

the methodological guidelines developed and approved by the interdepartmental state commission created a normative and technical basis for the technology of transferring enterprises to a new system, and became a basis for ongoing transformations in the country's economy.

Keywords: economic reform, methodical guidelines, planning, stimulation, interdepartmental commission, State Planning Committee of the USSR, industry

УДК 94(470.6)»1930»:614.79

ГАДИЦКАЯ Марина Александровна – кандидат исторических наук, доцент кафедры всеобщей истории историко-филологического факультета Сочинского института – филиала Российского университета дружбы народов (354348, Россия, Краснодарский край, г. Сочи, Адлерский район, ул. Куйбышева, 32; marinagaditskay@mail.ru)

САМСОНЕНКО Татьяна Александровна – доктор исторических наук, доцент; профессор кафедры социально-культурного сервиса и туризма Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма (350015, Россия, г. Краснодар, ул. Буденного, 161; Samsonenko1962@mail.ru)

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ПОВСЕДНЕВНОСТИ КОЛХОЗНОЙ ДЕРЕВНИ 1930-х гг. (на материалах Юга России)

Аннотация. В статье раскрывается один из недостаточно изученных аспектов деревенской повседневности 1930-х гг., связанный с формированием сети сельских учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские услуги населению и проводящих санитарно-гигиенические мероприятия. Доказывается, что в результате осуществления сплошной коллективизации сложилась система медицинского обслуживания как один из базовых элементов деревенской повседневности. При этом не удалось избежать определенных трудностей ее роста, хотя созданные колхозы приняли активное участие в улучшении медицинского обслуживания колхозников.

Ключевые слова: заболевания, коллективизация, медицинский персонал, повседневность, сельское здравоохранение, эпидемии

По меткому выражению академика Ю.А. Полякова, одной из характерных отличительных черт исторической повседневности является ее «необъятность» [Поляков 2002: 298], т.е. наполненность великим множеством разнообразных аспектов, т.е. имеется в виду «быт в самом широком смысле» [Пушкарева, Любичанковский 2014: 9], обуславливавший взаимоотношения индивидов, обыденность и практики общения в коллективах, стратегии адаптации людей к меняющимся жизненным условиям и пр. В сложной классификации областей, сегментов, компонентов и аспектов исторической повседневности Ю.А. Поляков отмечал медицинское обслуживание – вопросы его «стоимости, качества, доступности» для населения [Поляков 2002: 299, 300–301]. В рамках этих подходов мы рассматриваем создание в коллективизированной деревне системы здравоохранения и первые результаты ее деятельности по защите здоровья колхозников и оздоровлению сельского быта. Не случайно советские авторы – современники коллективизации уверенно утверждали, что «1931 год для органов здравоохранения был годом решительной перестройки»¹. Подчеркнем, эта «перестройка»

¹ Барсуков М. Здравоохранение в 1932 году. – *Известия*. 1932. 27 янв.

заметно отличалась от «глобального социального эксперимента» команды М.С. Горбачева «по модернизации всей страны», который «так и не решил ни одну из вставших после 1985 г. поистине ключевых проблем» [Скорик 2001: 116]. А вот с «перестройкой» времен коллективизация все сложилось иначе.

Коллективизация подстегнула формирование и развитие широкой сети медицинских учреждений, поскольку, во-первых, огромные мобилизационные возможности колхозной системы позволяли аккумулировать значительные материальные средства, часть которых использовалась для финансирования создания и деятельности деревенских медучреждений, а, во-вторых, залогом эффективного функционирования колхозов являлось создание и поддержание в них «здоровых социально-бытовых условий» [Подольский 1931: 7], для чего требовалось расширять и укреплять учреждения здравоохранения на селе.

Уже в начале 1930-х гг. значительно возросли расходы государственного и местных бюджетов, направленные на содержание существующих и создание новых медицинских учреждений в деревне, которая стремительно превращалась из доколхозной в колхозную. Так, согласно отчетным данным Азово-Черноморского краевого исполнительного комитета, за 3 года, с 1931 по 1934 г., затраты из краевого бюджета (вкпе с государственными дотациями) на нужды здравоохранения выросли в 2 раза: если в 1931 г. ассигнования на медицинское обслуживание составляли 37,9 млн руб., то в 1933 г. — 57,2 млн руб., а в 1934 г. — уже 76 млн руб.¹ Причем развитие сельской системы здравоохранения в 1930-х гг. не только дотировалось за счет бюджетных средств, но и поддерживалось колхозами, которые принимали активное участие «в организации, оборудовании и содержании [детских] ясель, детдомов, больниц» [Подольский 1931: 7]. В частности, «для борьбы с малярией передовые колхозы организовали за счет собственных средств небольшие стационары»².

Резкий рост финансирования закономерно привел к расширению сети сельских учреждений здравоохранения уже в первой половине 1930-х гг. Только на Дону и Кубани в 1931–1933 гг. численность сельских больниц выросла со 194 до 231 ед. (а число коек в них — с 4 543 до 5 239), амбулаторий, консультаций и диспансеров — с 658 до 689, фельдшерских пунктов — с 396 до 667 учреждений³. Не удовлетворившись достигнутыми показателями, руководство Азово-Черноморского края (объединявшего тогда Дон и Кубань) в мае 1934 г. постановило еще больше расширить врачебную сеть на селе, «исходя из следующих расчетов: больница должна быть в районе деятельности МТС (машинно-тракторной станции, обслуживавшей несколько колхозов. — *Авт.*), в каждом крупном совхозе, [кроме того,] врачебная амбулатория в остальных совхозах и на 3–4 колхоза, а также в каждом отделении совхоза и крупном колхозе [должен находиться] средний медперсонал»⁴. Реализация подобных указаний увеличивала размеры сельской сети медучреждений и доступность врачебной помощи нуждающимся в ней жителям колхозной деревни.

Новый импульс сельская система здравоохранения на Юге России получила во второй половине 1930-х гг., когда в связи с либерализацией государственной аграрной политики (в частности, со смягчением налогового бремени на колхозное крестьянство) и последующим укреплением колхозной системы

¹ Азово-Черноморский краевой исполнительный комитет Советов. Отчет о работе. 1931–1934. Ростов н/Д. 1935. С. 150.

² Там же. С. 149.

³ Там же. С. 229.

⁴ «Поднять дело здравоохранения — насущнейшая задача края». Постановление пленума Азово-Черноморского краевого исполнительного комитета по отчетному докладу краевого отдела здравоохранения. — *Молот*. 1934. 21 мая.

и нормализацией социальной обстановки в деревне появились возможности для дальнейшего расширения сети медицинских заведений. Так, в Азово-Черноморском крае в 1935 г. насчитывалось 12 акушерских пунктов и 75 родильных домов на 208 коек, а в 1937 г. — уже 207 акушерских пунктов и 275 роддомов на 806 коек¹. После разделения в сентябре 1937 г. Азово-Черноморского края на Ростовскую область и Краснодарский край в них продолжилось расширение сети медучреждений. Только в Краснодарском крае в 1939 г. насчитывалось 1 984 места в сельских роддомах, что более чем в 2 раза превышало показатели Азово-Черноморского края². Кроме того, с 1937 по 1939 г. число сельских больниц в Краснодарском крае увеличилось со 146 до 151, а коек в них — с 3 365 до 3 789³. В южных районах Ростовской обл. в 1940 г. насчитывалось 132 больничных учреждения против 35 в 1913 г., причем число больничных коек в сельской местности возросло с 340 до 1700⁴.

Однако, несмотря на заметный рост сельской сети учреждений здравоохранения в 1930-х гг., ее параметры оставались довольно скромными и недостаточными для оказания своевременной полноценной медицинской помощи всем нуждающимся жителям колхозной деревни. В особенности не хватало больниц, и это существенно затрудняло лечение больных, нуждавшихся в стационарной медицинской помощи. Так, в 1939 г. в селе Сергиевка Спицевского района Орджоникидзевского края работали амбулатория, аптека, родильный дом, но не было больницы⁵. В Краснодарском крае к началу 1938 г. имелись 149 сельских больниц, располагавших 4 773 койками, т.е. на каждую 1 000 крестьян приходилось всего лишь по 2,1 больничных места⁶, а 1 984 мест в сельских роддомах по состоянию на 1939 г. не хватало для обслуживания рожениц. Стараясь улучшить ситуацию, колхозы на собственные средства создавали так называемые хаты-родильни, но из 1 845 колхозов в Ростовской обл. в 1940 г. хаты-родильни действовали лишь в 101 коллективном хозяйстве, при наличии в них только 591 места⁷. Таким образом, колхозные хаты-родильни (не говоря уже о родильных комнатах, также открывавшихся в колхозах) представляли собой крошечные заведения, не рассчитанные на обслуживание более или менее значительного числа колхозниц. Кроме того, на всем протяжении 1930-х гг. в сельской местности Юга России ощущался острый дефицит врачебного персонала: отчасти в силу общего дефицита медицинских кадров, а отчасти из-за нежелания многих врачей работать в деревне. Здесь сохранялась ситуация, детерминированная «сниженной пропускной способностью социальных лифтов в сельской агломерации» и сказывалась застарелая проблема подготовки специалистов, когда не учитывались «внутренние закономерности межличностных отношений в студенческой группе» [Лукичев, Скорик 1995: 114, 115].

Состояние множества сельских больниц, амбулаторий, роддомов и других подобных заведений в течение 1930-х гг. трудно назвать удовлетворительным, равно как и качество медицинского обслуживания сельского населения, причиной чего являлись острый дефицит средств и медикаментов, халатное отношение медперсонала к своим обязанностям, невнимание местных властей к нуждам

¹ О радости материнской, о гордости советской. — *Колхозница*. 1937. № 6. С. 12.

² *Краснодарский край в 1937–1941 гг.*: документы и материалы (пред. ред. коллегии А.А. Алексеева). Краснодар: Эдви. 1997. С. 525.

³ Там же. С. 525.

⁴ *Ростовская область за 40 лет*. Ростов н/Д. 1957. С. 252–253.

⁵ *Наш край (сельское хозяйство Орджоникидзевского края)*. В помощь пропагандистам и агитаторам (под ред. В. Воронцова и Р. Саренца). Вып. 1. Пятигорск. 1939. С. 38.

⁶ *Краснодарский край в 1937–1941 гг.* Документы и материалы. С. 57, 59.

⁷ Государственный архив Ростовской области (ГАРО). Ф. Р-4034. Оп. 8. Д. 1. Л. 98.

здравоохранения. Так, даже к исходу 1930-х гг. на Ставрополье «продолжал оставаться весьма актуальным вопрос о необходимости значительного улучшения постановки дела здравоохранения в сельской местности», поскольку в больницах не хватало коек, наблюдалась антисанитария (вшивость, грязная посуда, ветхое постельное белье) и т.д. [Ованесов, Судавцов 2007: 103-108, 137, 145, 147-148]. Столь же печальные примеры во множестве наблюдались на Дону и Кубани. В частности, летом – осенью 1937 г. Ростовский обком ВКП(б) по итогам проверок констатировал в райбольнице Целинского района «взятничество, разложение врачебного персонала, преступное отношение к больным, повлекшее большую смертность» (с 1 января по 14 июля 1937 г. здесь умерли 36 больных из 553 поступивших в больницу, в т.ч. из 56 детей умерли 16)¹, а райбольница Чернышевского района характеризовалась как «грязная и запущенная», где «орудуют ничего не понимающие в медицине люди»².

Несмотря на не соответствующие потребностям параметры сельской системы медобслуживания и многочисленные примеры ее неудовлетворительного состояния и функционирования, все же в 1930-х гг. наблюдались существенные сдвиги в борьбе за здоровье населения колхозной деревни и оздоровление деревенского быта. Наиболее зримые позитивные изменения наблюдались в сфере обобществленного аграрного производства и, соответственно, трудовой повседневности колхозников. В 1930-х гг. произошло улучшение санитарно-гигиенических условий на производстве, о чем с гордостью говорили представители партийно-советских структур, работники колхозной администрации, да и рядовые аграрии: «нет ни одной бригады, ни одного табора (полевой стан. – *Авт.*), где бы не имелись свои аптечки»³, «у нас во всех бригадах за исключением одного хутора довольно приличные таборы, имеются души, устроена баня, имеется детская комната»⁴. Безусловно, и здесь с избытком хватало и недостатков, но в сравнении с досоветской и доколхозной деревней позитивные тенденции выражались весьма отчетливо.

Анализ источников позволяет говорить о наличии и укреплении столь же позитивных тенденций и в сфере медицинского обслуживания сельского населения в целом, а не только работников колхозов. Отметим, в частности, наблюдавшуюся в 1930-х гг. активизацию мероприятий по предупреждению и лечению инфекционных заболеваний – чумы, холеры, оспы, тифа, малярии и пр. По данным Азово-Черноморского крайисполкома, на Дону и Кубани «большое развитие получили массовые предохранительные прививки против оспы, брюшного тифа, скарлатины и дифтерии»: если в 1933 г. в крае сделали 380 тыс. прививок против брюшного тифа, то за 9 месяцев 1934 г. от этой опасной болезни привили уже 726 тыс. чел., а еще 1 707 тыс. – от оспы⁵. Хотя по социальным соображениям медработники Староминского района во главе с заведующим райздрава Чуевым саботировали лечение в 1934 г. прибывших на Кубань красноармейцев-переселенцев от малярии [Скорик 2009: 245], однако это были нечастые отголоски прежнего «казачьего национализма», имевшего этносословный характер [Скорик, Озеров 2005: 101].

Укреплялись существовавшие с досоветских времен или создавались с нуля специальные лаборатории, станции и пункты по борьбе с разного рода эпиде-

¹ Центр документации новейшей истории Ростовской области (ЦДНИРО). Ф. 9. Оп. 1. Д. 12. Л. 6(об).

² ЦДНИРО. Ф. 9. Оп. 1. Д. 14. Л. 207.

³ Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 112. Оп. 57. Д. 23. Л. 14.

⁴ РГАСПИ. Ф. 112. Оп. 57. Д. 2. Л. 87.

⁵ Азово-Черноморский краевой исполнительный комитет Советов. Отчет о работе. С. 147, 148.

мическими заболеваниями. В частности, в 1932–1934 гг. противочумные станции заработали в северо-восточных районах Ставрополя (входившего тогда в состав Северо-Кавказского края), в селах Петровское (ныне Светлоград), Летняя Ставка, Благодарное, Арзгир, Ипатово (ныне город), Александровское, в городе Прикумске (ныне Буденновск), т.к. здесь наиболее часто отмечались вспышки чумы [Природные... 2004: 88]. Расширялась сеть малярийных станций – медицинских пунктов, занимавшихся профилактикой и лечением малярии. Если на Дону и Кубани в 1931 г. насчитывалось 23 подобных станции, то в 1933 г. построили еще 6, а в 1934 г. планировалось довести их число до 44¹.

Одновременно осуществлялись меры по повышению эффективности лечения жителей Юга России, уже пораженных инфекционными заболеваниями, для чего увеличивалось число койко-мест в инфекционных отделениях больниц, расширялись штаты специалистов по борьбе с заразными болезнями. За четырехлетний период с 1931 по 1934 г. число «заразных коек» (вместимость инфекционных отделений) увеличилась в Азово-Черноморском крае практически вдвое: если в 1931 г. на Дону и Кубани насчитывалось 1 433 «заразных койки», то в 1934 г. – уже 2 295, а также были «усилены кадры санитарных врачей»². Разумеется, указанные количественные параметры не выглядят впечатляющими, но в сравнении с предшествующей досоветской и доколхозной эпохой удалось сделать серьезный шаг вперед.

Итак, развернутая на рубеже 1920-х – 1930-х гг. сплошная форсированная коллективизация выступила, помимо прочего, в качестве мощного стимула развития в советской (в частности, южнороссийской) деревне сети медицинских учреждений. Сформированная в результате коллективизации колхозная система позволила сконцентрировать материальные и людские ресурсы села и направить их в известной мере на решение социальных проблем, в т.ч. на медицинское обслуживание крестьянства. Несмотря на дефицит медицинских кадров, халатность и злоупотребления медработников и представителей власти, больницы, амбулатории, фельдшерские пункты и другие подобные учреждения работали, предупреждая эпидемии, снижая масштабы заболеваемости, способствуя улучшению санитарно-гигиенических условий как на производстве, так и в сельских населенных пунктах Юга России. Медицинское обслуживание превратилось из фрагментарного факта наличия в дореволюционные времена в скромный, но устойчивый сегмент деревенской повседневности 1930-х гг.

Список литературы

Лукичев П.Н., Скорик А.П. 1995. Поведенческая типология студенческой группы. – *Социологические исследования*. № 7. С. 109-115.

Ованесов Б.Т., Судавцов Н.Д. 2007. *Здравоохранение Ставрополя (1918–2005 гг.)*. Ставрополь: Стройиздат-Грантстрой. 544 с.

Подольский Ал. 1931. Район – важнейший узел руководства кассами взаимопомощи колхозников. – *Социальное обеспечение*. № 9. С. 5-7.

Поляков Ю.А. 2002. Человек в повседневности (Исторические аспекты). – *Труды Института российской истории РАН. 1999 – 2000* (отв. ред. А.Н. Сахаров). М.: ИРИ РАН. Вып. 3. С. 290-322.

Природные очаги чумы Кавказа, Прикаспия, Средней Азии и Сибири (под ред. Г.Г. Онищенко, В.В. Кутырева). 2004. М.: Медицина. 192 с.

Пушкарева Н.Л., Любичанковский С.В. 2014. Понимание истории повседневности в современном историческом исследовании: от школы Анналов к россий-

¹ Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 396. Оп. 10. Д. 60. Л. 88.

² Азово-Черноморский краевой исполнительный комитет Советов. Отчет о работе. С. 148.

ской философской школе. — *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина*. № 1. Т. 4. С. 6-14.

Скорик А.П. 2001. *Проблемы экспериментов и ошибок в историческом процессе*: дис... д. филос. н. Ростов н/Д. 351 с.

Скорик А.П., Озеров А.А. 2005. *Этносоциальный адрес донцов: научно-популярный дискурс*. Ростов н/Д: Изд-во СКНЦ, 232 с.

Скорик А.П. 2009. *Казачий Юг России в 1930-е годы: грани исторических судеб социальной общности*. Ростов н/Д: Изд-во СКНЦ ВШ ЮФУ. 508 с.

GADITSKAYA Marina Aleksandrovna, Cand.Sci. (Hist.), Associate Professor of the Chair of General History, Faculty of History and Philology, Sochi Institute – branch of the Peoples' Friendship University of Russia (32 Kuibysheva St, Adler district, Sochi, Krasnodarsky region, Russia, 354348; marinagaditskay@mail.ru)

SAMSONENKO Tat'yana Aleksandrovna, Dr.Sci (Hist.), Associate Professor; Professor of the Chair of Socio-cultural Service and Tourism, Kuban State University of Physical Culture, Sports and Tourism (161 Budennogo St, Krasnodar, Russia, 350015; Samsonenko1962@mail.ru)

MEDICAL SERVICES IN EVERYDAY LIFE OF COLLECTIVE FARM VILLAGE IN 1930s (on materials of South Russia)

Abstract. *The article describes the formation of a network of rural health institutions as one of the insufficiently studied aspects of the rural everyday life of the 1930s. The authors show the provision of medical services to the population and the conduct of sanitary and hygienic measures. They prove that the health care system was formed in the course of continuous collectivization. This system was an important element of rural everyday life. The authors also show the difficulties in the functioning of the network of rural health care institutions, despite the fact that the collective farms took an active part in improving the medical care for collective farmers.*

Keywords: *diseases, collectivization, medical personnel, everyday life, rural health, epidemics*
