

Л.Е. Горелова¹, В.Н. Шелкова²

¹ Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

² Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Российская Федерация

Охрана материнства и детства на завершающем этапе Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы

Контактная информация:

Горелова Лариса Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко

Адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1, e-mail: gorelova_le@mail.ru

Статья поступила: 08.05.2020, принята к печати: 20.08.2020

Статья посвящена проблемам восстановления сети учреждений охраны материнства и детства в СССР во второй половине 40-х гг. XX в. В ней отражен вклад медицинских научных учреждений в подготовку педиатрических кадров.

Ключевые слова: охрана материнства и детства, Великая Отечественная война, питание, вскармливание, научные институты

Для цитирования: Горелова Л.Е., Шелкова В.Н. Охрана материнства и детства на завершающем этапе Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы. *Вопросы современной педиатрии*. 2020; 19 (4): 268–271. doi: 10.15690/vsp.v19i4.2113

268

Сохранение и преумножение населения имеет стратегическое значение для России. В настоящее время семьи создают внуки детей войны, малочисленное поколение, родившееся в годы катастрофы 90-х гг. Тогда коэффициент рождаемости был ниже, чем в военное время (1,3 и 1,16 в 1943 и 1999 гг. соответственно) [1]. Очевидно, что выход из «демографической ямы» и предотвращение депопуляции требуют экстренных государственных мер поддержки семей с детьми.

Для эффективного ответа этому вызову целесообразно обращение к историческому опыту восполнения потерь народонаселения на завершающем этапе Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы.

Война принесла с собой колоссальные потери военного и гражданского населения, вызвала рез-

кое ухудшение условий жизни и санитарно-эпидемиологической обстановки. На территориях, переживших фашистскую оккупацию, сеть учреждений охраны материнства и детства была фактически уничтожена. Так, в Воронеже подверглись разрушению 14 детских консультаций, 2 поликлиники, 2 детских санатория на 200 коек, 9 молочных кухонь, 36 яслей на 3075 мест, 4 детских больницы на 425 коек. В целом Воронежская область потеряла 42 консультации, 31 молочную кухню, ясли на 4072 места (включая небольшие колхозные) [2].

Данные обстоятельства обусловили резкое снижение рождаемости и повышение детской и особенно младенческой смертности. Даже в глубоком тылу, как, например, в Чкаловской области Южного Урала, за 1942 г. родилось на 24406 младенцев меньше, чем

Larisa E. Gorelova¹, Vera N. Shelkova²

¹ Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

² Speransky Children's City Clinical Hospital № 9, Moscow, Russian Federation

Maternity and Childhood Welfare on the Final Stage of World War II and During the Early Post-War Years

The article is devoted to the problems of the maternity and childhood welfare services recovery in the USSR in the second half of the 40s. of XX century. It shows the contribution of medical scientific institutions in the training of pediatric professionals.

Key words: maternity and child welfare, World War II, nutrition, feeding, scientific institutes

For citation: Gorelova Larisa E., Shelkova Vera N. Maternity and Childhood Welfare on the Final Stage of World War II and During the Early Post-War Years. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2020; 19 (4): 268–271. doi: 10.15690/vsp.v19i4.2113

в довоенном 1940 г., а младенческая смертность возросла с 203 до 250% [3].

В изучаемый период перед Советским Союзом стояли, казалось бы, взаимоисключающие задачи. Восстановление разрушенной страны требовало широкого вовлечения женщин в производство, одновременного увеличения рождаемости и максимального сбережения детских жизней. 8 июля 1944 г. вышел Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетства и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания "Мать героиня" и учреждении ордена "Материнская слава" и медали "Медаль материнства"». В развитие Указа 10 ноября 1944 г. были изданы Постановление Совета Народных Комиссаров № 1571 «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей» и Приказ Народного Комиссара Здравоохранения СССР от 21 ноября 1944 г. за № 755 [2].

Для выполнения поставленных задач требовалось не только быстрое восстановление довоенной сети учреждений охраны материнства и детства, но и ее значительное расширение.

Нами были проанализированы архивные материалы Народных Комиссариатов Здравоохранения СССР, РСФСР, Украинской ССР и Карело-Финской ССР за 1944–1945 гг., а также труды Пленумов Совета лечебно-профилактической помощи детям Наркомздрава СССР за 1945–1946 гг. При сравнении с сообщениями массовых изданий об успешном претворении в жизнь решений руководства страны, позволявших женщине совмещать общественно-полезный труд с материнством, эти документы свидетельствуют о наличии серьезных проблем в реализации мероприятий по охране материнства и детства.

Одним из самых острых в военное время оказался вопрос организации питания матерей и детей. Сдача продовольственных карточек женщинами при поступлении их в родильные дома отменялась. Были увеличены нормы выдачи продовольствия по карточкам беременным, кормящим матерям и детям. Однако новые нормы питания были введены с задержкой даже в таких благополучных регионах, как Москва и Московская область. Многие продукты питания как медицинские учреждения, так и люди получить не могли. Их попросту не было, поскольку централизованно выделяемые регионам продуктовые фонды отоваривались недостаточно. Мясо, свежая рыба, сыр, сметана, творог и яйца практически отсутствовали, недодавались овощи, картофель и крупы. При выдаче продуктов широко практиковали их замену. Мясо заменяли яичным порошком, сушеной и соленой рыбой, сливочное масло — растительными жирами или нутряным салом, сахар — печеньем или кондитерскими изделиями, рис и манную крупу — горохом, ячменем и овсом, часто низкого качества.

В детские учреждения Одессы вместо крупы поступал витаминизированный корм для свиней. Доля импортных консервов в снабжении детских учреждений была незначительной.

Особенно острым был дефицит коровьего молока. Однако даже небольшие его объемы, которые получали медицинские учреждения, нередко доходили испорчен-

ными ввиду отсутствия транспорта и холодильного оборудования. Выходом стало применение сухого молока. Но если взрослые и старшие дети могли нормально пережить смену продуктов, то для грудных детей замена молока, риса, манной крупы, сливочного масла и сахара, используемых для изготовления молочных смесей, была неприемлемой. Молочные кухни, где по рецептам врачей получали питание дети раннего возраста, при отсутствии молока закрывались или отпускали готовые блюда из имеющихся в наличии продуктов. Из-за отсутствия топлива и посуды питание выдавали также и сухим пайком [4].

Недостаточное централизованное снабжение продуктами пытались преодолеть организацией при лечебных учреждениях подсобных хозяйств. По Постановлению СНК СССР № 1571 местные власти предоставляли учреждениям охраны материнства и детства участки земли, инвентарь, скот и птицу. Однако выделение молочного скота для детских учреждений реализовалось слабо [5]. Эти небольшие хозяйства не могли существенно восполнить дефицит продовольствия, в особенности в северных регионах, например в Карело-Финской республике [6].

В военное время вскармливание грудного ребенка молоком матери было важнейшим условием сохранения его жизни. По данным Наркомздрава СССР, в 1944 и 1945 гг. в городских яслях «отставали» в наборе массы тела 30% детей первого года жизни. Руководителей предприятий обязывали к организации на производстве комнат для грудного вскармливания из расчета 1 комната на 300 работающих женщин [7]. В них, как и в яслях, если они находились рядом с производством, женщины могли кормить младенцев каждые 3–4 ч во время специальных перерывов. Фактически же комнат для кормления открывалось мало. Матери были вынуждены начинать ранний (до 5–6 мес) прикорм, что плохо сказывалось на развитии детей и повышало риск жизнеугрожающей токсической диспепсии [6].

Организация вскармливания, профилактика и лечение гипотрофии стали важнейшей стороной работы детских и сельских детско-женских консультаций. Им отводилась основная роль в оздоровлении детей и снижении уровня их смертности. Медицинских работников обязывали активно бороться за сохранение грудного вскармливания. Этому должен был способствовать патронаж с посещением новорожденных после выписки из роддома, при лечении ребенка на дому и после выписки из больницы. В 1946 г. в 10 консультациях Москвы патронажные сестры посетили на дому до визита в консультацию 97,5% новорожденных. В крупных городах эти показатели достигали 90–95% [2]. Однако во многих регионах и на селе состояние патронажа было неблагополучным. Проверка Госконтроля в 1945 г. выявила, что в детско-женских консультациях Украины наблюдается только 70% детей младше 1 года [7]. В восточных областях РСФСР (Бурят-Монгольской АССР и Читинской области) «патронаж детей хотя и улучшился, но еще не стал массовым и повседневным явлением» [5].

На детские консультации возлагалась также и организация сбора донорского молока. Эту необходимость объясняли отсутствием адаптированных молочных смесей. Женщин-доноров обследовали и как доноров крови, и как работников пищевых предприятий. Медицинское обследование проходили и их грудные дети. Доноров

молока обеспечивали рабочими карточками, и наравне с беременными они должны были получать ежемесячно сверх установленных по карточкам норм 400 г масла, 300 г сахара, 600 г крупы и 6 л молока. Сцеживание молока проводили в специальных пунктах либо на дому. Если его доверяли женщине, то качество молока рекомендовалось контролировать лабораторно [8].

Донорство молока было успешно организовано в ряде регионов. В Москве и Ленинграде в 1945 г. ежедневно собирали до 1000 л грудного молока. За последние 6 мес 1944 г. в Якутске было собрано 1500 л донорского молока и не было ни одного младенца, находившегося на искусственном вскармливании. Пункты сбора грудного молока в Новосибирске были организованы при всех консультациях. Лучшие из них имели по 28–30 доноров и ежедневно собирали 10–12 л молока. В Сталинграде к лету 1945 г. удалось перевести на грудное вскармливание всех детей младше 6 мес.

Но не везде донорство молока налаживалось успешно. Так, в Красноярске его собирали крайне мало — всего 2–3 л в день [4]. В Карело-Финской ССР систематический сбор грудного молока осуществлялся только в родильных домах и, конечно, не удовлетворял потребности в нем [6].

Донорское молоко выдавали до возраста 5–6 мес, в первую очередь — больным и ослабленным детям. Очень остро стояла проблема вскармливания в домах ребенка, где проживали сироты и дети, о которых временно не могли заботиться родители, младше 4 лет. Матери допускались в них для кормления грудью, что имело большое значение для сохранения жизни детей и их связи с семьей. Однако нередко женщины даже не интересовались судьбой своих детей [2].

В 1944 г. из 2980 детей, поступивших в дома ребенка г. Киева и 6 промышленных областей Украины, умерло 389 (13%) человек, а смертность среди вновь поступивших детей в Черниговской области составила 40% (42/105), причем в возрасте до 1 года умерли больше половины детей. В Прилукском доме ребенка младенцы находились практически на полном искусственном вскармливании, поскольку в учреждении имелись только один донор грудного молока и одна кормилица [7].

Штат кормилиц был не укомплектован ввиду низкой зарплаты. На Украине дома ребенка не могли оплатить женское молоко, т.к. его стоимость, утвержденная республиканским Совнаркомом, составляла 50 руб. за 1 л, а на питание детей отпускалось только 5 руб. в день [4]. В этих условиях практически полное отсутствие поставок коровьего молока в дома ребенка зимой 1945 г. привело к катастрофическому увеличению заболеваемости и смертности грудных детей. В карантине-распределителе г. Киева 50% детей страдали гипотрофией, в других домах ребенка Украины — до 30%. Для разгрузки домов ребенка сирот передавали на усыновление и патронат. На Украине, добившейся лучших результатов по семейному устройству сирот, в 1945 г. патронатом было охвачено 4500 и усыновлено 169 детей. Семьи, принявшие детей на воспитание, получали денежную и материальную помощь. Однако специального медицинского наблюдения за устроенными таким образом детьми не осуществлялось [7].

Работу затруднял и кадровый дефицит. Многие акушеры-гинекологи, педиатры, акушерки и медсестры находились на фронте или трудились в эвакуации. Широко

практиковалось совместительство. Однако многие должности, в особенности в консультациях и яслях, все равно оставались вакантными. В 1946 г. число детских учреждений превысило довоенный уровень, чего нельзя было сказать о числе врачей-педиатров [2]. Районные и городские отделы здравоохранения обязывали возвращать к педиатрической практике детских врачей, работавших в госпиталях и взрослой сети. Проводили срочную переподготовку врачей по специальностям «педиатр» и «акушер-гинеколог» [6]. Консультации требовали большого штата патронажных сестер, но многие из них, обладая практическим стажем, не имели законченного среднего медицинского образования [2].

По воспоминаниям заведующего рентгенологическим отделением детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н. Сперанского в Москве (записано в феврале 2017 г.) Е.Г. Струнина, ему в послевоенные годы после прохождения последиplomной подготовки по детской хирургии во Втором Московском Государственном медицинском институте не пришлось трудиться в операционной. Всех детских хирургов его года выпуска после срочной переподготовки обязали работать педиатрами, поскольку в них остро нуждалась участковая сеть.

Подготовку и повышение квалификации педиатрических кадров активно проводили Институт педиатрии Наркомздрава СССР (с 1945 г. — Институт педиатрии АМН СССР), Центральный педиатрический институт Наркомздрава РСФСР, Центральный институт усовершенствования врачей в Москве, Киевский институт охраны материнства и детства, Ленинградский педиатрический институт и другие педиатрические кафедры [9]. В 1945 г. в детские и родовспомогательные учреждения направили 922 выпускника медицинских институтов, что, однако, не покрыло потребности во врачебных кадрах [4].

При объединении во второй половине 40-х гг. сети детских больниц, консультаций и поликлиник педиатрический стационар вместе с детской консультацией и поликлиникой стали типовыми учреждениями по оказанию лечебно-профилактической помощи детям. В результате районная детская больница стала для прикрепленных амбулаторных учреждений методическим центром, что обеспечивало преемственность при лечении ребенка в стационаре и на дому, а также широкие дополнительные возможности для обмена опытом и обучения персонала [2].

Ярким примером успешной реализации данной концепции можно назвать деятельность детской больницы № 9 им. Ф.Э. Дзержинского Краснопресненского района Москвы, ставшей в 1948 г. клинической базой кафедры педиатрии Центрального института усовершенствования врачей под руководством проф. Г.Н. Сперанского. Благодаря плодотворной работе Георгия Несторовича, сотрудников кафедры (А.С. Розенталя, Р.Л. Гамбург, С.Г. Звягинцевой и др.) и медицинского персонала под руководством главного врача А.Н. Кудряшовой больница стала известным клинко-диагностическим центром. На ее базе обучались и повышали квалификацию педиатры из Москвы и других регионов Советского Союза, действовала медицинская школа по подготовке детских сестер [10].

Пример изученных регионов показывает, что реализация Указа от 8 июля 1944 г. во многом имела противо-

речивый характер. С одной стороны, расширение сети медицинских учреждений для женщин и детей упрядало, в отличие от современной «оптимизации», рост населения и ожидаемое увеличение рождаемости [4]. Однако эта деятельность осуществлялась в условиях системных проблем в экономике воюющего государства, что препятствовало выполнению медицинскими учреждениями их функций. Острый дефицит врачей и среднего медицинского персонала был значительной проблемой, но стал и стимулом к развитию системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения при ведущей роли научных институтов.

Охрана материнства и детства в СССР на завершающем этапе Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы проводилась в чрезвычайно сложных условиях и была осуществлена благодаря героическому труду медицинских работников и ученых.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCE

1. Путин В.В. Послание Президента Федеральному Собранию // *Российская Газета*. — 2020. — № 7 (8061) — С. 1–2. [Putin VV. Poslanie Prezidenta Federal'nomu Sobraniyu. *Rossiiskaya Gazeta*. 2020;(7(8061));1–2. (In Russ).]
2. *Труды Пленумов Совета лечебно-профилактической помощи детям*. — Медгиз; 1948. [*Trudy Plenumov Soveta lechebno-profilakticheskoi pomoshchi detyam*. Medgiz; 1948. (In Russ).]
3. Богданова Е.Г. Военное поколение детей: демографические характеристики (по материалам Южного Урала) // *Вестник Челябинского государственного университета*. — 2009. — № 10(191). История. — Вып. 39. — С. 87–97. [Bogdanova EG. Voennoe pokolenie detei: demograficheskie kharakteristiki (po materialam Yuzhnogo Urala). *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2009;(10(191)) Istoriya. Is. 39:87–97. (In Russ).]
4. ГАРФ. Ф. 8009, оп. 21, д. 125, л. 7–194. — Копия. [CGA, fund 8009, inventory 125, file 97, sheet 7–194. Copy. (In Russ).]
5. ГАРФ. Ф. 8009, оп. 21, д. 126, л. 162–175. — Копия. [CGA, fund 8009, inventory 126, file 97, sheet 162–175. Copy. (In Russ).]

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

FINANCING SOURCE

Not specified.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS

Not declared.

ORCID

Л. Е. Горелова

<http://orcid.org/0000-0002-1988-549X>

В. Н. Шелкова

<http://orcid.org/0000-0003-4257-5147>

6. ГАРФ. Ф. 8009, оп. 21, д. 132, л. 21–59. — Копия. [CGA, fund 8009, inventory 132, file 97, sheet 21–59. Copy. (In Russ).]
7. ГАРФ. Ф. 8009, оп. 21, д. 139, л. 106–289. — Копия. [CGA, fund 8009, inventory 139, file 97, sheet 106–289. Copy. (In Russ).]
8. *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941–1945*. Сборник документов и материалов / под ред. М.И. Барсукова и Д.Д. Кувшинского. — М.: Медицина; 1977. — С. 374. [*Zdravookhranenie v gody Velikoi Otechestvennoi voiny 1941–1945*. Sbornik dokumentov i materialov. Barsukov MI, Kuvshinskii D.D., eds. Moscow: Meditsina; 1977. p. 374. (In Russ).]
9. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Шер С.А. *Государственный научный институт охраны материнства и младенчества*. — М.: ПедиатрЪ; 2013. [Al'bitskiy VYu, Baranov AA, Sher SA. *Gosudarstvennyi nauchnyi institut okhrany materinstva i mladenchestva*. Moscow: PEDIATR; 2009. (In Russ).]
10. Захарова И.Н., Власова Н.Л., Заплатников А.Л. и др. *Рыцарь педиатрии*. — М.: Тритон; 2018. [Zakharova IN, Vlasova NL, Zaplatnikov AL, et al. *Rytsar' pediatrii*. Moscow: Triton; 2018. (In Russ).]

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ.

Советы для тех, кто хочет помочь, когда ребенку плохо

Под редакцией: А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой

В данной брошюре описаны способы оказания первой помощи детям при неотложных состояниях, таких как потеря сознания, остановка дыхания и кровообращения, кровотечения, травмы, ожоги, отравления и др.

Издание рассчитано на широкий круг читателей и будет полезно не только медицинским работникам, педагогам и родителям, но и подросткам с активной жизненной позицией. Оно позволит расширить кругозор в области оказания первой помощи пострадавшему и необходимых действий в конкретной сложившейся ситуации. Мы очень надеемся, что, изучив нашу книгу и став случайным свидетелем экстренной ситуации, и вы своими действиями спасете жизнь какому-то конкретному человеку.

