

DOI 10.17150/978-5-7253-3124-0.44
УДК 94(571.51)+614.2
ББК 63.3

М.В. СЕНТЯБОВА

ЖЕНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСКОГО ЗДОРОВЬЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В 1950–1960-Х ГГ.

Статья посвящена проблеме работы женских консультаций Красноярского края как низового звена в системе охраны материнского здоровья. Автор исследует количественные изменения в работе женских консультаций, выразившиеся в расширении сети и изменении охвата населения акушерско-гинекологической помощью. Уделено внимание вопросам улучшения качества оказания медицинских услуг женщинам края.

Ключевые слова: охрана материнства и детства, женская консультация, Красноярский край, история медицины, вторая половина XX века.

WOMEN'S CONSULTATIONS IN THE SYSTEM OF MATERNAL HEALTH PROTECTION IN THE KRASNOYARSK KRAI OF THE 1950S–1960S

The article is devoted to the problem of the work of women's consultations of the Krasnoyarsk krai as a grassroots link in the system of maternal health protection. The author investigates quantitative changes in the work of women's consultations, expressed in the expansion of the network and the change in coverage of obstetric and gynecological care. Attention is paid to improving the quality of medical services for women of the region.

Keywords: protection of motherhood and childhood, women's consultation, Krasnoyarsk Territory, history of medicine, the second half of the XX century.

В современной исторической науке изучение вопросов развития системы охраны материнского и младенческого здоровья в советский период все больше выходит за рамки истории медицины. Тематика женского здравоохранения тесно связана с проблемами реализации социальной политики советского государства. Серьезное влияние уровень развития акушерско-гинекологической помощи населению оказывает и на изменение демографических показателей, прежде всего таких, как материнская и младенческая смертность.

В последние годы появляется все больше публикаций, посвященных вопросам формирования системы материнского здравоохранения на региональном уровне, изменению её охвата и доступности. На материалах Курской области вопросы медицинской охраны материнства и детства исследовались в работе М.В. Яценко [1]. Становление и развитие учреждений родовспоможения Поволжья исследовал А.А. Гуменюк [2].

Развитию системы акушерско-гинекологической помощи населению Красноярского края в период 1920-х и 1930-х гг. посвящены работы Н.А. Баранцевой [3] и Е.Н. Афанасовой [4]. Эту же тематику в хронологических рамках второй половины XX в. исследовал автор данной статьи [5].

Изучая систему женского здравоохранения в её целостности, историки больше сосредотачивались на работе родильных домов и гинекологических стационаров. Но развитие сети женских медицинских учреждений в СССР проходило в рамках концепции охраны материнства и детства, согласно которой забота о женском здоровье входила в сферу внимания государства. Первичным –и самым массовым в отношении взаимодействия с женским населением – звеном этой системы выступали женские консультации и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).

Консультации для беременных, а также женские и детские консультации начинают появляться в СССР в 1920-х гг. К 1929 г. на территории

бывшей Енисейской губернии насчитывалось 18 консультаций для беременных, что было явно недостаточно [3, с. 111]. В 1949 г. приказом Министерства Здравоохранения СССР № 870 начинается реорганизация медицинских служб, выражающаяся в установлении единой номенклатуры заведений здравоохранения и объединении учреждений больничного типа с амбулаторно-поликлиническими [6]. Все женские консультации были объединены с родильными домами или родильными и гинекологическими отделениями больниц.

Целью работы женских консультаций выступала «забота о всемерном укреплении здоровья женщины во все периоды её жизни». При этом особое внимание уделялось «охране здоровья женщины в период беременности и антенатальной охране плода» [7, с. 1]. Женские консультации действовали как в городах, так и в сельской местности, где они обслуживали население районных центров и оказывали консультационную помощь районным акушерам и ФАП [8, д. 109, л. 4]. Кроме того, к женским консультациям прикреплялись врачи-гинекологи, работающие на промышленных предприятиях.

На протяжении 1950–1960-х гг. на территории Красноярского края наблюдался заметный рост количества женских консультаций, что наглядно представлено в таблице 1 [составлено автором по: 8, д. 109, л. 2; д. 259, л. 3; д. 266, л. 6; д. 286, л. 4; д. 322, л. 8.; д. 459, л. 1].

Таблица 1

Изменение количества женских консультаций в Красноярском крае

Год	Всего	В том числе:	
		В городах	В сельской местности
1955	79	32	47
1958	86	40	46
1959	87	42	45
1960	88	44	44
1961	89	49	40
1962	96	58	38
1963	98	60	38
1964	98	60	38
1965	98	61	37
1969	120	82	38
1970	120	82	38

Представляется логичным связать это с увеличением населения края, которое за период с 1950 г. по 1970 г. вырастает почти в 1,5 раза, причем население городов – в 2,2 раза [14, с. 10]. Как видно из таблицы 1, соответствующим образом меняется и распределение женских консультаций между городами и районными центрами. Если в 1950-х гг. консультаций в городах меньше, чем в сельской местности, то к 1970 г. их уже значительно больше. Но этот процесс имел ряд нюансов. Иногда изменения происходили из-за того, что сельские районные центры приобретали городской статус, как это было, например, в 1959 г. [8, д. 259, л. 4]. Резкое увеличение количеств городских женских консультаций в 1962 г., возможно, тоже связано с сокращением количества сельских районов, которое происходит в этом году.

Работа женских консультаций строилась по территориальному принципу, когда каждая консультация обслуживала исключительно женщин, проживающих в прикрепленном к ней районе, причем размеры района зависели от численности населения. К середине 1960-х гг. один акушерско-гинекологический участок (территория, обслуживаемая одним акушером-гинекологом и одной акушерской) должен был выделяться на 8 тыс. жителей, то есть был в два раза больше стандартного терапевтического участка, который обслуживал 4 тыс. жителей. Считалось, что в таком случае в соответствии с возрастно-половой структурой населения СССР на один участок приходилось бы 4,4 тыс. женщин, из которых 2,1 тыс. были бы в возрасте от 15 до 49 лет. На промышленных предприятиях предполагалось выделять одного врача-гинеколога на 1 500 работниц и служащих [7, с. 2].

Однако в условиях стремительной урбанизации Красноярского края в 1950–1960-х гг. соблюсти эти показатели было крайне сложно. Быстрый рост городского населения требовал перераспределения границ участков для поддержания численности обслуживаемого населения. Но в таких случаях неизбежно выделение новых акушерско-гинекологических участков, что требовало бы увеличения количества участков акушеров и акушерско-гинекологов, а также расширения площади женских консультаций. Сохранение же слишком многолюдных акушерско-гинекологических участков порождало проблемы с обслуживанием населения. По нормативам за время одного часа амбулаторного приема врач должен был обслужить пять человек, что в случае больших участков неизбежно приводило либо к увеличению часов приема, либо к росту очередей.

Так, в 1960 г. разукрупнение участков в женских консультациях края не проводилось, и в результате врачи, особенно на промышленных предприятиях Красноярска, работали «с чрезвычайной перегрузкой и не в состоянии обслужить нуждающихся в акушерско-гинекологической

помощи» [8, д. 259, л. 7]. Разукрупнение же акушерских участков в Красноярске в 1964 г. сразу приводит к улучшению показателей качества работы – и это при том, что даже разукрупненный акушерско-гинекологический участок в Красноярске в среднем равнялся 2,8 терапевтического участка, то есть приблизительно 11 200 человек [там же, д. 286, л. 5]. К 1965 г. этот показатель снизился до 1:2,5, т.е. 10 тыс. человек. Еще сложнее обстояло дело в Абакане и Дудинке, где один акушерский участок равнялся трем терапевтическим. Выдержать соотношение акушерских и терапевтических участков на уровне 1:2 удавалось только в Норильске, Канске и Ачинске [там же, д. 286, л. 4; д. 322, л. 8].

Можно выделить две основные сферы деятельности женских консультаций Красноярского края. Первая из них – это обслуживание беременных женщин. Одним из основных количественных показателей работы женских консультаций был процент женщин, привлеченных под наблюдение акушера-гинеколога на ранних сроках беременности, то есть до трех месяцев. Тщательное медицинское наблюдение за беременностью на протяжении всего срока выступало важнейшим фактором снижения перинатальной смертности, а также сокращения вероятности смерти матери при родах и случаев спонтанного прекращения беременности или рождения детей на сроке до 37 недель. Оно позволяло выявить возможные патологии беременности, а также экстрагенитальные заболевания, способные вызвать проблемы у матери или у плода.

Как видно из данных, приведенных в таблице 2 [составлено автором по: 8, д. 109, л. 4; д. 259, л. 6; д. 266, л. 7; д. 286, л. 4; д. 322, л. 9.; д. 459, л. 7], показатель охвата медицинским наблюдением женщин на раннем сроке беременности на протяжении исследуемого периода неизменно возрастал.

Охват медицинским наблюдением женщин на ранних сроках беременности в городах в среднем был о выше, чем в сельской местности. Особенно ярко это расхождение наблюдается в первой половине 1960-х гг. Кроме того, в Красноярском крае этот показатель был существенно ниже, чем в среднем в РСФСР, где в 1959 г. под медицинским наблюдением на раннем сроке беременности находились 53,8 % беременных [8, д. 259, л. 7].

Ситуация же, когда беременная женщина впервые приходила в женскую консультацию на сроке беременности свыше семи месяцев рассматривалась как крайне негативная, а потому требующая работы по сокращению таких случаев. В 1959 г. в Красноярском крае на позднем сроке на учет были взяты 12,5 % беременных, в то время как в 1960 г. средний показатель по РСФСР составлял 9,1 % [там же, д. 266, л. 8]. Данные, представленные в таблице 3 [составлено автором по: 8, д. 266, л. 8; д. 286, л. 4; д. 322, л. 24.; д. 459, л. 7], демонстрируют стабильное уменьшение этого показателя в городах, но вот в сельской местности

ситуация интереснее – рост к середине 1960-х гг. и снижение к концу периода.

Таблица 2

Изменение количества беременных, охваченных медицинским наблюдением на раннем сроке беременности в Красноярском крае

Год	В городах края (в%)	В сельской местности (в %)
1955	41,3	37
1957	54,7	-
1958	42,4	44,2
1959	46,9	42
1960	49,3	45,9
1961	49,8	45,9
1962	47,6	43,3
1963	50,9	44,5
1964	50,6	44,1
1965	53,6	44,1
1969	64,4	60,4
1970	65,1	61,6

Таблица 3

Изменение количества беременных, охваченных медицинским наблюдением на позднем сроке беременности в Красноярском крае

Год	В городах края (в%)	В сельской местности (в %)
1960	10,9	11
1962	9,2	12
1963	7,1	19,6
1964	6,2	16,5
1965	5,5	15
1969	4,8	8,8
1970	3,4	10,2

Краевые медицинские чиновники были склонны объяснять низкий уровень охвата медицинским наблюдением женщин сроке до трех месяцев беременности некачественной работой сотрудников женских консультаций, так как «это важное мероприятие все-таки недооценивается работниками женских консультаций» [8, д. 259, л. 7]. В условиях проблемы с обеспечением медицинскими кадрами, характерной для Красноярского края в исследуемый период [подробнее см. 5, с. 209], наибольший дефицит специалистов наблюдался именно в сельском здравоохранении. Проводить разъяснительную работу по привлечению беременных под медицинское наблюдение в сельской местности было сложнее, чем может объясняться такая разница в показателях.

Однако, если обратить внимание на распределение показателей по отдельным городам и районам, то картина представляется несколько сложнее. Отдельные сельские районы могли показывать довольно высокий процент охвата медицинским наблюдением беременных на ранних сроках. Например, в 1965 г. такими были: Северо-Енисейский с показателем в 86 %, Краснотуранский район – с 68 %, Большемуртинский – с 67,6 % [8, д. 322, лл. 24-25]. Этот же показатель в самом крупном городе края – Красноярске – в 1959 г. составил 37,3 %, в 1960 – 47,5 %, в 1965 – 56,8 %. Более высокие показатели демонстрировал Норильск – 55,9%, 63,5 % и 60 % соответственно [там же, д. 259, лл. 6-7; д. 266, л. 4; д. 322, лл. 24-25].

Все это позволяет предполагать и другие причины, которые могли влиять на уровень охвата медицинским наблюдением женщин на раннем сроке беременности. С одной стороны, в не очень больших и компактных населенных пунктах с невысокой текучестью населения (в отличие от больших городов) было явно проще проводить просветительскую работу среди населения в силу хорошего знакомства акушерок и врачей-гинекологов со своим участком и контингентом. С другой стороны, в промышленных городах выше был средний уровень образования женщин, а значит, и более ответственное отношение к беременности. Не стоит игнорировать и материальные факторы: до 1965 г. оплачиваемый отпуск по беременности и родам у работниц и служащих был почти в два раза больше, чем у колхозниц (112 дней против 60), что вызывало большую заинтересованность в правильности его расчета. Представляется весьма вероятным, что существенное увеличение показателей в сельской местности к концу 1960-х гг., представленное в таблице 2, было связано в том числе и с уравниванием продолжительности отпуска для всех трудящихся женщин.

Не стоит сбрасывать со счетов и такой фактор, как насыщенность медицинского наблюдения за течением беременности. Даже при раннем сроке начала наблюдения за беременной, из-за проблем с материально-технической базой и нехватки специалистов в сельских жен-

ских консультациях и ФАП работа акушерок и гинекологов по ведению беременности в лучшем случае включала помимо осмотров и измерения артериального давления двукратный анализ крови методом RW и пятикратный анализ мочи методом кипячения [8, д. 370, л. 28]. Даже в середине 1960-х гг. отмечалось, что в районах края из-за нехватки лаборантов в медицинских учреждениях недостаточно проводится «обследование беременных женщин, не всем исследуется кровь, моча» [там же, д. 322, л. 26]. К 1965 г. только в Красноярске и Норильске у беременных проводились анализы на токсоплазмоз и другие инфекции. В Норильске, Красноярске и Абакане действовали лаборатории для определения резус-фактора крови. Но и здесь были проблемы с нехваткой реагентов [там же, д. 286, л. 6]. В таких условиях можно предположить, что часть женщин, особенно в районных центрах, просто не видели для себя необходимость посещать женскую консультацию на ранних сроках беременности. К концу же 1960-х гг. количество анализов, обследований и консультаций, необходимых при медицинском наблюдении беременности, возрастает в разы [7, с. 6-8].

Помимо медицинского наблюдения, женские консультации проводили и другую работу с беременными женщинами и с молодыми матерями. Для беременных организовывались занятия по психопрофилактической подготовке к родам, а со второй половине 1960-х гг. – и «школы матерей» [там же, с. 10]. В 1960 г. были организованы курсы для подготовки акушерок в качестве инструкторов по психопрофилактической подготовке беременных к родам. Этому умению обучались и врачи в количестве 12 человек, прошедших первичную специализацию в акушерской клинике [8, д. 266, л. 44].

Таблица 4

Изменение охвата беременных психопрофилактической подготовкой к родам в городах Красноярского края (в %)

Год	1956	1957	1958	1959	1960	1962	1963	1964
Охват беременных	21,6	21,6	36,1	49,3	46,2	75,8	68,8	61,6

Как видно из таблицы 4 [составлено автором по: 8, д. 259, л. 45; д. 266, л. 45], охват беременных психопрофилактической подготовкой существенно рос на протяжении середины 1950-х – начала 1960-х гг., но после начал снижаться. Это объяснялось нехваткой средних медицинских работников в городах и селах края. Кроме того, в 1964 г. отмечались проблемы с наличием наглядных пособий для проведения психопрофилактической подготовки: «если в городах они есть, то на селе почти нет». Текучесть медицинских кадров в сельской местности тоже создавала трудности [8, д. 286, л. 5].

В 1965 г. в Красноярске было запланировано открыть 4 кабинета лечебной гимнастики для беременных [8, д. 322, л. 23]. Так же в женских консультациях оформлялись отпуска по беременности и родам, работали кабинеты социально-правовой помощи [7, с. 5].

Второй большой сферой приложения усилий работников женских консультаций в Красноярском крае была гинекологическая помощь женскому населению [7, с. 18-19]. Размеры медицинской помощи, оказанной в женских консультациях края, как видно в таблице 5 [составлено автором по: 8, д. 109, л. 35; д. 259, л. 50; д. 266, л. 52; д. 286, л. 20; д. 322, л. 53; д. 459, л. 17], резко увеличиваются в середине – второй половине 1950-х г., плавно снижаются до середины 1960-х гг. и резко снижаются в 1970 г.

Таблица 5

Оказание гинекологической помощи населению Красноярского края

Год	Количество гинекологических больных, обратившихся в женские консультации	Из них с впервые установленным диагнозом
1953	34 336	15 138
1954	40 405	17 362
1955	133 472	14 673
1959	79 784	32 775
1960	88 795	38 762
1961	76 198	32 686
1962	73 951	39 447
1963	70 968	36 395
1964	62 499	32 172
1965	68 687	32 316
1970	22 311	14 264

Резкому увеличению количества гинекологических больных в 1955 г. мы пока не нашли полностью удовлетворяющего объяснения. Учитывая низкую долю среди них больных с впервые установленным диагнозом, можно предположить, что какую-то роль в этом сыграл эффект накопления большого количества не долеченных ранее женщин. Только на 1955 г. из числа обратившихся в женские консультации и нуждавшихся в стационарном лечении были госпитализированы всего 3 536 женщин,

что свидетельствовало о значительном отставании стационарной гинекологической помощи в крае от акушерской [8, д. 109, л. 35].

Качественные показатели оказания гинекологической помощи женщинам Красноярского края зависели прежде всего от уровня научно-технического и материального оснащения медицинских учреждений. Так, в 1959 г. на учете в женских консультациях края стояла 1 841 женщина с диагнозом «бесплодие», из которых вылечить удалось 229 [там же, д. 259, лл. 8-9]. К 1964 г. для лечения бесплодия были организованы два специализированных кабинета в Красноярске и один в Норильске. Учитывая размеры края, это было явно недостаточно, а потому Крайздрав просил Министерство Здравоохранения «при организации циклов специализации по бесплодию выделить 1-2 путевки» для врачей из Красноярска, «чтобы мы затем могли при базовой консультации организовать специализацию врачей из районов и городов края [там же, д. 286, л. 5].

Кроме того, в 1964 г. были организованы дневные стационары при женских консультациях Красноярска, Назарово и Норильска, а также специализированный кабинет по лечению патологий климакса и функциональным расстройствам при базовой консультации роддома № 7 в Красноярске. Однако полностью проблему с лечением этих заболеваний решить не удалось [там же, д. 286, лл. 21-22].

Таким образом, в период 1950–1960-х гг. женские консультации Красноярского края как низовая структура системы охраны материнского здоровья переживают прежде всего количественные изменения, связанные с развитием сети учреждений и увеличением охвата. Но уже в середине – второй половине 1960-х гг. начинают проявляться качественные изменения, вызванные повышением научно-технического уровня медицинских заведений и углублением специализации медицинской помощи. В таких условиях женские консультации городов демонстрировали в среднем более высокие показатели работы, что может свидетельствовать о большей приспособленности такой модели оказания акушерско-гинекологической помощи к городским условиям нежели чем к сельским.

Список использованной литературы и источников

1. Яценко М. В. Проблемы медицинской охраны материнства и детства в первое послевоенное десятилетие (на материалах Курской области) / М. В. Яценко // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: История и право. – 2021. – Т. 11, № 1. – С. 173-182.
2. Гуменюк А. А. Повседневный мир учреждений родовспоможения Нижнего Поволжья во второй половине 1950-х – первой половине 1980-х гг. / А. А. Гуменюк // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: История. Международные отношения. – 2016. – Т. 16, № 1. – С. 103-109.
3. Баранцева Н. А. Охрана материнства и младенчества в Красноярском крае (1920-1930-е гг.) / Н. А. Баранцева // Шестые Байкальские международные соци-

ально-гуманитарные чтения : В трех томах: материалы, Иркутск, 01 марта 2012 года. – Иркутск : Иркутский государственный университет, 2012. – С. 109–114.

4. Афанасова Е. Н. Становление системы акушерско-гинекологической помощи в первой половине 1920-х гг. (по материалам Восточной Сибири) / Е. Н. Афанасова // Вестник Иркутского государственного технического университета. – 2015. – № 5 (100). – С. 319-324.

5. Сентябова М. В. Развитие систем охраны материнского и младенческого здравоохранения в Красноярском крае в 1950–1960-х гг. / М. В. Сентябова // Иркутский историко-экономический ежегодник: 2022. – Иркутск : Изд. дом БГУ, 2022. – С. 206-214.

6. Министерство здравоохранения СССР. Приказ от 21 ноября 1949 г. № 870 // Библиотека нормативно-правовых актов Союза Советских Социалистических Республик. – URL: https://www.libussr.ru/doc_ussr/ussr_4767.htm

7. Инструктивно-методические указания по организации работы консультации для женщин. – Красноярск : «Красноярский рабочий», 1967. – 40 с.

8. Государственный архив Красноярского края. – Ф. Р-1384. – Оп. 4.

9. Красноярскому краю – 85. Статистический сборник. – Красноярск : Красноярскстат, 2019. – 128 с.

Информация об авторе

Сентябова Мария Викторовна – кандидат исторических наук, доцент кафедры истории и политологии, Красноярский государственный аграрный университет, 660130, г. Красноярск, ул. Стасовой, 37, e-mail: m.v._redko@mail.ru

Author

Maria V. Sentyabova – PhD in Historical Sciences, Associate Professor of the Department of History and Political Science, Krasnoyarsk State Agrarian University, 37 Stasova str., 660130, Krasnoyarsk, e-mail: m.v._redko@mail.ru