помощью основные кадры промышленного пролетариата в городах, татарское и нацменовское население в сельских местностях.

Широко используя брошенные городской буржуазией барские особняки, частновладельческие дома и другие более или менее подходящие здания, создается лечебно-санитарная сеть в рабочих районах г. Казани и рабочих поселках. В Заречном районе г. Казани появляется две больницы на 180 коек с прибольничными амбулаториями и кабинетами по разным специальностям. В Забулачном районе Плетеневская и Вахитовская больницы на 170 коек, тоже с прибольничной амбулаторией, в рабочем поселке Бондюга—на 70—80 коек.

Наряду с развертыванием и укреплением больничной и амбулаторной помощи в рабочих районах создается целая система профилактических учреждений: ясли, консультации, школьно-профилактические амбулатории, учреждения по борьбе с социально-бытовыми болезнями, учреждается система оказания помощи на дому, пункты первой помощи на предприятиях.

В соответствии с задачами советской медицины в условиях национальной республики, органы здравоохранения ставили себе задачей изжитие диспропорции, существующей между медобслуживанием русского населения, с одной стороны, татарского и нацменовского, с другой. Эти попытки нашли отражение в развертывании сети в сельских местностях. В 1929 году в татарских селениях число больниц поднялось до 22, составляя уже 29% общего их числа, в нацменовских число больниц повышено на 7% общего числа. Число врачебных амбулаторий в татарских селениях к 1929 году равнялось 26, или 50% общего их количества, а в нацменовских 4, или 8%.

Показатели обеспечения населения Татреспублики медико-санитарной помощью из года в год имеют тенденцию к улучшению: в 1920 г. на один врачебный участок приходилось 39621 населения, в 1924 г.—38162, в 1926 г.—27134, в 1927 г.—21954, в 1928 г.—19890, в 1929 г.—19762, на одну койку в с/местностях приходилось 1530 чел. Радиус врачебного участка в 1929 году составляет 18 верст. В 1920 г. врачей было всего в кантонах—67, среднего персонала—454, а в 1929 г. в кантонах и районах имелось уже 262 врача и свыше 600 человек среднего медперсонала. В связи с расширением сети уровень обеспечения квалифицированной медицинской помощью сельского населения значительно возрос по сравнению с довоенным, оставаясь, однако, далеко еще неудовлетворительным: в 1920 году амбулаторных посещений в сельских местностях было сделано 1.179.089 или 3967 на 10.000 населения, а в 1929 году число посещений составило 2.768.960 или 11.480 на 10.000 населения.

Коечная помощь, выраженная в койко-днях, составляла по годам: в 1920 573.177 или 1929 койко-дней на 10000 человек населения.

В 1925 г. — 469.663—1678

В 1929 г. — 536.077—2222

Наряду с количественным ростом лечебной сети значительные достижения имеются и в качественной постановке дела. Это относится в одинаковой степени и к восстановлению больничных зданий, не ремонтировавшихся в течение многих лет, медикаментозному снабжению, в конце истощенному империалистической и гражданской войнами, укомплектованию участков врачебным и средним медперсоналом и в приближении квалифицированной медицинской помощи к крестьянскому населению и материально финансовом улучшении лечебно-санитарной сети.

Значительное улучшение материально-правового положения советского врача, особенно в деревне, рост его авторитета среди населения в результате большого участия в общественной жизни деревни—позволили заполнить пустовавшие участки врачами, число которых в кантонах дошло до 262 в 30 году вместо 7-ми в 21 году.

Среди мероприятий, характеризующих степень улучшения качества оказываемой медицинской помощи сельскому населению, нужно отметить

прежде всего введение в штат 24 участковых больниц (не считая больниц в кантонных городах и рабочих поселках) вторых врачей, во-вторых, непрерывное сокращение числа фельдшерских пунктов за счет замены их врачебными, расширение родопомощи и сети заразных коек. Следует отметить также организацию 6 кабинетов в кантональных городах и небольших физиатрических отделений в пунктах с наибольшим скоплением застрахованного населения.

Помимо сельской сети, непосредственно обслуживающей крестьянское население, последнее получает квалифицированную медицинскую помощь в городских больницах. Крестьян прошло только через стационарную сеть г. Казани в 1929 году 5254 или 15,6%, а в кантонных городских больницах крестьянское население составляет около 50% всех больных. Помимо этого крестьяне, правда пока в очень ограниченном количестве, пользуются санаторно-курортной помощью: так, например, через тубсанатории крестьян прошло 31 чел. в 1925 году, 102 чел. в 1929 г.

В дополнение к сказанному выше о медобслуживании сельского населения нужно особо выделить систему санитарно-профилактических учреждений, учреждений Охраны материнства, являющихся как по форме, так и по содержанию работы, достижениями советской медицины. Развитие и деятельность их представляются нижеследующей таблицей:

	1920 г.	1923 г.	1925 г.	1927 г.	1929 г.
Передвижных санитарно-гигиенических выставок	—	1	2	4	6
Консультаций детских и для беременных	—	1	10	22	26
Яслей летних	—	—	—	120	260
Яслей постоянных	—	1	1	1	5
Диспансеров:					
В них: туб. отд.	—	—	4	7	7
вен. отд.	—	—	6	10	8
глазн. отд.	—	—	2	6	7
Прошло через диспансеры	—	—	64.365	157189	158289
Через их туб. отд.	—	—	—	45023	32828
вен. отд.	—	—	—	53584	45482
глазн. отд.	—	—	—	58581	79979
Через консультации	—	8307	13438	25594	65222
Через ясли летние	—	—	—	2400	5200

Возвращаясь теперь к лечебно-санитарной сети города Казани, необходимо отметить, что в приобретении Казанью значения крупнейшего центра высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи на громадном пространстве Волжско-камского края. Урала и Сибири сыграли большую роль образцово поставленные клиники университета, Института усовершенствования врачей, научно-практические учреждения Татнаркомздрава, Микробиологический институт, Тубинститут, Институт социальной гигиены и вообще лечебно-профилактические учре-

ждения, обогатившиеся за это 10-летие электроводолечебницами, рентгеновскими установками и пр. и обеспеченные квалифицированными руководителями—профессорами.

Сравнительно большая емкость городской лечебной сети (1455 коек в лечебных учреждениях Наркомздрава, 440 коек в Институте усовершенствования врачей и 330 в клиниках университета) сделали доступной специальную высококвалифицированную помощь широким массам трудящихся. В стационарных учреждениях города получают все виды медпомощи свыше 70% застрахованных и приравненных к ним, по амбулаторной сети—до 60%.

Рост лечебно-санитарных учреждений в городе Казани и вместе с тем рост нормы обслуживания населения различными видами квалифицированной медицинской помощи делает значительные шаги вперед, далеко превышая довоенные нормы. Если в довоенной Казани имелось 1955 коек, то уже к пятилетию Татарстана имелось 2215 коек, из коих непосредственно в рабочих районах расположено 305.

Вместо 8 амбулаторий с небольшим количеством кабинетов к 10-летию Татарстана в г. Казани имеется развернутая, вполне доступная для широкой массы трудящихся сеть по оказанию амбулаторной помощи с 128 кабинетами по всем специальностям, в которых принимают квалифицированные специалисты из клиник университета и Государственного института усовершенствования врачей. Необходимо отметить введение в систему оказания медицинской помощи рабочему населению консультаций профессоров в рабочих районах.

Кроме того, значительно увеличена пропускная способность амбулаторной сети, благодаря переходу на непрерывную рабочую неделю, тем самым быстро приспособившая деятельность лечебной сети к новым особенностям промышленных предприятий.

В непосредственной связи с амбулаторной помощью, ее непосредственным продолжением и дополнением является оказание лечебной помощи на дому. В городе Казани врачей помощи на дому всего 15, ими за 1929 год оказана помощь 25.256 чел.

Одним из главных достижений советской медицины в области рационализации амбулаторной помощи является диспансерный метод обслуживания населения. Основная задача советской медицины—оздоровление обстановки труда и быта трудящихся и предупреждение заболеваний при активном участии в оздоровительных мероприятиях самих трудящихся. Эта идея, оформившаяся в первые годы советской медицины в создании диспансеров по борьбе с социальными болезнями (их было в Казани 6: три туберкулезных и три венерологических), легла в основу реорганизации всей амбулаторной сети г. Казани, давшей возможность положить начало организации диспансерного метода обслуживания.

Перелом в работе лечебных учреждений в этом направлении наступил только в 1929 году и имеет уже в этой области значительные достижения. Районные амбулаторные объединения опираются в своей деятельности на комитеты оздоровления труда и быта из представителей самих трудящихся. Опыт первого года показывает, что такая система организации медико-санитарного обслуживания имеет громадные преимущества, давая, с одной стороны, возможность для широкого привлечения самих трудящихся в дело здравоохранения, а с другой, сосредоточивая

всю систему медико-санитарных учреждений в руках амбулаторных объединений, создает прочную базу для полного перехода на диспансерный метод работы.

Особо важную роль в системе профилактических мероприятий играют учреждения охраны материнства и младенчества, совершенно не имевшие места в старой медицине, которые помимо оздоровительных функций детского населения, имеют значение в социалистической организации жизни, освобождая женщину от семейного гнета и приобщая ее к общепользовому труду. В Казани существует 5 консультаций для женщин, 8 детских консультаций, 12 постоянных яслей на 660 мест, Дом охраны матери и ребенка на 160 коек с молочной кухней.

Посещения в консультациях имеют тенденцию из года в год к росту, охватывая все больше и больше женщин-татарок и нацменок.

Посещений беременных было в 1925 году 10.095, в 1929 г.—17.390.

Посещений в детских консультациях: в 1924-25 г. — 22.962, в 1929 г.—27.321.

Ясельной помощью пользуются исключительно члены профсоюзов и охват ясельного возраста в 1929 году равняется 13%, составляя для детей работниц, занятых в ведущих отраслях промышленности свыше 50%.

Охрана здоровья детей—одна из отраслей здравоохранения—начала свое существование только после Октябрьской революции. До революции имелся лишь школьно-санитарный надзор в зачаточном состоянии. В настоящее время эта отрасль здравоохранения представлена районными школьно-санитарными врачами, их 17 в Казани, 3-мя школьно-профилактическими амбулаториями, Центральным домом физкультуры и Психоневрологической школой. Тем не менее эта важная отрасль советской медицины остается недостаточно развитой, что возлагает на органы здравоохранения Татарской республики обязанность обратить на нее максимальное внимание в ближайшие годы.

Можно констатировать значительные достижения в медобслуживании населения. Они достигнуты благодаря самоотверженной работе всех работников здравоохранения и в первую очередь деятельному участию самого населения в культурной революции страны. Это участие выразилось в создании комиссий по борьбе за чистоту, здрав. и сан. ячеек, в работе Секции здравоохранения Горсовета, страховых совещаний, Совета социальной помощи и других. Из среды рабочей массы через эти органы самодеятельности постепенно выделяются уже организаторы здравоохранения и в настоящее время мы имеем только в одной Казани около 30 рабочих, ставших в порядке выдвижения руководителями крупнейших лечебно-санитарных учреждений.

Подводя итоги всей деятельности органов здравоохранения за 10 лет существования республики, мы имеем большие достижения во всех областях здравоохранения. Однако, необходимо отметить, что темп роста здравоохранения значительно отстает от взятых революцией темпов промышленности и сельского хозяйства.

Расходы по здравоохранению, составляя—

в 1922-23 г.	257.290 руб.
„ 1923-24 г.	878.641 „
„ 1924-25 г.	1.327.954 „
„ 1925-26 г.	3.374.629 „

„ 1926-27 г	4.203.956	„
„ 1927-28 г.	5.014.715	„
„ 1928-29 г.	5.696.700	„
„ 1929-30 г.	7.441.900	„

недостаточны для удовлетворения всех потребностей, предъявляющихся со стороны населения.

Отставание темпов развития сети здравоохранения констатируется по докладу Народного комиссариата здравоохранения РСФСР т. Семашко ЦК ВКП(б) и постановлением Совнаркома РСФСР предложено пересмотреть пятилетку здравоохранения в соответствии с темпами индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства. Основные установки, данные ЦК ВКП(б) и Совнаркомом РСФСР, получили свое отражение во вновь пересоставленном пятилетнем плане здравоохранения Татарской Республики, который наряду с четким проведением классовой пролетарской линии и четкой национальной политикой в деле организации медпомощи как в городе, так и на селе и увязкой темпов развития здравоохранения с общими темпами развития социалистического строительства, основной задачей в области здравоохранения ставит реконструкцию здравоохранения применительно к задачам социалистического строительства, заключающегося в организационном объединении всех видов лечебно-профилактической работы в комплекс учреждений типа единого диспансера и широкое вовлечение рабочих и крестьянских масс в строительство дела здравоохранения.

Темпы социалистической реконструкции с/х хозяйства, превращение пятилетки совхозного строительства „в 3 года“ и колхозного „в 2 года“ ставит перед органами здравоохранения задачи форсированного развития сети в сельских местностях, реорганизовав ее с решительной установкой на специализацию лечебной помощи и перестроив ее по типу единого диспансера с центральной базой в энергетическом центре, намечающемся в процессе обобществления с/х хозяйства. Намеченная в пятилетке постройка 30 новых больниц и 11 заканчивающихся в 1929-30 году и 10 переходящих на 1933-34 год позволят расширить количество коек с 1.474 до 4.440, т. е. довести нормы коечного обслуживания с 5,9 до 18 коек на 10.000 населения.

Несмотря на относительное обеспечение коечной помощью городского населения, потребность приближения стационарной помощи к основной массе рабочего населения и повышения нормы их обслуживания вызывает расширение коек и в городах до 3.108 вместо 2.395 в 1929-30 году. Расширение намечается почти исключительно в рабочих районах путем постройки крупных больниц (Заречный район больницы на 300 коек, Забулачный—на 200 коек) и расширения существующих. К концу пятилетки норма обеспечения коечной помощью повысится с 49 до 76 на 10.000 населения.

Социалистическая реконструкция быта ставит вопрос об исключительных темпах в области роста учреждений охраны материнства и младенчества, играющих огромную роль в раскрепощении работниц и приобщении их к общественно-полезному труду. Число ясельных коек запроектировано в городах в 1.700 на 2.890 мест, количество, обеспечивающее 100% охват детей работниц, занятых в ведущих отраслях промышленности, 75% детей работниц прочих производств и 15% детей остальных

застрахованных. В сельских местностях намечено 100 постоянных яслей на 3.500 мест и 3.150 временных на 91.000 мест, что дает 25% обеспечения всех детей ясельного возраста в летнее время. В области родопомощения ставится задача охвата 100% родов в городах и 50% в сельских местностях вместо 4% в настоящее время.

Задача по охране здоровья детей и подростков приобретает исключительное значение в виду огромных перспектив, намеченных в области роста организованных детских контингентов, в связи с осуществлением всеобщего начального обучения, усиления сети дошкольных учреждений и значительным возрастанием числа рабочих подростков, охватываемых всеми видами образования. В соответствии с поставленными задачами в этой области намечается рост врачей и пунктов ОЗД в городах до 46, в сельских местностях до 46 и кабинетов по детпрофамбулаториям в составе „единых диспансеров“ до 29 с одновременным развертыванием стационарных учреждений по ОЗД и П. до 290 и лагерей для юных пионеров на 400 коек.

В области борьбы с эпидемиями ставится задачей повсеместная ликвидация оспы, доведение до минимума паразитарных тифов, решительное снижение малярии, кишечных заболеваний и детских заболеваний. Намеченные мероприятия направлены по линии укрепления и расширения санитарной организации (с 25 до 85 врачей), доведения до полной нормы оспопрививателей (до 146) и расширение сети заразных коек до 952.

Основной проблемой в пятилетке здравоохранения является вопрос о кадрах. Общее количество врачей, потребных по пятилетке, равняется 1.609 вместо 685 в 1929-30 году, что позволит увеличить норму с 0,4 до 3,3 на 10.000 чел. населения в сельских местностях и с 12 до 23 в городах.

Намеченные по пятилетке темпы роста мероприятий по здравоохранению требуют финансирования на 3 года в размере 71.563 т. рублей, причем расходы в ближайшем 1930-31 году выразятся в 16.568,0 т. руб., в 1931-32 году в 23.299,0 т. рублей, в 1932-33 г.—31.698,0 т. рублей. Из этой суммы 19.500 т. рублей составляют капитальное вложение.