

<https://doi.org/10.30853/manuscript.2019.12.6>

Гончарова Ольга Александровна, Анкудинова Татьяна Валерьевна

**БОРЬБА С СОЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ГОРНОМ АЛТАЕ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА**

Статья раскрывает основные этапы, методы и характер борьбы с социальными болезнями в первой половине XX века в Горном Алтае. Авторами на широком круге источников из коллекций региональных архивов выявлены условия распространения болезней, обусловленные уровнем жизни населения региона; определены особенности организации медицинской и профилактической помощи по лечению и предотвращению заболеваемости в различные периоды; охарактеризованы участие и специфика работы общественных организаций по борьбе с социальными болезнями в национальном регионе.

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/9/2019/12/6.html](http://www.gramota.net/materials/9/2019/12/6.html)

Источник

**Манускрипт**

Тамбов: Грамота, 2019. Том 12. Выпуск 12. С. 39-45. ISSN 2618-9690.

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/9.html](http://www.gramota.net/editions/9.html)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/9/2019/12/](http://www.gramota.net/materials/9/2019/12/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [hist@gramota.net](mailto:hist@gramota.net)

16. Муратов Н. П. Записки тамбовского губернатора. Тамбов: Пролетарский светоч, 2007. 436 с.
17. Немтинов В. А., Борисенко А. Б., Горелов А. А., Немтинова Ю. В., Гриофилькин С. В. Виртуальный музей как одно из направлений развития музейной педагогики // Вопросы современной науки и практики. Университет им. В. И. Вернадского. 2017. № 4 (66). С. 137-143.
18. Немтинов В. А., Горелов А. А. Моделирование объектов культурно-исторического наследия – основа клиометрических исследований // Клио. 2010. № 4 (51). С. 3-7.
19. Немтинов В. А., Горелов А. А., Острожков П. А., Манаенков А. М., Немтинова Ю. В., Морозов В. В., Горелов И. А., Немтинов К. В. Информационные технологии при создании пространственно-временных моделей объектов культурно-исторического наследия: монография. Тамбов, 2013. 213 с.
20. Николаева Н. День Рахманинова в Ивановке // Музыкальная жизнь. 1970. № 19.
21. Новикова Е. В. История тамбовской семьи Кондыревых // Тамбов в прошлом, настоящем и будущем: материалы VIII Всероссийской научной конференции, посвящённой 100-летию событий Гражданской войны в России: трагедии и драмы выбора исторического пути развития (г. Тамбов, 26 апреля 2018 г.). Тамбов: ТПС, 2018. С. 407-412.
22. Нора П. Проблематика мест памяти // Франция-память: сборник. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 1999. С. 17-50.
23. Прогулки по старому Тамбову: иллюстрированный путеводитель / авт.-сост. В. А. Ермаков, Ю. К. Щукин, А. А. Горелов. Тамбов: Пролетарский светоч, 2011. 192 с.
24. Рахманинов С. В. Воспоминания, записанные Оскаром фон Риземаном. М.: АСТ, 2018. 320 с.
25. Рахманинов С. В. Письма [Электронный ресурс]. URL: <https://senar.ru/letters/391> (дата обращения: 23.07.2019).
26. Трубникова А. А. Сергей Рахманинов // Воспоминания о Рахманинове: в 2-х т. М.: Музыка, 1988. Т. 1. С. 116-145.
27. Фарбер Я. И. Улица родная, Араповская улица моя. Тамбов: Пролетарский светоч, 2010. 216 с.
28. Федякин С. Р. Рахманинов. М.: Молодая гвардия, 2014. 478 с.
29. Хальбвакс М. Коллективная и историческая память // Неприкосновенный запас. 2005. № 2-3 (40-41). С. 8-27.
30. Nemtinov V. A., Gorelov A. A., Nemtinova Yu. V., Borisenko A. B. Visualization of a virtual space and time model of an urban development territory // Scientific Visualization. 2016. Vol. 8. Iss. 1. P. 120-132.

**RACHMANINOFF'S PLACES IN TAMBOV REGION:  
PROSPECTS FOR HISTORICAL AND CULTURAL RECONSTRUCTION**

Vyazinkin Aleksei Yur'evich, Ph. D. in Philosophy  
Dvukhzhilova Irina Vladimirovna, Ph. D. in History, Associate Professor  
Tambov State Technical University  
[vyazinkin@yandex.ru](mailto:vyazinkin@yandex.ru); [eriniya711971@mail.ru](mailto:eriniya711971@mail.ru)

The problem of cultural heritage preservation is associated with the necessity to study commemorative places as a means to re-actualize social memory. Theoretical provisions of a project of historical and cultural reconstruction of commemorative places are considered by the example of cultural objects in Tambov region associated with S. V. Rachmaninoff's name. The paper identifies the basic sources of historical and cultural reconstruction of Rachmaninoff's commemorative places, which include memoir literature, letters, official directories, archival materials. A survey of the most important Rachmaninoff's commemorative places for the first time includes an analysis to show whether there is reliable evidence of the composer's stay at a certain place.

*Key words and phrases:* Sergei Rachmaninoff; Tambov province; memorial place; social memory; virtual modelling; historically valuable places; commemorative materials.

УДК 9.908

Дата поступления рукописи: 13.10.2019

<https://doi.org/10.30853/manuscript.2019.12.6>

*Статья раскрывает основные этапы, методы и характер борьбы с социальными болезнями в первой половине XX века в Горном Алтае. Авторами на широком круге источников из коллекций региональных архивов выявлены условия распространения болезней, обусловленные уровнем жизни населения региона; определены особенности организации медицинской и профилактической помощи по лечению и предотвращению заболеваемости в различные периоды; охарактеризованы участие и специфика работы общественных организаций по борьбе с социальными болезнями в национальном регионе.*

*Ключевые слова и фразы:* социальная история; Горный Алтай; национальный регион; история здравоохранения; социальные болезни; трахома; сифилис; туберкулез.

Гончарова Ольга Александровна, д.и.н., профессор  
Анкудинова Татьяна Валерьевна, к.и.н., доцент  
Горно-Алтайский государственный университет  
[Goa10@yandex.ru](mailto:Goa10@yandex.ru); [15fduecnf@mail.ru](mailto:15fduecnf@mail.ru)

**БОРЬБА С СОЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ  
В ГОРНОМ АЛТАЕ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА**

Такое явление, как социальные болезни, вернулось в российскую повседневность в последнее десятилетие. В России начал вновь фиксироваться рост, например, туберкулеза. Социальными эти болезни названы потому,

что они порождаются образом жизни, каждодневными традициями, недостатком медицинского контроля и недоступностью квалифицированной медицинской помощи. Исторический анализ опыта работы с социальными болезнями не раз становился предметом отечественной историографии. Однако в большей степени авторы рассматривали общие проблемы истории ликвидации и профилактики социальных болезней [18] или исследовали конкретные периоды работы по искоренению социальных болезней [14].

**Цель** работы заключается в выявлении основных этапов, методов и характера борьбы с социальными болезнями в первой половине XX века в Горном Алтае. Цель включает конкретные **задачи**: рассмотреть условия распространения социальных болезней, выявить национальные и территориальные особенности организации специализированной медицинской помощи, охарактеризовать различные пути помощи населению Горного Алтая по предотвращению распространения и лечению трахомы, сифилиса и туберкулеза. **Научная новизна** исследования состоит, прежде всего, в использовании документов региональных архивов и рассмотрении проблемы от ее выявления до локализации, взятия под контроль. **Актуальность** избранной темы предопределена тем, что и современное российское общество, пусть и на новом этапе, решает проблемы доступности и эффективности специализированной медицинской помощи. Выработанные в прошлом механизмы и методы могут послужить основанием в работе как медицинских, так и общественных организаций.

Понятие «борьба с социальными болезнями» отражает реальные способы и методы работы медицинских учреждений и медиков в стране, и особенно в Горном Алтае. Именно экстренные меры на начальном этапе Советской власти, позднее системный подход к проблеме позволили искоренить в первой половине XX века в Горном Алтае трахому (болезнь глаз), минимизировать заболеваемость туберкулезом и венерическими болезнями. Мероприятия по борьбе с социальными болезнями проводились в сложных условиях региона, который двигался по пути от родоплеменных отношений, без знаний о болезнях и не охваченный квалифицированной медицинской помощью. В различные периоды становления и развития советского здравоохранения, взявшего на себя всю тяжесть искоренения социальных болезней, менялись приоритеты и методы работы как с заболевшими, так и с населением в целом. Рассмотрение данной проблематики на примере национального, слабозаселенного и отдаленного от центра и коммуникаций региона позволяет увидеть всю сложность и многогранность работы Советской власти по искоренению застарелых проблем. И если учесть весь комплекс внутри- и внешнеполитических задач страны в исследуемые годы, то становится понятным, что проблемы жизни и здоровья населения страны решались на равных, наряду с задачами формирования нового строя.

К началу XX в. Горный Алтай являлся малозаселенной, но осваиваемой окраиной России. За 100 лет колонизации население увеличилось в 17 раз, и это было обусловлено интенсивным притоком переселенцев. В итоге Горный Алтай из моноэтнического превратился в полиэтнический регион, но алтайское население продолжало доминировать (58%). Эти процессы и общецивилизационное развитие предопределили в Горном Алтае формирование системы здравоохранения: постепенно возникали отдельные государственные структуры охраны здоровья, в силу недостаточности государственной помощи формировались и общественные институты оказания медицинской помощи, в том числе при православных церквях Алтайской духовной миссии. Все эти действия были разрозненными и далеко недостаточными с учетом проблем региона. Так, на нужды здравоохранения в Горном Алтае давалось от 0,4 до 2 копеек на душу населения, что было в 45 раз меньше, чем в среднем по России [12, с. 137]. Эти средства не могли решить проблемы заболеваемости коренного населения, и прежде всего болезней, порождаемых условиями и образом жизни.

Образ жизни и бытовые традиции предопределяли появление и распространение многих болезней. Н. М. Ядринцев, изучая причины вымирания инородцев, полагал, что во многом сама их культура способствовала росту заболеваемости [17, с. 335]. В своих выводах Н. М. Ядринцев основывался на свидетельствах ученых и путешественников Гмелина, Миллера, Георги и других, которые обычно отмечали, что алтайцы не знали, что такое баня, никогда не пользовались мылом и полотенцем [22, с. 234]. Распространению болезней способствовал и обычай курить трубку.

Особенность алтайского жилища с отверстием в верхней части и очагом в центре создавала условия для болезни глаз. Дым вытягивался слабо и наполнял помещение при закрытом выходе, на стенах и одежде оседала копоть. По оценкам специалистов-медиков, из-за этого половина алтайцев страдала болезнью глаз – трахомой и, как следствие ее, – слепотой [8, д. 222, л. 10]. Это подтверждали данные работавшего в 1901 г. в Горном Алтае (Чемал, Онгудай, Чергачак) отряда окулистов, организованного на средства Петербургского добровольного общества попечительства слепых. В отдаленных селениях до 70-80% жителей были поражены трахомой. Селения обследовались в большей мере алтайские. В русских селах была иная картина, и, вероятно, поэтому работники отряда сделали неверный вывод: трахома не имеет широкого распространения, и мнение о ее бытовании преувеличено. Эта ошибка оставила население Горного Алтая без специализированной медицинской помощи.

Иногда из Томска присылали ящик с медикаментами и инструкциями, но все шло не в пользу: и без того скудные лекарственные запасы, перемешавшиеся и испортившиеся, выбрасывались. Да и рекомендовать применение их по назначению было некому. На обширной территории Горного Алтая в 1914 г. работало только 2 врача и 11 средних медицинских работников [11]. Как правило, основной медперсонал был сосредоточен в центре, в с. Улала, помощь населению была эпизодичной.

Февральские и октябрьские события 1917 г. также не способствовали развитию охраны здоровья населения Горного Алтая. Просуществовавшая с июля 1917 г. по февраль 1918 г. Алтайская Горная Дума пыталась проявлять активность как в сфере экономики, политики, так и культуры. Но вопросы здравоохранения остались вне ее действий. Более реально проявилась Каракорум-Алтайская управа в 1918 году. В Горном Алтае в то время было 2 врачебных участка в Улале и Онгудае, но лишь один имел врача. Улалинский врачебный участок обслуживал площадь в 4570 кв. верст, на которой проживал 6501 человек. На участке было только

6 больничных коек, и его работники оказывали медицинскую помощь населению в радиусе 120 верст. Онгудайский врачебный участок правильнее, видимо, было называть фельдшерским пунктом, так как изначально врача здесь не было. Участок имел 8 коек и обслуживал площадь в 6511 кв. верст с населением 11767 человек в радиусе 128 верст [6, д. 2, л. 2]. В 1918 г. в Горный Алтай прибыл врач Донец, после чего в Уймоне был открыт фельдшерский пункт. Каракорум-Алтайская управа пыталась решить отдельные вопросы здравоохранения, задачи по социальным болезням даже не ставились.

Формирование основ для развития советского здравоохранения с декабря 1919 г. легло на плечи чрезвычайных органов власти – революционных комитетов. В сентябре 1920 г. Горно-Алтайский уезд с административным центром в с. Алтайское стал фактом [21]. Вопросы здравоохранения решались ревкомом в совокупности других проблем чрезвычайного характера. Ревкомы должны были уничтожить остатки белогвардейщины, установить твердую революционную дисциплину, способную объединить население. Чрезвычайность обстановки, в которой устанавливалась Советская власть, обусловила как формы, так и методы организации работы власти на местах.

Ревком констатировал, что большинство населения Горного Алтая голодало. Так, в Успенской волости в начале 1920 г. голодало три четверти населения, причем половине из них необходимо было оказать немедленную помощь. Две трети населения Чемальской волости не имели хлеба [5, д. 156, л. 41-42]. Значительный недостаток хлеба ощущался также в Уймонском районе, где в особенно трудном положении оказалось алтайское население.

Основной причиной голода и экономического упадка хозяйств была Гражданская война. Хотя на территории Горного Алтая не было полномасштабных военных действий, но банды, разрозненные белогвардейские отряды, смена власти приводили к разрушительным потерям в социальной сфере. По оценкам Сибкрайкома, «не полная цена ущерба по Ойротии – 625040 золотых рублей. Эта сумма была далека от действительности, но составляла 20% от общей суммы убытка по Сибири» [7, д. 16, л. 34].

Основной формой оказания медицинской помощи в эти годы стали передвижные отряды. В начале 1920-х годов передвижные отряды стали той формой медицинского обслуживания, которая отвечала чрезвычайности ситуации. Лечение, оказание любой медицинской помощи шло наряду с разъяснительной санитарно-просветительной работой, внедрением в жизнь кочевого населения общечеловеческих норм и правил гигиены.

В 1920 г. при здравотделах ревкомов были организованы специальные подотделы, которые занимались организацией санитарной охраны жилищ, водных источников, охраной труда [4, д. 3, л. 35]. В Горном Алтае для развертывания работы отдела были открыты курсы для подготовки жилищно-санитарных инспекторов [Там же, д. 16, л. 15]. Кроме того, в соответствии с разработанными правительством мерами, в Сибири 31 марта 1920 г. для охраны здоровья населения были организованы комитеты чистоты. В июне было принято решение об организации в Сибири предохранительных прививок, проводились недели чистоты. Широко разворачивалась санитарная пропаганда. Деятельность ревкомов в сфере здравоохранения не стоит недооценивать. В сложнейших условиях революционной и военной неразберихи они не просто организовывали лечебную работу, но и по возможности развертывали санитарную пропаганду и просвещение. Кроме того, несмотря на недостаток средств, ревкомы сделали попытку создать сеть медицинских учреждений. Эта политика для такого региона, как Ойротия, особенно важна, так как на протяжении предыдущих лет регион был фактически без квалифицированной медицинской помощи. Ранее медпропаганда шла лишь через деятельность Алтайской духовной миссии, да и то в рамках христианизации «инородцев», врачей миссионеры привозили эпизодически.

На основе постановления ЦИК от 1 июня 1922 г. «Об образовании Ойротской автономной области как части РСФСР» Ойротский облревком 15 августа 1922 г. включил в структуру власти областной отдел здравоохранения, который с апреля 1923 г. стал отделом здравоохранения Ойротского облисполкома [8, д. 2, л. 2]. Горный Алтай в 1922 г. продолжал оставаться в сложной социально-экономической ситуации. Хозяйство скотоводов оказалось в катастрофическом состоянии. Жители лишились средств к существованию – значительного количества крупного рогатого скота, лошадей, овец. Уменьшились посевные площади. Так, в селе Бешпельтир Шебалинской волости из 2790 лошадей к 1922 году осталось 367, в Верх-Черге из 1487 – 212. Жители Туекты лишились 5 тыс. голов крупного рогатого скота [16, с. 2].

Особенно опасным было воздействие на население социальных болезней. Динамику распространения отражает Таблица 1.

**Таблица 1.** Распространенность социальных болезней в Горном Алтае в 1923-1928 гг. (абсолютные цифры)

Год	Заболееваемость		
	Трахома	Туберкулез	Сифилис
1923	Нет свед.	Нет свед.	15493
1924	49852	48396	31228
1925	62922	57899	37760
1926	80856	68215	27390
1927	97673	69640	22050
1928	116359	77652	30215

Наибольшее распространение в Ойротской области имела трахома. За летние месяцы 1925 г. на больных, пораженных трахомой, только в Онгудае приходилось 60-70% алтайского населения, в Усть-Кане

из 1209 обследованных выявлено 229 больных трахомой, в Уймоне из 114 случаев глазных болезней 84 приходилось на трахому [19]. Количество пораженных росло из года в год. Причиной этого были специфические условия жизни. Так, число больных в 1928 г. составляло 116359 человек, то есть в 2 раза больше, чем в 1924 г. Заболеваемость туберкулезом также имела тенденцию к значительному росту и в обозначенный период увеличилась в 2 раза, составив к 1928 г. 77652 человека. Таким образом, с 1924 по 1928 гг. было выявлено 3686 больных. Число вновь заболевших увеличивалось из года в год. Третье место по распространенности в Горном Алтае занимал сифилис. Количество заболевших с 1923 по 1928 гг. также возросло в 2 раза. Количество больных оставалось значительным.

Серьезную и реальную помощь в предотвращении распространения и лечении социальных болезней оказывали передвижные медицинские отряды. Эта форма работы была особенно актуальна для Горного Алтая, где население проживало в небольших, удаленных друг от друга и дорог селениях; не знало в большинстве своем опыта лечения у медика; не имело возможности освоить элементарные правила гигиены.

С 1924 по 1930 гг. в Ойротской области проходила ежегодная работа передвижных отрядов по трем направлениям: обследование населения, лечебная работа, санитарное просвещение. Один из первых передвижных отрядов был сформирован в Ново-Николаевске обществом Красного Креста. Он был направлен в с. Шебалино, где регистрировалось большое количество больных трахомой. О деятельности отряда из 6 человек говорит тот факт, что только в с. Абай было осмотрено 8506 человек. Передвижные отряды побывали в 1926 г. в Шебалино, в 1927 г. – в Улагане, в 1928 г. – Уймонском, в 1929-1930 гг. – в Лебединском аймаках [6, д. 161, л. 8]. Особую помощь в организации передвижных специализированных отрядов оказывал Наркомздрав РСФСР. Ежегодно на его средства в Горный Алтай направлялся на 3-4 месяца передвижной медицинский отряд. Кроме передвижного медицинского отряда, действовала передвижная медицинская комиссия, занимавшаяся исследованием условий жизни коренного населения.

В 1920-е годы начиналось развитие и специализированной медицинской помощи в рамках стационаров. На отдаленных медицинских участках выделялись часы или дни для приема инфекционных больных и пораженных социальными болезнями. В наиболее пораженных регионах создавались диспансеры и специализированные пункты по лечению и выявлению заболевших трахомой, туберкулезом, сифилисом. При участковых больницах были выделены специальные инфекционные койки, созданы инфекционные отделения, которые функционировали в зависимости от распространения эпидемий. На повестку дня ставилась и профилактическая работа: организация прививок, чтение лекций, санитарный осмотр жилищ, источников воды.

Специализированные стационары для лечения социальных болезней стали возникать со второй половины 1920-х годов. С 1925 г. в Шебалино начал действовать венерологический диспансер. Фактически это был обыкновенный врачебный участок, в котором уделялось особое внимание венерическим болезням. Причиной этому служили отсутствие специального помещения, оборудования, квалифицированного персонала. Первоначально в штат диспансера входили фельдшер и медсестра (студентка 2 курса медфакультета Томского университета), отвечавшая за санитарное просвещение. Уже в первые три месяца работы, с июля по сентябрь, через диспансер прошло 1066 человек, из них 18% составляли венерические больные, в 1930 году было уже 16852 первичных посещения [3, д. 298, л. 29].

С целью расширения работы по борьбе с социальными болезнями в Ойротской области организовывались венерологические пункты. В 1929 г. от Сибирского Красного Креста такой пункт со штатом 4 человека открылся в Улагане. В 1930 г. в Нижнем Уймоне был создан четвертый в Ойротской области венерологический пункт на 5 коек, в нем работали 3 медика, которые вели прием и санитарно-просветительную работу [6, д. 161, л. 16].

В 1926 г. в с. Озеро-Куреево открылся союзный противотуберкулезный диспансер. Однако доставка больных из других районов затруднялась в связи с отдаленностью и отсутствием дорог. При диспансере организовали дневной санаторий для взрослых и детей на 16 коек. Располагаясь в сельской местности, он вынужден был выполнять и общелечебную работу. Поэтому в то время его именовали как диспансерно-участковое лечебно-санаторное учреждение. Только за 3 месяца 1926 г. в диспансер обратились 2525 человек, причем количество первичных посещений ежемесячно увеличивалось: с 394 в июне до 461 человека в августе [1, д. 7, л. 47].

Интересно, что уже в эти годы началось использование возможностей климатолечения в Горном Алтае. Понимая, что Горный Алтай обладает уникальными климатическими условиями для лечения, уездный ревком еще в 1920 г. получил распоряжение от Сибревкома об открытии местных курортов для больных туберкулезом в Чемале и Тюдрале [7, д. 222, л. 35]. Это расширение было принято в связи с распространенной народным комиссариатом здравоохранения программой противотуберкулезной работы среди национальных меньшинств. В 1921 г. в материалах о деятельности уездного здравотдела зафиксирован факт открытия в Черге «климатического санатория или курорта», а в Тюдрале – санатория на 25-30 человек [Там же, д. 18, л. 47]. В декабре 1922 г. врач С. И. Богусловский организовал в Горном Алтае в Шебалино кабинет по лечению легочного туберкулеза [16]. В марте 1925 г. уже действовал противотуберкулезный санаторий в с. Чемал [13, с. 13].

Развитие профилактической работы началось с середины 1920-х годов. Начала издаваться специальная литература на алтайском языке, привлекались к работе знающие местные традиции. Проблемы санитарного просвещения частично решались через деятельность общественных, общественно-политических организаций и движений. Активно в 1920-е годы в Горном Алтае работали делегатские собрания, комсомольцы, профсоюзы, юрты-передвижки, кочующие агитаторы. Все это способствовало постепенному, естественному вхождению большинства гигиенических медицинских навыков в жизнь алтайцев. Важность этого процесса была и в том, что социальные болезни в большей степени распространялись через образ жизни. Благодаря деятельности санпросвета начал реализовываться один из базовых принципов советского здравоохранения – профилактическая направленность [2, д. 2838, л. 11].

Преобразования первых лет Советской власти хоть и меняли облик Горного Алтая, но медленно. Образ жизни, традиции и вредные привычки трансформировались незначительно. Источники возникновения и развития социальных болезней почти не искоренялись. Высокую заболеваемость населения продолжали определять условия жизни и проблемы материального характера. Средняя доходность хозяйств по области составляла 160 рублей, а налоговые сборы порой в 2-3 раза были выше. Так, в 1931 году в Кош-Агаче с хозяйства платили 383 рубля, в Чемале – 255, в Усть-Кане – 178, Онгудае – 177 [4, д. 638, л. 34]. Такая политика приводила к ухудшению материального положения жителей Горного Алтая. В созданных колхозах положение с хлебом было напряженным. В августе 1932 г. в газету «Красная Ойротия» обратился бывший красный партизан с рассказом о своей незавидной жизни: «...теперь, когда я окончательно обессилил и ни к чему уже не способен, потому никому и не нужен и задыхаюсь как собака. В аймакисполкоме я несколько дней просил дать хлеба, а там и говорить даже не хотят. Председатель сельсовета тоже не разговаривает. Я теперь дошел до крайности, дети скитаются, где попало, а я выпрашиваю у людей кусок хлеба, куда обратиться за помощью не знаю...» (сохранены орфография и пунктуация автора. – *О. Г., Т. А.*) [Там же, л. 39]. Если по норме полагалось 16,5 кг муки, то люди получали 6,25 кг, а в отдаленном Кош-Агачском аймаке – 5,4 кг на человека. Такая же ситуация была и с непродовольственным снабжением.

Высокий уровень заболеваемости туберкулезом заставлял работников здравоохранения усиливать профилактическую работу. В 1935 г. в Ойрот-Турунской областной больнице был организован туберкулезный диспансер на 7 коек в маленьком деревянном домике в центре города. В эти годы в Горном Алтае открылись два детских санатория, выделена санаторная группа в детском садике, открыто костнотуберкулезное отделение в областной больнице. Наряду с оказанием непосредственной медицинской помощи медработники, специальные агитаторы вели пропагандистскую и профилактическую работу. Низкий уровень оснащенности медицинских участков отчасти компенсировался просветительскими мероприятиями, проводимыми домами культуры, юртами-передвижками, кочующими агитаторами. Особое место в системе санитарного просвещения в Горном Алтае продолжали занимать Дома культуры алтайки. Они были призваны защищать женщину, давать ей необходимый минимум не только политических, но и санитарно-гигиенических знаний.

Для расширения борьбы с социальными заболеваниями в 1934 г. в области был создан противотрахоматозный диспансер. В 1937 г. в Ойротской области при врачебных участках и фельдшерских пунктах было создано 4 трахоматозных диспансера и 31 противотрахоматозный пункт, а в 1938 г. насчитывалось уже 18 противотрахоматозных диспансеров. Силами этих пунктов только в 1940 г. было вновь выявлено больных трахомой 3063 человека.

В годы войны работа по борьбе с социальными болезнями продолжалась. Эпидемий в тылу допустить было нельзя. Только СНК РСФСР в 1942 г. принял 17 постановлений по различным медико-санитарным вопросам и территориям в связи с выполнением указаний ГКО и правительства СССР [11, с. 563-564].

В Ойротии угрожающе много было зараженных гонореей и сифилисом. Наиболее пораженными были Онгудайский, Шебалинский, Эликмонарский и Усть-Коксинский аймаки. В конце 1941 г. в областном кожно-венерологическом диспансере состояло на учете больных: 419 (сифилис), 387 (гонорея). В течение 1942 г. 395 зараженных сифилисом и 476 – гонореей прошли поликлиническое лечение в диспансере. За этот же год было выявлено еще около 100 пораженных венерическими заболеваниями. 63 сифилисных больных были госпитализированы в больницу. Не была благоприятной и обстановка в районах. Так, по данным Усть-Канского вендиспансера, на учете в нем состояло около 700 больных. Из них 200 были вновь выявленными в течение 1942 года. Единственный врач диспансера приняла 1700 посетителей в течение года [8, д. 94, л. 40].

В Онгудайском вендиспансере в 1942 году также было зафиксировано увеличение числа венерических больных. В течение года было взято на учет более 175 больных, причем 60% из них – зараженные в 1942 году. Излечиваемость была довольно высокой (92%). И это в ситуации, когда сеть кожно-венерических лечебных заведений была значительно сокращена. Кроме того, в оставшихся диспансерах и пунктах работали в среднем 1-2 медработника [Там же, л. 14].

Общие условия военного времени и отсутствие достаточной медицинской помощи способствовали устойчивости распространения венерических болезней. В 1944 году число посещений в облвендиспансере продолжало оставаться очень высоким (19441). В результате обследований было взято на учет 362 зараженных. Процент вновь выявленных также оставался угрожающим (81%). Вся основная работа была сосредоточена в облвендиспансере и больнице, находящихся в областном центре. В диспансере работал всю войну лишь один врач. В трех отдаленных районах Ойротской области – Онгудайском, Усть-Канском, Усть-Коксинском имелись аймачные вендиспансеры. Штат их также был не укомплектован. Чаще всего один и тот же человек был и терапевтом, и хирургом, и инфекционистом. В остальных 7 районах имелись лишь формально 7 венпунктов. В них не было ни специалистов-медиков, ни должного оборудования и инструментария. Чтобы хоть как-то поддерживать себя и больных, медработники вели подсобное хозяйство. Так, венбольница имела почти 11 га земли. На них выращивали картофель (1 га), тыкву (0,7 га), овес (4 га) и др. [7, д. 956, л. 100].

Серьезной проблемой все военные годы оставалась трахома. Пик заболеваемости пришелся на первые три военных года. Причем если в довоенные годы четко выделялись опасные по трахоме регионы, то в 1941-1945 гг. свежая трахома регистрировалась по всем районам Ойротской области. Особо подверженными заболеванию оказались Кош-Агачский, Усть-Коксинский, Усть-Канский районы. Большое количество больных трахомой в Ойрот-Турунском аймаке объясняется не только всплеском болезни, но и тем, что лишь в Ойрот-Туре постоянно и достаточно квалифицированно работал трахоматозный диспансер, куда обращались все жители области.

По территориям помощь больным трахомой оказывали 4 трахоматозных диспансера и пункты на местах. Но проблема была в том, что в них не было достаточно медикаментов и оборудования. Тем не менее к концу

войны постепенно определилась тенденция к снижению количества вновь заболевших трахомой. Заболеваемость школьников, например в г. Ойрот-Тура сократилась в 4 раза.

Особое внимание уделялось борьбе с туберкулезом. Подводя итоги работы за первое полугодие 1947 г., Ойротский облздравотдел отмечал, что, по данным городского тубдиспансера, смертность от туберкулеза за годы войны резко возросла. В годы войны больные оставались практически без специализированной помощи. В области действовал лишь городской диспансер и больница на 20 коек. Больные из-за отсутствия средств (медикаментов, белья, питания) вынуждены были лечиться на дому. Диагностика и выявление разных форм туберкулеза в области отсутствовали. Наибольшие цифры смертности приходится на 1942 и 1943 годы, когда количество умерших было от 30 до 50% от вновь заболевших. Учитывая климат Горного Алтая, нужно признать, что резкий рост летальности связан, прежде всего, с невозможностью оказать больным полномасштабную квалифицирующую помощь. А количество обращающихся за нею из года в год увеличивалось.

Всего к 1944 году в областной туббольнице (при диспансере) состояло на учете 1103 человека. А за 1944 г. было принято для лечения еще 72 человека. На всю область имелся лишь один врач-фтизиатр, заведующий тубдиспансером. Ни рентгенкабинета, ни лаборатории не было.

Характер работы медицинских учреждений в послевоенные годы начал постепенно меняться. От чрезвычайщины переходили к планомерной повседневной работе по профилактике и лечению социальных болезней. Постепенно восстанавливали работу медицинские участки и специализированные учреждения. В Ойротской области в 1946 г. было 7 врачебных пунктов для венерических больных, формально было развернуто в стационарах 50 коек для их лечения – 25 в городе Ойрот-Тура, по десять в Онгудае и Усть-Кане, 5 – в Усть-Коксе. Однако на местах коечный фонд использовался не всегда по назначению. Это было связано с общим недостатком койко-мест в районах. Тем не менее количество выявленных больных возрастало. Так, в 1946 г. в городском стационаре находилось 200 заболевших, было выявлено 57 свежих случаев сифилиса. В ряде районов фиксировались случаи заразных и врожденных форм сифилиса.

Для повышения эффективности усилий по борьбе с венерическими болезнями в условиях растущей выявляемости больных в июне 1948 г. были соединены областной кожно-венерологический диспансер и кожно-венерологическая больница. Это расширяло возможности оказания специализированной помощи, в том числе и больным из регионов. Самым неблагополучным по этой категории болезней на протяжении 1940-1950-х годов был Усть-Коксинский аймак [8, д. 1012, л. 40].

Офтальмологическая служба в эти годы сосредоточилась в 26 пунктах, 4 трахоматозных диспансерах в г. Онгудае, Усть-Кане и Эликманаре. Однако продолжала оставаться злободневной давняя проблема здравоохранения Горного Алтая – недостаток квалифицированных медицинских кадров. На местах возможность диагностировать заболевание часто была только в ходе общих осмотров в школах или на предприятиях. Так, по общему медицинскому обследованию школ Кош-Агача было выявлено, что в колхозе им. Чапаева 35% школьников являются больными трахомой. На помощь медикам в этой ситуации приходила санитарно-просветительная работа. Эпидемическую обстановку в области санпросвет, правда, мог только подкорректировать.

С 1945 года в условиях роста социальных болезней направленность санитарного просвещения изменилась. В довоенные годы при недостатке, а порой и отсутствии не только медицинских кадров, но и лекарств просвещение сосредотачивалось на вопросах устройства быта, гигиены. Теперь же ведущими становились вопросы санитарной пропаганды: предупреждение, профилактика различных болезней.

**Таким образом,** исследуемая нами политика организации борьбы с социальными болезнями показала, что важнейшим шагом для эффективности борьбы с ними было признание их предопределенности образом жизни, особенно в таком слабо развитом национальном регионе, как Горный Алтай. В этой связи успешность политики в сфере борьбы с социальными болезнями находилась в зависимости от участия в ней не только органов здравоохранения, но и общественных организаций, взявших на себя задачи просветительно-разъяснительной работы среди населения, часть из которого, алтайцы, впервые встретились с врачебной помощью после 1917 года.

Нами выявлена динамика снижения заболеваемости трахомой, сифилисом и туберкулезом в Горном Алтае в исследуемый период. В первый период в 1920-1930 гг. шло выявление заболевших и оказание непосредственной медицинской помощи. К концу 1930-х гг. в регионе возникли постоянно действующие специализированные медицинские учреждения, и уже они проводили систематическую работу. В послевоенные годы с расширением сети стационаров болезни локализовались в группах риска, и начало сокращаться число вновь выявленных больных, особенно трахоматозных. Эффективности работы способствовало сочетание передвижных и стационарных форм оказания медицинской помощи. Передвижки, особенно на начальном этапе в 1920 гг., позволяли организовывать оперативное выявление и лечение больных. Так борьба с социальными болезнями в Горном Алтае в первой половине XX века привела к искоренению источников их распространения, многих вредных традиций и сокращению больных. Трахома в 1950-е гг. перестает фиксироваться, долечивались только уже ранее выявленные больные.

#### *Список источников*

1. Государственный архив Новосибирской области (ГАНО). Ф. 1353. Оп. 1.
2. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А482. Оп. 1.
3. Государственный архив социально-правовой документации Республики Алтай (ГА СПД РА). Ф. 1. Оп. 1.
4. ГА СПД РА. Ф. 1. Оп. 2.
5. ГА СПД РА. Ф. 5. Оп. 1.
6. ГА СПД РА. Ф. 33. Оп. 1.
7. ГА СПД РА. Ф. 44. Оп. 1.

8. ГА СПД РА. Ф. 44. Оп. 2.
9. ГА СПД РА. Ф. 44. Оп. 3.
10. **Здравоохранение Сибири. 1922-1923** // Жизнь Сибири. 1923. Авг.-сент. С. 207-209.
11. **История Великой Отечественной войны Советского Союза. 1941-1945**: в 6-ти т. М.: Воениздат, 1961. Т. 2. Отражение советским народом вероломного нападения фашистской Германии на СССР. Создание условий для коренного перелома в войне (июнь 1941 г. – ноябрь 1942 г.) / ред. Н. А. Фокин и др. 681 с.
12. **История Горного Алтая**: в 3-х ч. Горно-Алтайск: РИО «Универ-Принт», 1995. Ч. 2. Горный Алтай в 1917-1940 гг. 154 с.
13. **Казанцев П.** Чемал – алтайская Ялта // Сибирь. 1925. № 3. С. 11-18.
14. **Кежутин А. Н.** Борьба с социальными болезнями в Нижегородской губернии накануне и в годы Первой мировой войны // Вестник Томского государственного университета. 2018. № 428. С. 103-107.
15. **Кодкин А. С.** К истории борьбы с туберкулезом на Алтае // Тезисы к Краевой науч.-практ. конф. фтизиатров / Отд. здравоохранения Алт. крайисполкома; Краев. противотуберкулезный диспансер; Алт. краев. науч. о-во фтизиатров. Барнаул, 1967. С. 5-7.
16. **Ойротский край.** 1925. 22 августа.
17. **Островских П. Е.** Этнографические заметки о тюрках Минусинского края (Отчет о поездке 1894 г.) // Живая старина. СПб., 1895. Т. 5. Вып. 3-4. С. 334-336.
18. **Рыбакова Е. О.** Организационно-правовые основы системы советского здравоохранения. 1917-1936 гг.: дисс. ... к.ю.н. Саратов, 2010. 149 с.
19. **Сибирский краевой статсправочник статсектора крайисполкома.** Новосибирск: Статсектор Крайплана, 1930. 786 с.
20. **Сидоров П. М.** На страже здоровья трудящихся // Под знаменем Октября: сборник статей. Горно-Алтайск, 1967. С. 56-64.
21. **Тошачкова Е.** Начало культурной революции у алтайцев (1920-1922 гг.) // Вопросы археологии и этнографии Горного Алтая: сборник статей / ред. Н. С. Модоров. Горно-Алтайск, 1983. С. 111-112.
22. **Ядринцев Н. М.** Сибирские инородцы, их быт и современное положение: этногр. и стат. исслед. с прил. стат. табл. СПб.: И. М. Сибиряков, 1891. 308 с.

#### STRUGGLE WITH SOCIAL DISEASES IN MOUNTAIN ALTAI IN THE FIRST HALF OF THE XX CENTURY

Goncharova Ol'ga Aleksandrovna, Doctor in History, Professor  
Ankudinova Tat'yana Valer'evna, Ph. D. in History, Associate Professor  
Gorno-Altai State University  
Goa10@yandex.ru; 15fducnf@mail.ru

The article reveals the basic stages, methods and forms of struggle against social diseases in Mountain Altai in the first half of the XX century. Relying on a wide range of sources from regional archives, the authors identify causes for the spread of diseases involving living standards of the regional population, reveal peculiarities of medical and preventive measures taken to treat diseases and prevent morbidity, describe participation and specificity of work of public organizations to struggle against social diseases in the ethnic minority region.

*Key words and phrases:* social history; Mountain Altai; ethnic minority region; history of healthcare; social diseases; trachoma; syphilis; tuberculosis.

УДК 93/94; 355.402

Дата поступления рукописи: 28.10.2019

<https://doi.org/10.30853/manuscript.2019.12.7>

*В статье рассматривается проблема иностранного интеллектуального фактора в проведении индустриализации СССР сквозь призму деятельности Военно-технического бюро и разведки. Показана роль иностранной научно-технической информации в проведении индустриализации. Основное внимание уделяется такому аспекту, как экономия денежных средств за счет внедрения технологических секретов, полученных за рубежом. На основе анализа архивных документов дана оценка роли научно-технической информации в развитии ресурсосберегающих технологий в различных отраслях промышленности СССР. Также рассмотрены некоторые проблемы специфики модернизационного развития СССР в 1930-е годы.*

*Ключевые слова и фразы:* Военно-техническое бюро; научно-техническая информация; научно-техническая разведка; средства для индустриализации; ресурсосберегающие технологии.

**Димитренко Никита Владимирович**

Воронежский государственный технический университет  
basilevslev@yandex.ru

#### РОЛЬ ИНОСТРАННОЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ РАЗВЕДЫВАТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ФОРСИРОВАННОЙ ИНДУСТРИАЛИЗАЦИИ СССР В ПРЕДВОЕННЫЕ ГОДЫ

**Актуальность** настоящей работы объясняется повышенным вниманием отечественных и зарубежных исследователей к проблемам предвоенного развития СССР. Устойчивый интерес к данному историческому периоду вызван противоречивыми и неоднозначными оценками в историографии степени готовности нашей страны