

Серебряный Р.С., Яремчук О.В.
**РОЛЬ СЕЛЬСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В СТАНОВЛЕНИИ
СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И
МЛАДЕНЧЕСТВА В 20-30-Е ГОДЫ 20 ВЕКА**
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им.Н.А.
Семашко» Москва, Россия

Serebryany R.S., Jaremchuk O.V.
**THE ROLE OF THE COUNTRY CONSULTING ROOMS IN THE
DEVELOPING OF SOVIET SYSTEM OF MATERNAL AND CHILD
WELFARE DURING 20 TH – 30 TH OF THE XX CENTURY**
National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Серебряный Роман Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им.Н.А. Семашко».

Яремчук Оксана Вячеславовна — преподаватель Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной, соискатель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им.Н.А. Семашко».

Резюме. Рассматривается период становления системы охраны материнства и младенчества в деревне в 1920-30 годы. Показана вопиющая неграмотность женщин к здоровью своему и детей. Раскрыта санитарно-просветительная деятельность сельских консультаций. Описана роль акушерки во внедрении современных на то время знаний и навыков (гигиены, родовспоможения и т.д.) в крестьянский быт.

Ключевые слова: сельская консультация, деревня, акушерка, колхозница, беременные женщины, дети.

Summary. The period of maternity and child welfare system development in the village during 1920-30 is presented. The flagrant illiteracy of women concerning their and their children's health is showed. The sanitary and educational activities of country consulting rooms are viewed. The role of nurses, who provided modern information and skills (hygiene, childbearing etc.) to the peasant life.

Key words: country consulting room, village, nurse, collective farmer, pregnant women, children.

На II Всероссийском совещании, обсуждающем проблемы охраны материнства и младенчества (ОММ), в 1923 г. вопрос о работе в деревне в повестке дня значился одним из главных и всесторонне дискуссировался [1].

Основным учреждением в системе охраны материнства и младенчества была признана сельская консультация с «сестрой-посетительницей» на дому, с обязанностью вести санитарно-просветительную работу среди матерей.

Доктор А. Н. Рахманов писал: «Вся суть заключается в активности лиц, ведущих консультацию. Они не должны ждать, когда к ним придет с жалобами беременная, уже больная женщина, они должны всеми силами идти ей навстречу до болезни, т. е. предупреждать заболевания «предупреждать, а не лечить», таков лозунг, неустанно проводимый нашим руководителем Наркомом Н.А. Семашко» [2].

Высокая детская смертность, заболеваемость женщин — следствие почти полного отсутствия правильно организованного родовспоможения, засилье бабок, оказались в центре внимания службы ОММ. 88% всех мер во время родов в деревне все еще осуществлялось бабками, что обуславливало гибель громадного числа женщин [1].

В.П. Лебедева (1926), изучая жизнь женщины в деревне, отмечала частое рождение ребенка в хлеву. И поэтому именно селянам, указывала она, необходима родильная койка и акушерка. Плохо развитая санитарно - просветительная деятельность среди женского населения была одной из основных причин существующего положения. Изменить ситуацию по её мнению должны были именно акушерки. Специалисты, которых удавалось вовлечь в эту работу, являлись осью, вокруг которой вертелась вся санитарно-просветительная и культурная сознательная жизнь в деревенской избе [3].

В статьях А.В. Шевченко [4] и А.М. Близнянской [5] рассматривались вопросы, касающиеся работы акушерок, как в городе, так и на селе. Самостоятельные сельские консультации отличались от городских консультаций по своему устройству и оборудованию, но профилактические мероприятия проводились также

как и в городе. С целью усиления работы в деревне в сфере ОММ при сельсоветах и волисполкомах создавались специальные комиссии. Там, где действовали санитарные советы, комиссии входили в их состав. Организация этих структур тем более была необходима, что постановлением ВЦИКа от 24.11.1924 г. о сельских советах на них возлагались задачи, связанные с развитием сети ОММ. Эту комиссию при сельсовете возглавлял член Совета. В нее входили представители всех общественных организаций деревни: комитета взаимопомощи, местного кооператива, комсомола, а также врач, акушерка, народный судья, волорганизатор, делегаты от крестьянок [4]. Эффективность службы ОММ на селе зависела от работоспособности комиссии и степени активности участкового персонала, главным образом, акушерки и медсестры [5].

В Советской России с 1921 г. открывались первые консультации для беременных, к 1924 г. их уже насчитывалось 159. В этот же период эти консультации стали в деревне объединяться с детскими [6]. В 1931 г. было разработано положение о районной консультации; врач в системе ОММ в деревне должен был проводить профилактическую и лечебную работу детям от 0 до 3-х лет и иметь навыки в акушерстве — «синтетический врач» [1].

Важным из видов деятельности женской консультации являлась необходимость налаживания связи с колхозами и коммунарами. В процессе сотрудничества решался вопрос урегулирования труда и быта беременной женщины, которые на этот период переводились на более легкую работу или освобождались от нее в поздних сроках беременности, и впервые месяцы после родов [7].

Система ОММ в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930—1934) перестраивалась и развивалась под знаком выполнения решения ЦК партии от 18.II.1929 г. о медицинском обслуживании рабочих и крестьян [8]. В постановлении подчёркивалось отставание органов здравоохранения от темпов развития Советского народного хозяйства, от растущих потребностей рабочего класса и крестьянства. Всероссийский съезд Советов поставил перед службой ОММ чрезвычайно важную задачу — организовать в деревнях новые формы стационарной родильной помощи, мелкие колхозные родильные дома [8].

В сельских местностях в сети учреждений охраны материнства и младенчества Средне-Волжского края в 1929 — 1930 гг. имелось 384 родильные койки (на 100 женщин — 0,06 койки), 10 консультаций, 88 постоянных и 811 летних яслей на 27000 мест, 70 акушерских пунктов. Однако состояние родовспоможения считалось неудовлетворительным. Родильными койками население обеспечивалось лишь на 7,5%, а вместе с акушерскими — на 15-20% [9]. В 1929 г. проведение родов почти на 85% находилось в руках повитух и бабок. Из 100 родов лишь 5-8 проходили в больничной обстановке, помощь на дому участковыми акушерками оказывалась в 3- 8 случаев [10].

В пятилетнем плане Средне-Волжского края намечалось существенное развитие сети учреждений ОММ к концу пятилетки (1932 — 1933 гг.). Число родильных коек в сельской местности планировалось увеличить в 5 раз, В каждом крупном совхозе женщины — работницы обеспечивались родильными койками на 100%. Мест в постоянных и летних яслях предполагалось довести к цифрам соответствующим нормам Наркомздрава РСФСР. Например, в постоянных яслях до 60 на 1000 женщин — работниц.

300 акушерских пунктов (70 до начала пятилетки), 150 приемов в сельских диспансерах детей и женщин должны были качественно изменить ситуацию. Возможность родить в больнице колхозницам повышалась на 25%, а вместе с получением акушерской помощи в стационаре до 75%. [9].

Очень остро стоял вопрос о подготовке персонала. Сроки учебы в техникумах для акушерок и сестер ОММ сократили к 1929 г. до 2-х лет. 14.01.1930 г. была спущена директива на места об организации краткосрочных курсов для колхозниц [1]. В соответствии с новыми целями перестраивалась программа обучения в акушерских техникумах. Существующая с дореволюционного времени, в ней не предусматривалось изучение таких предметов, как общая гигиена и гигиена женщины и ребенка, которые ввели в учебный процесс. Важным считалось подготовить акушерок не только к оказанию помощи при родах, но и к широкой общественной, профилактической и культурно-просветительной деятельности. В практику обучения стажеров при учреждениях ОММ решили ввести «нормальное» акушерство [11].

В беседе с крестьянкой акушерка знакомила её с основными требованиями гигиены при беременности, объясняла опасность тяжелой работы и ушибов, важность достаточного и разнообразного питания, вред алкогольных напитков, значение чистоплотности, необходимость воздерживаться в последние 2-3 месяца до родов от половых сношений.

Акушерка являлась на селе проводником реализации концепции создаваемой системы ОММ. Идеи эти она воплощала в жизнь, как делом, так и словом. Агитировала, побуждая крестьянок прибегать к услугам учреждений охраны материнства и младенчества – родильных домов, консультаций, яслей, где они имеются, и стремиться активно к организации там, где их еще нет.

Много внимания уделяла акушерка противодействию знахарству и шарлатанству.

Близко сталкиваясь с крестьянами в домашней обстановке, знакомясь с повседневной жизнью, акушерка боролась с вредными предрассудками и навыками, насаждала новый быт. Она объясняла необходимость вентиляций в избе, соблюдение личной чистоплотности, опасность еды из одной миски или пользования общей ложкой, целования покойников и вредность многих других распространенных в деревнях обычаев [12].

«Крестьянке было трудно понять, зачем нести ребёнка в консультацию, если он здоров. Регулярному посещению не способствовало и большое расстояние деревень от консультации — от 2 до 8 вёрст. Приходящие матери с большим интересом осматривали выставку, смотрели на нее, на весы, и с живым интересом слушали все, что им говорили. С огромным интересом берут читать книжку профессора Г. Н. Сперанского «Азбука матери-крестьянки» и потом, принося ее, просили подарить. В первые месяцы, в консультации было от 35 до 40 посещений; за последние же июль и август было 118 и 125 посещений, из них в июле чисто консультативных было 48 и в августе—54. В первые недели работы нередко можно было услышать ворчание среди пожилых матерей, что «только время отнимают взвешиванием и простуживают детей, раздевая их совершенно»; «теперь же сами они просят повесить и с интересом слушают, прибавил или убавил. В настоящее время, уже мать-крестьянка не представляет из себя редкость, если она кормит

ребенка по часам, не свивает его, если она его правильно прикармливает, носит его ежедневно гулять, купает его ежедневно и, наоборот, с удивлением смотрят теперь на мать, которая приносит грязного ребенка, туго свитого, с жеваной соской во рту. Труднее всего, оказалось отучить матерей от качки, но их быт таков, что во время работ дети остаются с няньками в возрасте 7—8 лет, которым легче всего их качать» [13].

В своей работе акушерка опиралась на общественные организации в деревне: избы-читальни, здрав-ячейки, санитарно-профилактические комиссии и пр.

Доктор П. Покровский описал работу Моревского амбулаторного врачебного пункта Московской губернии. «18-го января с.г. был первый день открытия деревенской консультации в нашем районе. На первом приеме было 30 детей. С удивлением смотрели крестьянки, как ее ребенок исследуется: его измеряют, некоторые из крестьянок называли это «мудрованием» и просили, чтобы взвешивают, осматривают всего и все это заносят на карточки и листы. Ребенка только не взвешивали и не измеряли, проще говоря, чтобы он не попал под дурной глаз, и его бы не «сглазили».

Средняя посещаемость консультации—20 человек до 2-летнего возраста. Крестьянка теперь живо интересуется, как развивается ее ребенок.

В деле открытия нашей консультации 18-го января шеф Государственного научного института охраны материнства и младенчества принес огромную пользу: моральную и материальную. Врачи детских отделений Института вначале систематически приезжали и вели консультационный прием детей в нашей волости и тем заложили основу правильной работы деревенской консультации; и, таким образом, в дальнейшем они дали возможность продолжать эту работу участковому врачу. Из Государственного Научного Института Охраны Материнства и Младенчества НКЗ были пожертвованы: аптечка и предметы ухода за младенцем, десятичные детские весы, прекрасная литература для сан-уголка и избы-читальни» [14].

В Положении об акушерском пункте, колхозном родильном доме и в инструкциях по работе акушерок в них, разработанных под редакцией Д. М. Гиодман и Н. Е. Гранат, утверждённых 20.01.1938 г.

Наркомздравом СССР, приводились 10 пунктов, касающихся организации и принципов функционирования колхозного родильного дома.

В нём описывались пути и методы медицинского и хозяйственного обеспечения, отбора кадров в учреждения. Регламентировалось количество коек в родильном доме, нормы питания родильниц и рожениц. Должностные обязанности акушерки включали проведение нормальных родов в родильных палатах или на дому у крестьянок, которые не в состоянии прибыть в родильный дом. Учёт и патронаж беременных в районе обслуживаемых родильным домом колхозов, выявление патологических случаев беременности и своевременное направление в консультацию, амбулаторию или участковые районные больницы — далеко не весь перечень задач, стоящих перед акушеркой. Одновременно она вела наблюдение за роженицей и новорождённым на дому после выписки (окончания послеродового периода), устанавливала дату заключения о сроке беременности на предмет предоставления колхознице родового отпуска и перевода на более лёгкую работу. Проведение массовых санитарных и культурно-просветительных мероприятий среди колхозниц входило в повседневные дела акушерки.

Согласно инструкции акушерка, являясь заведующей колхозным родильным домом, была ответственной за выполнение правил личной гигиены и подготовки сотрудников; прием рожениц и их санитарную обработку, санитарно — гигиенический уход за роженицей и родильницей (в родовой и послеродовой палате); уход за новорожденным. Она всецело отвечала за документооборот — инвентарную книгу, в которой находилась отчётность родильного дома, за нахождением родильного дома в порядке и чистоте, состоянием инструментария и предметов ухода, содержанием акушерской сумки, которая должна была быть всегда готова к употреблению на случай выездов. По форме Наркомздрава и утвержденным видам учета и отчетности, велись записи по ведению течения родов.

Медики колхозного родильного дома несли ответственность за здоровье женского контингента курируемых хозяйств, выявляли всех беременных с последующим их обслуживанием, осуществляли мероприятия с целью предупреждения развития осложнений во время

беременности и отбора осложненных случаев для обследования их врачом. Акушерка, при соблюдении необходимых санитарно-гигиенических условий, делала помимо наружного акушерского и внутреннее исследование при строгом применении правил асептики и антисептики. В целях предупреждения послеродовой инфекции в родильном доме акушерка заблаговременно устанавливала, нет ли в семье беременной у окружающих ее лиц, у нее самой инфекционных заболеваний, гнойных очагов и т.п.

В положении имелся перечень оборудования колхозного родильного дома на 3 родильные койки. Колхозный родильный дом обеспечивался твёрдым инвентарем, бельём, медицинским инструментарием и предметами ухода.

К положению прилагались все необходимые инструкции: заведующим родильными отделениями и родильного дома, дежурному врачу (ординатору) родильного дома (отделения), для ординаторов родильных домов (отделений) и акушерки приемно-пропускного блока (смотровой). Примерный типовой договор устанавливал обязанности колхоза и здравоотдела в интересах обеспечения родильной помощью членов данного колхоза [15].

Акушерский пункт работал на основании положения, утвержденного 13.03.1938 г заместителем наркома здравоохранения СССР. В нем регламентировались вопросы организации функционирования учреждения, размещении акушерок для постоянного проживания, указывалось на необходимость наличия специального оборудования и стоящие задачи для оказания всесторонней медицинской помощи населению. В соответствии с назначением акушерского пункта были разработаны права и обязанности акушерки, прилагался перечень личной гигиены. Акушерка должна была проводить роды на дому, выполнять и обучать родителей уходу за новорожденным, наблюдать за женщиной после родов, проводить культурно-просветительные мероприятия в области охраны материнства и младенчества.

Сотрудниками Куйбышевского краевого Института ОММ решались задачи повышения эффективности работы консультаций, занимающихся охраной материнства и младенчества в деревне. Сельским акушеркам были даны практические рекомендации по проведению среди родителей санитарно — просветительной работы

об опасности инфекционных и социальных заболеваний, а также о необходимости проведения пробы Пирке у ребенка. Беседы должны были проводиться как в условиях консультации, так и на дому [16].

Если в городе агитировали за умелое и достаточное пользование форточкой или фрамугой, то в деревне борьба за устройство форточки в избе являлось санитарным лозунгом дня. Крестьянку учили тому, что хорошая вентиляция комнаты ребенка лучший способ в деле предохранения его от заражения острыми вирусными инфекциями и предупреждения развития пневмонии у заболевшего гриппом ребенка [17].

Мероприятия, осуществлённые в Советском здравоохранении после революции по повышению грамотности, дали свои плоды. В сети ОММ в 1935-1936 гг. стали проводиться конкурсы. Были разработаны критерии для определения лучшей сельской консультации, молочной кухни, родовой хаты.

Реализация имеющегося плана работы, посещаемость детей и женщин консультации, связь с родильным домом отделений консультации, обеспечение помощи на дому, охват патронажем не менее 75% детей, ведение культ-просветработы, выполнение санминимума, состояние борьбы с подпольными абортами, наличие абортной койки, осуществление выездов в колхозы, юридическая помощь матерям являлись основными показателями при оценке результатов деятельности консультации.

Сельская молочная кухня для участия в конкурсе должна была располагать отдельным помещением. Оборудование молочной кухни считалось достаточным при наличии стерилизатора, холодильник-сепаратора, лаборатории. Выполнение санминимума, достаточная квалификация персонала (грамотная сестра могла работать с отчетностью), ежедневное наблюдение врача, приготовление смесей по рецептам врача и прикорма (соки, каша, кисели), имеющийся контакт с матерями и культ-просветработа — показатели работы.

Образцовая родильная хата была в селе, где находился фельдшерский пункт. Помещение состояло из сеней, приемной, родовой и послеродовой палат. Хата имела необходимый инструментарий и стерильный перевязочный материал, достаточное количество белья и жесткого инвентаря, железные койки, родильный стол, кушетку, столы, шкафы, табуретки и стулья. Акушерка родильной

хаты была с законченным средним специальным образованием. Все беременные патронировались. Женщины с патологической беременностью направлялись в ближайший медпункт. С родильным отделением имела налаженная связь. Акушеркой велась санитарно-просветительная работа. Деятельность хаты освещалась в печати. Женщины наблюдались акушеркой не менее 3-х недель после родов. Велся точный учет проделанной работы. Контингент женщин полностью охватывался акушерской помощью в районе деятельности родильной хаты. Транспорт, как для акушерок, так и для женщин хорошо функционировал [18].

Таким образом, сельские консультации во время становления системы охраны материнства и младенчества в 20-30-ые годы прошлого столетия оказались санитарно-просветительным центром ликбеза в деревне. Акушерки, применяя на тот период современные знания в области родовспоможения, профилактики заболеваемости мам и детей, добивались освоения элементарных навыков гигиены крестьянками, сохраняя здоровье женщин и детей.

Литература

1. Лебедева В.П. Охрана материнства и младенчества в стране Советов. М., Л-д: Государственное медицинское издательство. 1934; С. 6,7, 28, 29, 229.
2. Рахманов А.Н. Консультация для беременных и родильниц, как основа охраны материнства и младенчества. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел. 1926; 1,2: С. 17.
3. Лебедева В.П. Задачи и пути охраны материнства и младенчества. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел, 1926; 2: С. 6-7.
4. Шевченко А.В.. Участковая акушерка и комиссия по охране материнства и младенчества при сельсоветах. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел. 1926; 2: С. 31-2.
5. Близнянская А.М.. Акушерка и охрана материнства и младенчества в деревне. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел. 1926; 2: С. 33-5.

6. Курзон. В.М.. Охрана материнства и младенчества в СССР. Пособие для врачей и работников по охране материнства и младенчества, Самара, 1926. С. 129-30.
 7. ЦГАСО Ф. Р. — 342, — оп. 2, — ед.хр. 39. — л.82.
 8. Конюс Э.М.. Пути развития Советской охраны материнства и младенчества (1917-1940) М, 1954; С. 237- 8.
 9. ЦГАСО Ф. Р. — 1160. — оп. 1, — ед.хр. 4. — лл. 79,80,81.
 - 10.Г. Вырыпаев. К вопросу о переквалификации сельских акушерок. Вопросы здравоохранения Средне - Волжской области, 1929; 3: С. 2.
 - 11.Николаев Н.Д.. О перестройке учебного плана и программ медтехникумов в порядке обсуждения. Здравоохранение Средне-Волжского края, 1930; 13-4: С. 32- 33.
 - 12.Лагутяева А. И.. Санитарно — просветительная работа акушерки. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел, 1929; 6: С. 19-20.
 - 13.Деревенская консультация. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел. 1929; 7: С. 14-5.
 - 14.Покровский П. Детская консультация в деревне. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел. 1932; 3: С. 47- 9.
 - 15.Положения об акушерском пункте, колхозном родильном доме и инструкции по работе акушерок в них (под ред. Д.М. Гиноман и Н.Е. Гранат), 1938; С. 4-31.
 - 16.Издание Куйбышевского краевого института, (под редакцией директора Института доцента Я. А. Теплоухова, профессора Н.В. Крупеникова и ст. научного сотрудника П. И. Ильинского). 1935; С. 5 - 6.
 - 17.Стукс Г.Г.. Роль консультаций и патронажа в деле социальной профилактики детских пневмоний. Охрана материнства и младенчества. Организационный отдел. 1927; 8: С. 23 - 5.
 - 18.ЦГАСО Ф. Р. — 2148, — оп. 1, — ед.хр. 75. — лл. 21,22,23.
-