

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НАРЫМСКОГО КРАЯ
В 1930–1941 ГОДАХ***

Нарымский край являлся регионом с неблагоприятными климатическими факторами, что сделало преобразования в медицинской области одним из приоритетных направлений деятельности советской власти. В особенно тяжелом положении находилось аборигенное население Томского Севера. В статье исследуется заключительный этап формирования системы здравоохранения в районах проживания коренных народов Среднего Приобья.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинский персонал, аборигены, Нарымский край.

Изучение истории здравоохранения в Сибири связано прежде всего с именами томских ученых, – первые шаги в этом направлении сделал Н. П. Федотов [1939]. Его ученик П. А. Бова продолжил изучение темы, его диссертация является основной работой по проблеме здравоохранения у коренных народов Томского Севера [1966]. Сформулированные им подходы характерны для целого ряда работ советского периода, посвященных созданию системы здравоохранения на территории Нарымского края [Бова, Олейниченко, 1986; Старинов, 1960; Цилев, 1960].

К началу 1930-х гг. были заложены основы системы здравоохранения путем строительства стационарных медицинских учреждений в местах проживания «туземцев». Главной чертой сети медико-санитарных учреждений стало стремление к территориальному расширению и максимальному охвату населения Нарымского края.

Вместе с тем в начале 1930-х гг. медико-санитарная обстановка значительно ухудшилась из-за появления в крае спецпереселенцев. В 1928–1931 гг. Максимоаровский врачебный пункт оказал помощь 14 070 боль-

ным. При этом из числа принятых в 1931 г. 3 810 пациентов 1 965 являлись спецпереселенцами¹.

Из отчета Западно-Сибирского комитета Севера о медико-санитарном обслуживании районов Севера за 1930–1931 гг. следует, что на территории Нарымского края функционировало 8 медпунктов, в которых имелось 75 больничных коек, 6 фельдпунктов, 4 ясель, 5 дезокамер, 2 консультации и 2 стоматологических кабинета². Вышеприведенные сведения говорят о малом количестве медучреждений, отсутствии специализированных видов помощи: хирургической, гинекологической, стоматологической и т. д. Недостаточными темпами развивалась санитарно-профилактическая деятельность. Это обуславливало неблагоприятную эпидемиологическую обстановку, к примеру, по тем же данным, лишь сыпным и брюшным тифом переболело 266 аборигенов³.

Осознавая, что экстенсивный путь развития медицинской сети рано или поздно себя исчерпает, I окружной съезд Советов Нарымского округа (январь 1933 г.) постановил: «В деле здравоохранения наряду с расширением лечебной сети обратить внимание

* Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 11-01-00506а).

¹ ГАРФ. Ф. Р-3977. Оп. 1. Д. 683. Л. 7.

² ГАНО. Ф. Р-354. Оп. 1. Д. 325. Л. 21.

³ Там же. Л. 14 – 14 об.

на повышение качества работы лечебной сети и улучшение медико-санитарного обслуживания туземного населения. Особое внимание должно быть обращено на усиление и развертывание мероприятий по охране материнства и младенчества»⁴.

В докладе Нарымского окрисполкома (ОИК) от 20 ноября 1933 г. отмечалось, что в 1932–1933 гг. коренное население Томского Севера обслуживалось двумя врачебными и одним фельдшерскими пунктами, двумя больницами с амбулаториями. Организованная медико-санитарная сеть не удовлетворяла потребности «туземного» населения. Отсутствовали медпункты в Чижапском и Нюрольском сельсоветах Каргасокского района, в ряде других мест⁵.

В свою очередь, в отчете отдела социально-культурного строительства Нарымского окрисполкома за 1933–1934 гг. отмечалось определенное улучшение ситуации. В частности, сообщалось, что обслуживание аборигенного населения осуществлялось в общих медучреждениях, Максимоярковский и Напасский медпункты были реорганизованы в больницы на 10 коек каждая, имелось три фельдшерских пункта. В 1935 г. предполагалось развернуть 3 разъездных фельдшерско-акушерских пункта и построить 1 фельдшерский пункт⁶.

Увеличение численности медицинских кадров шло незначительными темпами, частично оно происходило через укомплектование медучреждений СибЛАГа. Привлечение представителей коренного населения в качестве сотрудников медицинских учреждений носило эпизодический характер, – в 1930–1931 гг. лишь 5 аборигенов было направлено на учебу. При этом из-за низкого уровня подготовки они занимали низовые должности. Всего к 30 ноября 1931 г. в Нарымском крае работало 39 медицинских работников, из них 12 врачей и 27 человек среднего медперсонала⁷.

Финансирование мероприятий в здравоохранительной сфере осуществлялось комбинированным методом. Общий объем денежных вложений на 1932 г. был определен в 305 000 руб., из которых 140 000 было возложено на госбюджет, 75 000 – на мест-

ный бюджет, 40 000 – на Лестрест, 50 000 – на кооперацию⁸.

Сумма капиталовложений на 1935 г. предусматривалась в размере 391 500 руб. без учета оборудования и оснащения медицинских учреждений. Плановый отдел Западно-Сибирского крайисполкома посчитал нужным выделить на строительство только 63 500 рублей⁹. К 1935 г. аборигены Нарымского края обслуживались 11 медицинскими учреждениями, в которых работало 5 врачей и 25 человек среднего медперсонала¹⁰. Расширение медико-санитарной сети в середине 1930-х гг. приобрело форсированные темпы, но ее рост не подкреплялся наличием квалифицированных кадров. С помощью имевшихся работников возможно было осуществлять только стационарную, но не полноценную разъездную работу.

Другим нововведением в медицинском обслуживании населения стал «Красный чум», при котором в 1933 г. по рекам Кеть и Тым функционировало 2 акушерско-фельдшерских пункта, с 1934 г. они заменяются врачебными [Бова, 1966. С. 296–297]. В 1933 г. врачебная помощь была оказана 296 пациентам¹¹, в 1935 г. врач, работавший в составе «Красного чума» в Тымском районе, обслужил 553 аборигена¹². «Красный чум» проводил инспекцию домов, общественных учреждений, пищевых предприятий с целью выявления их санитарно-гигиенического состояния. Затем осуществлял поголовный осмотр взрослых и детей на предмет выявления социальных заболеваний, после чего принимал больных. Рабочий день завершался чтением лекций и бесед на медицинские темы [Там же. С. 306].

Но ситуация в сфере здравоохранения продолжала оставаться неблагоприятной. Так, в начале 1936 г. в информационной записке Александровского райисполкома в Западно-Сибирский крайисполком указывалось: «В районе недостаточно поставлена работа здравоохранения по обслуживанию туземного населения. Врачебного объезда в течение 1935 года не было. Врач один, который исключительно на стационаре, фельд-

⁴ ГАТО. Ф. Р-588. Оп. 1. Д. 85. Л. 33.

⁵ Там же. Д. 144. Л. 14.

⁶ Там же. Д. 122. Л. 139.

⁷ ГАНУ. Ф. Р-354. Оп. 1. Д. 325. Л. 15 об.

⁸ Там же. Л. 27.

⁹ ГАТО. Ф. Р-588. Оп. 1. Д. 260. Л. 2–3.

¹⁰ Там же. Д. 279. Л. 18 об.

¹¹ Там же. Д. 144. Л. 25.

¹² ЦДНИ ТО. Ф. Р-206. Д. 36. Л. 35.

щера же из 4 два ссыльные, пьяницы, работают плохо»¹³.

В феврале 1935 г. съезд врачей Нарымского округа отметил следующие основные недостатки в системе здравоохранения: большой радиус обслуживания населения в ряде районов (150 км и больше); неукомплектованность части врачебных участков; плохая обеспеченность ряда больниц бельем, медицинским инструментарием и предметами ухода за больными.

Плохое обеспечение санитарных врачей нужным оборудованием или их полное отсутствие в районах округа ухудшало санитарно-эпидемиологическую обстановку в Нарымском крае. Местные власти и кооперативные органы обращали мало внимания на материальные нужды сельских работников медицины. Не была завершена борьба с сыпным и брюшным тифом, детскими инфекциями. Так, в 1934–1936 гг. произошли сильнейшие вспышки малярии, число заболевших достигало 25 тыс. в год. Для ликвидации очагов малярии в 1935 г. была организована Колпашевская малярийная станция, в следующем году малярийные пункты появились в большинстве населенных пунктов. Благодаря осуществленным мерам число заболевших в 1940 г. равнялось уже 1 206 чел. на 100 000 населения [Бова, 1966. С. 263].

Для улучшения работы среди коренных жителей планировалось при всех больницах в районах с «туземным» населением выделить специальные койки для аборигенов, завершить к 1 августа 1935 г. постройку Максимоярвской больницы, организовать передвижной акушерский пункт в Орловском сельсовете Колпашевского района с прикреплением его к Максимоярвской больнице. Каргасокскому РИКу рекомендовалось наладить разъездную медицинскую помощь в окрестностях Чижанки и Калганака. Предусматривалось расширить деятельность «Красного чума» в сфере здравоохранения на реки Васюган и Кеть, Александровский и Тымский районы. Съезд постановил просить Западно-Сибирский краевой отдел здравоохранения об ускорении выдачи электрооборудования и 200 коек для дооборудования Максимоярвской, Александровской и других больниц.

Еще одной мерой стало возложение персональной ответственности за возникновение эпидемий на заведующих райздравами и медицинскими участками. Прокурорскому надзору предлагалось вне очереди рассматривать дела виновных за антисанитарное состояние хозяйственных объектов. Особое внимание требовалось уделить развертыванию санитарно-просветительной работы среди населения округа¹⁴. В постановлении VII пленума Нарымского окружного комитета ВКП(б) от 17 февраля 1936 г. отмечалось недостаточное развертывание профилактической и разъездной работы среди аборигенного населения. В связи с этим пленум постановил обязать заведующего окрздравом Киселева обеспечить здравоохранительную сеть, действующую в районах проживания коренного населения, медперсоналом, «вполне политическими проверенными людьми»¹⁵.

Предусмотренные мероприятия, видимо, дали положительный результат. Так, в информационной записке Нарымского окрисполкома (февраль 1937 г.) сообщалось, что сеть медицинских учреждений охватила почти всю территорию Нарымского края. В санитарно-эпидемиологическом плане обстановка улучшилась, остатки социальных болезней довольно редко наблюдались в Тымском, Каргасокском и Колпашевском районах. В Александровском районе ситуация складывалась хуже, для ее улучшения весной 1936 г. в район был послан специалист по борьбе с венерическими болезнями, проработавший всего 2 месяца¹⁶.

В 1938 г. медико-санитарная сеть, обслуживавшая коренное население Нарымского края, по информации заместителя заведующего окрздравом, была представлена тремя больницами, пятью фельдшерскими и одним врачебным участками. В них работало 2 врача, 6 фельдшеров, 3 медсестры, 3 акушерки и 1 помощник государственного санинструктора. Сотрудники два-три раза в месяц осуществляли выезды к местам проживания коренных народов. Однако вовлечение в медицинскую работу аборигенов шло вяло, предпочтение отдавалось женщинам. В 1938 г. на курсы ясельных сестер бы-

¹³ ЦДНИ ТО. Ф. Р-206. Оп. 1. Д. 119. Л. 22.

¹⁴ ГАТО. Ф. Р-588. Оп. 1. Д. 250. Л. 1–2.

¹⁵ Там же. Д. 157. Л. 7.

¹⁶ Там же. Д. 478. Л. 46–47.

ло отправлено 16 «туземок»¹⁷. Медицинская помощь представителям коренных народностей должна была оказываться и в медучреждениях СибЛАГа. Но медработники лагерей выказывали нежелание принимать аборигенов, мотивируя тем, что «туземцы» не являлись спецпереселенцами [Вехи патернализма..., 2006. С. 315].

Положительную роль в улучшении обслуживания коренных народностей и населения Нарымского края в целом сыграло увеличение численности медицинского персонала, в составе которых к 1940 г. имелось 55 врачей и 480 средних медработников. Но проблема «кадрового голода» сохранялась, количество принимаемых одним медработником пациентов в день достигало 50–60. С целью повышения квалификации предусматривались специальные курсы, на которые в 1938–1939 гг. было направлено 16 врачей [Бова, 1966. С. 274]. Врачам, желавшим работать в Нарымском крае, предоставлялись бесплатные проездные до места работы, выплачивалась повышенная зарплата, они обеспечивались бесплатным жильем и топливом.

Требовали разрешения трудности с оборудованием медицинских учреждений и организацией экстренной помощи. В связи с этим Нарымский окружком ВКП(б) и Президиум Нарымского окрисполкома 15 февраля 1938 г. ходатайствовали о выделении для обслуживания национальных районов санитарного самолета и быстроходного моторного катера, оборудования для трех фтизиатрических и рентгеновских кабинетов¹⁸.

Кроме организации медико-санитарных учреждений, значительное внимание уделялось созданию учреждений охраны материнства и младенчества (матмлад), что выразилось в формировании ясельной сети у коренных народов Нарымского края. Первые ясли на 15 чел., как указано в отчете Томского комитета Севера за период с марта 1929 по март 1930 г., были открыты в селе Максимоаровском¹⁹. Несмотря на столь обнадеживающее начало, Нарымский окрисполком в своем отчете от 20 ноября 1933 г. был вынужден отметить: «Работа по охране матмлада только начинает развертываться. Количество ясель в 1933 г. в районах

туз. населения открыто 10 с охватом 185 детей, вместо 2-х ясель, существующих в 1932 г. Но и эта сеть далеко не удовлетворяет потребности»²⁰.

По информации Нарымского окрисполкома, в 1934–1935 гг. деятельность в сфере «матмлада» снизилась, за год окрздрав организовал только двое яслей²¹. В 1935 г. в районах проживания коренных народов Нарымского края функционировало 4 постоянных яслей, охватывавшие 75 детей, и 18 сезонных, которые обслуживали 297 дошкольников²². В 1937–1938 гг. окружными властями с целью устранения недостатков ясельного обслуживания было запланировано открытие трех бюджетных яслей²³. Несмотря на поставленную задачу, к лету 1938 г. количество яслей по сведениям окрздрави сократилось до трех²⁴.

Одним из успехов мероприятий в сфере матмлада явилось то, что женщины-«туземки» начали все чаще прибегать к помощи акушерок. Данные проверки Тымского района бригадой окружкома ВКП(б) от 4 февраля 1936 г. свидетельствуют: «Характерно отметить то, что туземки рожают исключительно в больнице при помощи акушерок...»²⁵. В 1938 г. в Орловскую больницу впервые пришли рожать шесть женщин-эвенкиек²⁶. Однако работа в области по охране материнства и младенчества была еще далека от завершения. Сведения вышеупомянутой проверки говорят, что в 1936 г. из 26 умерших 11 являлись детьми в возрасте до одного года²⁷.

В целом же процесс расширения сети медицинских учреждений в конце 1930-х гг. вступил в завершающую стадию, которая носила противоречивый характер. С одной стороны, по-прежнему сохранялось стремление к экстенсивному охвату аборигенов медицинскими учреждениями. Но из-за недостатка ресурсов и резкого роста населения Нарымского округа такая задача становилась трудновыполнимой. Поэтому существующие фельдшерские больницы преобразовывались в медпункты, больницы расширялись и со-

¹⁷ ГАТО. Ф. Р-588. Оп. 1. Д. 541. Л. 12.

¹⁸ Там же. Д. 544. Л. 9.

¹⁹ ГАРФ. Ф. Р-3977. Оп. 1. Д. 551. Л. 8 об.

²⁰ ГАТО. Ф. Р-588. Оп. 1. Д. 144. Л. 15.

²¹ Там же. Д. 128. Л. 47.

²² Там же. Д. 279. Л. 18.

²³ Там же. Д. 478. Л. 46.

²⁴ Там же. Д. 541. Л. 12.

²⁵ ЦДНИ ТО. Ф. Р-206. Оп. 1. Д. 157. Л. 46.

²⁶ ГАТО. Ф. Р-588. Оп. 1. Д. 541. Л. 12.

²⁷ ЦДНИ ТО. Ф. Р-206. Оп. 1. Д. 157. Л. 46.

храняли прежний радиус работы с больными.

Созданная к концу 1930-х гг. сеть медицинских учреждений позволяла удовлетворять потребности коренного населения в квалифицированной медицинской помощи. Одним из следствий этого стало увеличение численности коренного населения, превышение рождаемости над смертностью. Характерные в этом плане данные приводятся в информационном письме секретаря Нарымского окружкома секретарю Западно-Сибирского крайкома ВКП(б) Р. И. Эйхе от 23 сентября 1936 г. В частности, сообщалось, что к 1 января 1933 г. в Тымском районе проживало 554 аборигена, на 1 января 1935 г. их численность составила 744 чел. Рост населения, с одной стороны, шел за счет миграции из внутренних районов округа. С другой – за счет естественного прироста: в 1935 г. умерло 22, родилось 73, за первую половину 1936 г. родилось 22, умерло 8 чел.²⁸

Проблемы, стоявшие перед советской властью в сфере здравоохранения, не исчезли (дисперсность населения, плохая координация действий с местными властями, кадровый вопрос, остаточное финансирование). Но в результате осуществленных мероприятий их острота уменьшилась. Вследствие увеличения числа русского населения к концу 1930-х гг. организация медицинских учреждений в районах проживания коренных народов Нарымского края перестает быть приоритетной. К 1941 г. аборигены Томского Севера обслуживались на общих

основаниях с русскими жителями. При этом преобразования в сфере здравоохранения не вызвали отрицательную реакцию у аборигенного населения Томского Севера, так как они не покушались на их традиционный уклад жизни.

Список литературы

Бова П. А. История и современное состояние здравоохранения Нарымского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1966. 16 с.

Бова П. А., Олейниченко В. Ф. Очерки по истории здравоохранения Томской области: Коллект. моногр. Томск, 1986. 315 с.

Вехи патернализма: судьбы коренных малочисленных народов Томского Севера в системе Российской государственности (начало XIX в. – 30-е гг. XX в.): Сб. док. / Под ред. Е. П. Ковалышкиной. Томск, 2006. 446 с.

Старинов Н. М. Здравоохранение Нарыма в прошлом и настоящем // Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири / Под ред. Д. И. Гольдберга, Н. П. Федотова. Томск, 1960. С. 58–0.

Федотов Н. П. К истории здравоохранения в Западной Сибири: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1939. 15 с.

Цилев К. А. Здравоохранение Сибири в период деятельности Сибревкома (1919–1925 гг.) // Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1960. С. 38–39.

²⁸ ЦДНИ ТО. Ф. Р-206. Оп. 1. Д. 36. Л. 34.

Материал поступил в редколлегию 25.04.2011

M. S. Kovlyagin

THE PUBLIC HEALTH OF THE INDIGENOUS POPULATION OF THE NARYM REGION IN 1930-1941

Unfavorable climatic conditions of Narym region made medical sphere reorganization one of the priority areas of Soviet power activities. The aborigines of Tomsk North turned out to be in particularly difficult conditions. The final stage of the system of public health's forming in territories inhabited with native population is researched in the article.

Keywords: public health, medical staff, aborigines, Narym.