

*Ж. Ж. Цырендашиев.* Развитие системы здравоохранения и медицинского обслуживания в новых городах Забайкалья (1950–1980-е гг.)

---

Научная статья  
УДК 94:792(571.54)  
DOI: 10.18101/2305-753X-2022-4-47-58

## **РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В НОВЫХ ГОРОДАХ ЗАБАЙКАЛЬЯ (1950–1980-е гг.)**

© **Цырендашиев Жамьян Жаргалович**

учитель истории и обществознания,

гимназия № 33 г. Улан-Удэ;

аспирант,

Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова

Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Ранжурова 6

tsyrendashiev\_zhamyan@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности формирования медицинских учреждений новых городских поселений Забайкалья в 1950–1980-е гг. По утверждению автора, в связи с повышенным вниманием государства к социальным вопросам происходит постепенный переход медицинских учреждений из ведомственного подчинения в территориальную сеть Министерства здравоохранения РСФСР. Рассмотрены истоки многих проблем материально-технического обеспечения и комплектования кадров учреждений здравоохранения. Несмотря на развертывание сети новых медицинских учреждений, мощности больниц и поликлиник хронически отставали от потребностей населения. Качество медицинского обслуживания оставалось низким из-за нехватки медперсонала, нагрузка которых была выше положенных ставок. Дефицит кадров отчасти компенсировался повышением квалификации и переквалификацией медицинских работников в республиканских, областных и союзных центрах. Сложившаяся ситуация объяснялась приоритетом промышленного строительства, остаточным характером финансирования сферы здравоохранения, высокой загруженностью застройщиков медицинских учреждений, отсутствием шефской помощи и пр. На основе архивных данных выявлена структура заболеваемости населения городов-новостроек, которая, по утверждению автора, строилась в зависимости от специализации поселения. Отмечается, что на уровень заболеваемости влияло не только соблюдение норм технической безопасности и методов работы предприятий, но и общее состояние благоустройства городов. Подчеркивается улучшение диагностической и профилактической работы медицинских учреждений, позволившей снизить уровень «профессиональных» заболеваний. Кроме того, недостатки в организации системы здравоохранения компенсировались энтузиазмом, инициативностью и самоотверженным трудом медицинских работников.

**Ключевые слова:** новые города, Забайкалье, БАМ, медицинское обслуживание, здравоохранение, центральная районная больница, профилактика.

### **Благодарности**

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 21-09-43043.

### **Для цитирования**

*Цырендашиев Ж. Ж.* Развитие системы здравоохранения и медицинского обслуживания в новых городах Забайкалья (1950–1980-е гг.) // Вестник Бурятского государственного университета. Гуманитарные исследования Внутренней Азии. 2022. Вып. 4. С. 47–58.

Важнейшим направлением социальной политики советского государства являлась система здравоохранения, в основе которой лежала доступность медицинского обслуживания для всех категорий населения. В 1950–1980-е гг. этим вопросам стали уделять особое внимание. Пятилетний план 1951–1955 гг. предусматривал дальнейшее восстановление системы здравоохранения от последствий Великой Отечественной войны. Предстояло продолжить строительство лечебных учреждений, укрепление их материально-технической базы, обеспечить проведение мероприятий, призванных снизить заболеваемость, повысить качество диагностической и лечебно-профилактической помощи. По-прежнему актуальными задачами здравоохранения оставались уменьшение общей заболеваемости и смертности, снижение онкологической и инфекционной заболеваемости, активная борьба с туберкулезом и пр. Наиболее остро перечисленные проблемы стояли в новых городах, поскольку высокая концентрация в них промышленных производств оказывала вредное воздействие на здоровье населения. Кроме того, необходимость развития здравоохранения была вызвана производственными интересами, поскольку от уровня травматизма и заболеваемости рабочих зависели в первую очередь производственные показатели предприятий. Не исключением являлись новые города Забайкалья, которые отличались удаленностью, сложным климатом, неразвитой социальной инфраструктурой и т. д. К их категории относится ряд таких населенных пунктов, как Закаменск, Гусиноозерск, Северобайкальск, Хилок и Балей.

В отечественной историографии данная проблема рассматривалась в контексте индустриального освоения новых территорий [1–3], а также истории региональной системы здравоохранения и медицинского обслуживания населения [4–9]. В них авторы отмечали нехватку материальных и кадровых ресурсов, отсутствие на местах собственных баз подготовки медицинских работников и пр. При этом в большинстве публикаций развитие здравоохранения и медицинского обслуживания в новых городах Забайкалья не становилось предметом специального исследования.

В изучаемый период медицинское обслуживание городов-новостроек осуществлялось территориальной и ведомственной системой здравоохранения. Первая была представлена лечебно-профилактическими учреждениями Министерства здравоохранения (Минздрава) Бурятской АССР и Минздрава Читинской области, на которые ложилась основная нагрузка по обслуживанию населения. Вторую формировали медицинские учреждения, возникавшие при градообразующих предприятиях и подведомственные соответствующим отраслевым министерствам. Ввиду ограниченности материальных и кадровых ресурсов различных ведомств наиболее распространенными формами медучреждений были небольшие больницы мощностью на 10–50 коек, медпункты и фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы). При этом ведомственная сеть в большинстве новых городов (Закаменск, Гусиноозерск, Балей, Хилок) активно функционировала в первые годы возникновения поселений. В конце 1940 — начале 1950-х гг. медицинские мощности градообразующих предприятий стали переходить в территориальную сеть Минздрава РСФСР. Например, возникшая под ведомством Джидинского комбината г. Закаменска в 1930-е гг. медико-санитарная часть состояла из трех

больниц, поликлиники, пяти врачебных амбулаторий<sup>1</sup>. В 1946 г. данные медучреждения были переданы под контроль Минздрава Бурятской АССР. Формирование медицинских учреждений Гусиноозерска началось с лазарета лагеря «Гусозлага» под ведомством НКВД. В 1947 г. медучреждение было перепрофилировано в Шахтинскую центральную районную больницу (ЦРБ) с четырьмя корпусами и множеством отделений [10, с. 5]. Вредные условия труда на предприятии «Балейзолото» обусловили появление собственных медучреждений. В первые послевоенные годы население г. Балей поразила эпидемия силикоза, что ускорило работу городской больницы и поликлиники<sup>2</sup>. Возникновение лечебных учреждений в г. Хилок связано со строительством Транссибирской железной дороги. В 1900 г. была открыта первая больница на 50 коек с приемным покоем, ориентированной на обслуживание строителей и работников путевого хозяйства. С началом русско-японской войны в г. Хилок действовал «врачебно-питательный пункт Красного Креста для инвалидов, следующих с театра военных действий» [11, с. 12]. В 1941–1945 гг. на базе школ поселка были временно размещены эвакогоспитали. После расформирования часть медперсонала перешла в лечебные учреждения города. В 1951 г. Хилок получил городской статус и стал районным центром. На базе его дневного стационара возникла больница, что позволило охватить медицинским обслуживанием все население города.

В наиболее молодых населенных пунктах, таких как Краснокаменск и Северобайкальск, передача ведомственных учреждений здравоохранения в территориальное управление началась только в конце рассматриваемого периода. Так, в поселениях бурятского и читинского участков БАМа организовывались больницы, поликлиники и амбулатории Врачебно-санитарной службы Дирекции строительства БАМ (ВСС БАМ) при Министерстве путей сообщения (МПС) СССР. Во второй половине 1980-х гг. в связи с завершением основного объема строительных работ и передислокацией транспортных строителей на другие объекты началось свертывание ВСС БАМ и передача медицинских учреждений на баланс муниципалитетов [7, с. 28].

Интенсивное развитие система здравоохранения изучаемых городов получает во второй половине XX в. В 1950–1980-е гг. города-новостройки становятся районными центрами медицинского обслуживания. В это время Закаменск располагал районной поликлиникой на 250 посещений и ЦРБ на 335 коек. Медицинская сеть Гусиноозерска состояла из ЦРБ на 190 коек<sup>3</sup>, поликлиники на 100 посещений. В общей сложности, коечная сеть обоих городов составляла 525 коек [12, с. 191], что равнялось десятой части коечной сети медицинских учреждений Бурятской АССР [8, с. 294].

Мощности медицинской сети Балей в 1959–1983 гг. составляли 125–505<sup>4</sup> коек, поликлиника могла обеспечить до 600 посещений в день<sup>5</sup>. Коечная сеть г. Хилок обеспечивала 120–230 коек, две поликлиники могли обслужить до 200 посе-

---

<sup>1</sup>Архивный отдел МО города Закаменск (АО ЗК). Ф. 2. Оп. 1. Д. 320. Л. 3.

<sup>2</sup>Архивный отдел Балейского района (АО БР). Ф. 2121. Оп. 1. Д. 11. Л. 12.

<sup>3</sup>Архивный отдел Селенгинского района (АО СР). Ф. 7. Оп. 1. Д. 1596. Л. 8112.

<sup>4</sup>АО БР. Ф. 1. Оп. 1. Д. 321. Л. 69.

<sup>5</sup>АО БР. Ф. Р-2121. Оп. 1. Д. 15. Л. 46.

щений<sup>1</sup>. Их нагрузка была невысокой, из-за чего в пятницу и субботу выходили только дежурные врачи. В г. Северобайкальск силами СМП-575 был построен стационар на 60 коек и поликлиника на 150 посещений в смену. Коллектив медиков составлял 78 человек, в том числе 13 врачей. В 1982–1983 гг. больница включала 150 коек с общим числом врачей до 146 человек [6, с. 121].

Тем не менее медицинское обслуживание функционировало с большой перегрузкой, коечная сеть городов хронически отставала от республиканских и областных показателей. Обеспеченность врачами не соответствовала штатным планам. В 1951–1983 гг. укомплектованность больниц и поликлиник медиками составляла в г. Закаменск — 49–55%<sup>2</sup>, Гусиноозерск — 86,2–95,5%<sup>3</sup>, Балей — 49–76%<sup>4</sup>, Хилок — 51–56%<sup>5</sup>. Кадровый дефицит был вызван, прежде всего, отсутствием свободного жилья и мест в детских дошкольных учреждениях. В г. Северобайкальск это дополнялось переходами медработников в ведомственную систему здравоохранения, где действовали льготные условия оплаты труда, распространявшиеся на строителей БАМа [6, с. 119]. При этом наблюдалась почти 100%-я<sup>6</sup> обеспеченность средним медперсоналом во всех городах-новостройках, что было обусловлено обязательным распределением молодых специалистов по медицинским учреждениям. Так, в г. Хилок проживало 44 молодых семьи, прибывшие по распределению медиков, из которых было только четыре врача<sup>7</sup>.

Укомплектованность кадров достигалась путем увеличения нагрузки. В поликлинике г. Закаменск на 13 врачей распределялись ставки недостающих работников<sup>8</sup>. Аналогичная ситуация сложилась в поликлинике г. Балей, где согласно штату было положено 29 специалистов, но фактически вся нагрузка ложилась на 14 врачей<sup>9</sup>. Дефицит кадров отчасти компенсировался повышением квалификации и переквалификацией медицинских работников в республиканских, областных и союзных центрах.

Развитие здравоохранения изучаемых городов невозможно представить без выдающихся врачей, посвятивших многие годы жизни своей профессии. В историю здравоохранения г. Балей вписаны такие личности, как Е. Д. Векслер, С. И. Вержбицкий, С. А. Дешенко, М. П. Бобров и т. д. Особое место занимает Владимир Андреевич Шипицин — заслуженный врач РСФСР, хирург высшей категории, возглавлявший городскую больницу с 1954-го по 1970 г. [13, с. 10]. Жители г. Закаменск с большим уважением чтят медицинских работников города: «Мы вспоминаем наших медиков, которые стояли у истоков развития нашего здравоохранения, тех которые по трое суток несли дежурства». На начальном

<sup>1</sup>Архивный отдел Хилокского района (АО ХР). Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 165. Л. 12–28; Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 197. Л. 199.

<sup>2</sup>АО ЗК. Ф. 2. Оп. 1. Д. 320. Л. 3.

<sup>3</sup>АО СР. Ф. 41. Оп. 1. Д. 398. Л. 11.

<sup>4</sup>АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 476. Л. 3.

<sup>5</sup>АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 197. Л. 201.

<sup>6</sup>Архивный отдел МО города Северобайкальска (АО СБ) Ф. 41. Оп. 1. Д. 398. Л. 12; Ф. 41. Оп. 1. Д. 284. Л. 21; Управление культуры и архивного дела муниципального образования «Северобайкальский район» Республики Бурятия (УКАД СБМО). Ф. Р-28. Оп. 1. Д. 209. Л. 122.

<sup>7</sup>АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 197. Л. 200.

<sup>8</sup>АО ЗК. Ф. 2. Оп. 1. Д. 320. Л. 12.

<sup>9</sup>АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 10. Л. 137.

*Ж. Ж. Цырендашиев.* Развитие системы здравоохранения и медицинского обслуживания в новых городах Забайкалья (1950–1980-е гг.)

---

этапе работали «пионеры здравоохранения» – И. И. Логинов, В. С. Пестерев, А. С. Чернышева, А. Г. Тюменева, Е. А. Ловцова. В состав заслуженных врачей Республики Бурятия входят имена медработников г. Закаменск: И. И. Асташкина, К. И. Аржиков, А. А. Бакшеева, Д. Р. Буянтуев и многие другие [12, с. 188].

В составе медицинских работников г. Хилок были выдающиеся хирурги, работавшие прежде в эвакогоспиталях, — И. И. Гордеев, Н. И. Карапетян, медсестры — Т. В. Таракановская, И. И. Тимофеева, О. Г. Улеева, Ю. Мартынова [11, с. 78]. В историю Гусиноозерской ЦРБ вписаны имена главврачей: В. Б. Аюшеева, Г. И. Медведевой, В. В. Максарова. Их усилиями формировался коллектив больницы, его административный аппарат, происходило обучение работников в клинических базах.

Материальная база здравоохранения изучаемых городов хронически отставала от потребностей населения. В целях снижения нагрузки на Гусиноозерскую ЦРБ горсоветом принимается решение постройки новой больницы на 165 мест. Согласно плану ее ввод предусматривался в 1977 г., но из-за высокой текучести кадров строительство объекта затянулось на пять лет<sup>1</sup>. Мощности местной поликлиники не справлялись с нагрузкой. На это сетовал главврач ЦРБ А.М. Пухальский: «Прием больных у нас рассчитан на 200 посещений, но за 1976 г. посещения составляют 700 человек в день, коечный фонд сильно отстает от роста населения»<sup>2</sup>. Чтобы компенсировать нехватку рабочих застройщик — Строительное управление (СУ) ГРЭС прибегал к временному привлечению строителей других предприятий: «Мы очень обрадовались, когда строительство начала бригада sibстроя, больница начала расти на глазах, но работали они всего неделю»<sup>3</sup>.

Хроническая нехватка лечебных учреждений дополнялась низким качеством построек и их высокой изношенностью. В условиях ускоренных темпов строительства затягивались поставки материалов и финансирование. Это подталкивало застройщиков к использованию имеющихся средств и поиску дешевых стройматериалов. В аварийном состоянии находилась стоматологическая поликлиника г. Гусиноозерск. Здание было построено из некачественных стройматериалов, без подключения к водоснабжению и канализации. На сессии горсовета было решено перевести поликлинику в здание строящегося общежития ГРЭС<sup>4</sup>. Некоторые медучреждения размещались в приспособленных помещениях. Например, детская поликлиника г. Балей располагалась в здании филиала школы № 11. В нем не хватало комнат для размещения кабинетов функциональной диагностики и флюорографии<sup>5</sup>. Из-за недофинансирования затягивался ремонт хирургического отделения Хилокской железнодорожной больницы<sup>6</sup>. Городская больница г. Балей, построенная в 1947 г., не отвечала санитарно-техническим нормам. В 1973 г. по оценке главврача СЭС А. В. Громоздкиной: «Здание нетиповое ко-

---

<sup>1</sup>АО СР. Ф. 41. Оп. 1. Д. 398. Л. 12.

<sup>2</sup>АО СР. Ф. 7. Оп. 1. Д. 1594. Л. 2.

<sup>3</sup>АО СР. Ф. 41. Оп. 1. Д. 398. Л. 12.

<sup>4</sup>АО СР. Ф. 7. Оп. 1. Д. 1596. Л. 8.

<sup>5</sup>АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 10. Л. 153.

<sup>6</sup>АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 196. Л. 201.

ридоры узкие, многие кабинеты не имеют фойе...отделения пришли в негодность и подлежат к списанию на дрова»<sup>1</sup>.

Таким образом, невыполнение планируемых объемов строительства и ремонта медучреждений объясняется несколькими причинами: во-первых, недостатком финансирования и текучестью кадров; во-вторых, высокой загруженностью застройщиков и отсутствием шефской помощи; в-третьих, затягиванием в поставках стройматериалов.

В структуре общей заболеваемости населения городов-новостроек на первом месте находились простудные заболевания, а также грипп и ОРВИ, на втором — желудочно-кишечного тракта, на третьем — органов дыхательной и нервной системы. В 1958–1983 гг. динамика общей заболеваемости населения на 1 000 человек была следующей: Закаменск — 309–250<sup>2</sup>; Балей — 788–327<sup>3</sup>; Гусиноозерск — 685–434<sup>4</sup>; Хилок — 546–213<sup>5</sup>. Несоблюдение санитарных норм способствовало распространению большей части заболеваний, в частности простудных. В помещениях предприятий городов нередко была скученность, сквозняки, повышенная запыленность, на предприятиях отсутствовал необходимый температурный режим. Например, в г. Северобайкальск строители жили в переуплотненных вагончиках и палатках, где отопление осуществлялось при помощи буржеек и электронагревателей [6, с. 124]. В главном корпусе Гусиноозерской ЦРБ не работала система вентиляции, из-за чего в помещениях постоянно возникали перепады температур<sup>6</sup>.

Перебой отопительной системы общеобразовательных школ и дошкольных учреждений, высокая укомплектованность классов и групп, отсутствие надлежащего ремонта и питания часто приводили к росту детской заболеваемости. В ее структуре основная часть приходилась на грипп и ОРВИ. Наиболее высокая заболеваемость детского населения наблюдалась в Балее, где в отдельных случаях на 1 000 населения приходилось 903 человека (90,3%)<sup>7</sup>. В г. Закаменск этот показатель в среднем был на уровне 33%<sup>8</sup>, в г. Гусиноозерск — 44%<sup>9</sup>, в г. Хилок — 32%<sup>10</sup>. На втором месте были инфекционные заболевания — коклюш, болезнь Боткина, пневмония, скарлатина и пр.

Снижение и предотвращение высокого уровня заболеваемости зависели от эффективной работы профилактических мероприятий. Охваченность детского населения медосмотром была в пределах 85–87%. В целях 100%-го охвата детского населения составлялась группа риска, в списках которой были дети преимущественно из неблагополучных семей<sup>11</sup>. Помимо этого в рамках района создавались комиссии по охране здоровья детей, проводились конференции,

<sup>1</sup>АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 10. Л. 153.

<sup>2</sup>АО ЗК. Ф. 2. Оп. 1. Д. 171. Л. 23.

<sup>3</sup>АО БР. Ф. Р-1. Оп. Д. 10. Л. 153.

<sup>4</sup>АО СР. Ф. Р-41. Оп. 1. Д. 189. Л. 12.

<sup>5</sup>АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 165. Л. 210.

<sup>6</sup>АО СР. Ф. 7. Оп. 1. Д. 1596. Л. 27.

<sup>7</sup>АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 11. Л. 32.

<sup>8</sup>АО ЗК. Ф. 2. Оп. 1. Д. 405. Л. 12–26.

<sup>9</sup>АО СР. Ф. Р-41. Оп. 1. Д. 399. Л. 6–22.

<sup>10</sup>АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 197. Л. 200.

<sup>11</sup>АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 187. Л.

семинары. На них обсуждались вопросы профилактической работы, координации медучреждений с предприятиями городов, школами и пр. Например, главврачи городских больниц часто жаловались на несоблюдение санитарно-гигиенических норм. Высокая скученность учащихся в кабинетах школ (40–50 человек) приводила к быстрому распространению простудных заболеваний<sup>1</sup>.

В профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта большое значение имела обеспеченность населения качественной водой. Результаты проверок санитарно-эпидемических служб (СЭС) сопровождались многочисленными жалобами на руководителей предприятий и жилищно-коммунальных комбинатов (ЖКК). Например, по оценке главврача Закаменской СЭС: «Вода бактериологическому ГОСТу не соответствует, а это является тревожным сигналом в причине распространения желудочно-кишечных инфекций»<sup>2</sup>. В г. Северобайкальск на одного человека приходилось 10 вместо положенных 49–60 литров воды [6, с. 126]. По сведениям главврача Гусиноозерской ЦРБ Г. И. Медведевой: «У нас в бараках живут люди в ужасных условиях, там сплошная антисанитария — вот где рассадник заболеваний»<sup>3</sup>. В отчетах остальных городов санитарное состояние нередко описывается как «неудовлетворительное», «на низком уровне» и т. д.

Заболевания дыхательной системы больше всего были распространены среди рабочих сырьевых городов. Высокая концентрация производственной пыли в цехах Джидинского комбината и на руднике Тасеево приводила к распространению «профессиональных» заболеваний. Проверкой предприятий занимались специальные горноспасательные службы. В ходе ежегодных проверок выявлялась повышенная запыленность рудничной атмосферы. Так, в 1972 г. в токарном цехе предприятия «Балейзолото» при обработке отлитых деталей содержание кремневой пыли превышало норму в 25 раз<sup>4</sup>. Наиболее опасной в производственном процессе являлась кварцевая пыль горных выработок, способствовавшая заболеванию силикозом. При нем пораженная легочная ткань становится более восприимчивой к инфекциям, вследствие чего у силикозных больных нередки случаи пневмонии и других инфекционных заболеваний легких [14, с. 199]. В целях снижения заболеваемости и смертности по линии здравоохранения ставились прививки, проводились профилактические целевые смотры на выявление туберкулеза, онкологии, бронхита и эмфиземы легких. В производственном процессе активно применялась техника предварительного увлажнения угля, улучшалась вентиляция подземных шахт и пр. На нужды здравоохранения г. Балей тратилась почти половина бюджета города (48%)<sup>5</sup>. В 1970–1973 гг. сумма расходов составила 5134,5 тыс. рублей. На эти средства были закуплены аппараты микроволновой терапии ЛУЧ-58, дефибриллятор «МЕДИКОР», электрокардиограф, передвижная флюорографическая установка<sup>6</sup>. В г. Закаменск ассигнования составили 1358,3 тыс. рублей. На них был построен противотуберкулезный диспансер на 50

---

<sup>1</sup> АОР БР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 196. Л. 201; АО СР. Ф. Р-41. Оп. 1. Д. 189. Л. 18.

<sup>2</sup> АО ЗК. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 10. Л. 136.

<sup>3</sup> АО СР. Ф. Р-41. Оп. 1. Д. 189. Л. 72.

<sup>4</sup> АО БР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 165. Л. 210.

<sup>5</sup> АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 2. Л. 13.

<sup>6</sup> АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 2. Л. 72.

коек, в физиокабинет поликлиники закуплено 23 единицы различной аппаратуры и пр.<sup>1</sup> Увеличились диагностические исследования органов дыхания, позволившие выявлять болезни на первых стадиях. Как результат, в 1966–1983 гг. легочная заболеваемость на 10 тыс. населения снизилась в несколько раз. Другой распространенной болезнью являлся ревматизм, предпосылками которого были ангина, тонзиллит и фарингит. В рамках профилактической работы в городах действовали стоматологические службы по санации полости рта. «Этой службе уделяется большое внимание потому, что санация имеет огромное значение для профилактики ревматизма и других заболеваний» — говорилось в отчете отдела стоматологии г. Балей<sup>2</sup>.

Заболевания нервной системы чаще всего приходились на города, связанные с железнодорожным транспортом. В г. Хилок на нем работало 6,5 тыс. человек, большинство из которых движенцы поездов. Отличительная характеристика их трудового процесса в том, что основная часть повседневной работы осуществляется непосредственно при движении поездов в условиях дефицита времени, что вызывает значительное нервно-эмоциональное напряжение, которое усиливается чувством персональной ответственности за качество выполняемой работы [15, с. 31–35].

Кроме того, работники путевого хозяйства вынуждены прибывать в одной рабочей позе при неблагоприятных метеорологических условиях, шуме, вибрации и т. д. Так, в г. Хилок число обращений к невропатологу в 1977–1978 гг. возросло в два раза. Число больных варьировалось от 530 до 1025 человек<sup>3</sup>. При медицинских осмотрах выяснялось, что работники предприятий слишком поздно обращаются к врачам, доводя болезни до хронической стадии.

В структуре заболеваемости городов смешанного типа не было постоянного преобладания какой-либо группы болезней. Согласно отчетам главврача Гусино-озерской ЦРБ в 1960–1970-е гг. наблюдался рост среди заболеваний нервной и дыхательной системы, на втором месте был острый фарингит и тонзиллит, на третьем — язвенная болезнь, на четвертом — гастрит<sup>4</sup>. Анализ архивных данных показывает, что заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) постепенно снижались. За девять лет (1961–1970 гг.) количество нетрудоспособных дней на 100 рабочих сократилось с 4 968 до 3 631, из которых 6–5% относилось к заболеваниям ЖКТ<sup>5</sup>. Во многом это было обусловлено расширением сети центрального водоснабжения и канализации, что позволяло обеспечивать необходимое санитарно-гигиеническое состояние предприятий и учреждений города. На шахтах Холбольджинского разреза улучшалась система вентиляции, применялся метод орошения в местах пересыпа угля шахтных выработок. Систематическим анализом травматизма и заболеваемости на шахтах занимались прикрепленные к предприятиям врачи. Их доклады по заболеваемости рабочих заслушивались на мед-

<sup>1</sup> АО ЗК. Ф. 2. Оп. 1. Д. 320. Л. 30.

<sup>2</sup> АО БР. Ф. Р-1. Оп. 1. Д. 2. Л. 17.

<sup>3</sup> АО ХР. Ф. Р-10. Оп. 1. Д. 196. Л. 127.

<sup>4</sup> АО СР. Ф. Р-41. Оп. 1. Д. 399. Л. 6.

<sup>5</sup> АО СР. Ф. Р-41. Оп. 1. Д. 189. Л. 14.

советах при участии шахтного совета, инженера по безопасности и представителей шахтеров города.

Медицинское обслуживание части транспортных строителей бурятского участка БАМа обеспечивала отделенческая больница станции Северобайкальск. В процессе строительства магистрали не всегда имелись проекты производственных работ. Вследствие этого строительные площадки систематически замусоривались, леса выполнялись с нарушением норм, в столярных цехах отсутствовала вентиляция, станки и сварочные агрегаты редко подлежали техосмотрам и эксплуатировались без защитных ограждений и пр. На 5 260 работников треста «Нижеангарсктрансстрой» в 1979 г. приходилось 22 душевые сетки, 282 гардеробных места, 164 умывальника, 149 помещений отдыха, 10 кабинетов и 123 уголка по технике безопасности. При строительстве тоннелей БАМа подразделениями УС «БАМтоннельстрой» не производился экспресс-анализ воздушной среды, так как не были организованы лаборатории. В апреле 1979 г. СЭС установила превышение предельно допустимой концентрации вредных веществ в воздухе горных выработок в 15–46,4 раза [6, с. 126]. Это приводило к распространению инфекционных болезней и высокому уровню производственного травматизма. В структуре общей заболеваемости строителей 20–25% приходилось на ОРЗ и грипп, 12–17% — производственный травматизм, 8–9% — инфекционным заболеваниям [6, с. 125].

Таким образом, интенсивное развитие здравоохранения и медицинского обслуживания новых городов Бурятии и Забайкальского края развернулось в 1950–1980-е гг. На предшествовавшем этапе медицинское обслуживание было ориентировано, прежде всего, на работников предприятий — шахтеров, путейцев, строителей и пр. В это время создавались предпосылки формирования сети медучреждений, зарождались традиции и преемственность врачебного дела. В силу разных начальных условий здравоохранение новых городов Забайкалья создавалось на богатой предшествующей базе. В этот период происходил переход ведомственных медучреждений в территориальную сеть Минздрава РСФСР, на которую приходилась практически вся нагрузка по обследованию, медицинскому осмотру и лечению населения. Под контролем предприятий городов оставались здравпункты, больницы с ограниченным коечным фондом и ФАПы. Особенностью формирования медицинской сети новых населенных пунктов БАМа являлось то, что его поселения возникали в районах пионерского освоения. Лечебно-профилактические учреждения г. Северобайкальск не имели какой-либо предшествующей базы. Поэтому в нем как наиболее «молодом» городе не успели сложиться ценности, традиции и преемственность медицинского труда. Приоритетное развитие в городе получила ведомственная система здравоохранения ВСС БАМ. Во второй половине 1980-х гг. в связи с завершением основного объема строительных работ и передислокацией транспортных строителей на другие объекты ведомственная сеть медучреждений передается в территориальную систему здравоохранения.

Развитие здравоохранения проходило в условиях дефицита финансовых, материальных и кадровых ресурсов. В начальный период большая часть медицинской сети городов располагалась в зданиях, построенных с многочисленными нарушениями и нуждавшихся в частых ремонтах. Хроническое затягивание

строительства объектов было вызвано задержкой стройматериалов, недостатком финансирования, низким уровнем шефской помощи и пр. Материально-техническое обеспечение зависело от возможностей базовых предприятий, закрепленных за каждым медучреждением. Неудовлетворительные условия жилья и быта вызывали большую текучесть медицинских работников. Дефицит кадров отчасти компенсировался увеличением нагрузки недостающих врачей, повышением квалификации и переквалификации в республиканских, областных и союзных центрах.

В структуре общей заболеваемости населения городов значительная доля принадлежала простудным и инфекционным заболеваниям. Несоблюдение санитарно-гигиенических норм на предприятиях и социально-культурных учреждениях часто приводило к вспышкам ОРВИ, гриппа и желудочно-кишечных инфекций. Кроме того, структура заболеваемости во многом зависела от специализации поселения, в соответствии с которой избирался комплекс профилактических мер.

Несмотря на отставание медицинского обслуживания от потребностей жителей городов-новостроек, общая заболеваемость взрослого и детского населения последовательно снижалась, что стало возможным благодаря улучшениям диагностической и профилактической работы, материально-технического обеспечения и санаторно-курортного лечения, коммунального благоустройства и пр., а также недостатки в организации системы здравоохранения компенсировались энтузиазмом, инициативностью и самоотверженным трудом медицинских работников.

#### *Литература*

1. Букин С. С. Опыт социально-бытового развития городов Сибири (вторая половина 1940-х – 1950-е гг.). Новосибирск: Наука, 1991. 240 с. Текст: непосредственный.
2. Долголюк А. А. Сибирские строители в 1946–1970 гг. Новосибирск: Параллель, 2013. 476 с. Текст: непосредственный.
3. Куксанова Н. В. Социально-бытовая инфраструктура Сибири (1956–1980 гг.). Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1993. 224 с. Текст: непосредственный.
4. Чернова Ю. В. Новые города Иркутской области (1950–1980 гг.). Историческое исследование: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук. Иркутск, 2002. 256 с. Текст: непосредственный.
5. Батоев Д. Б. История организации и развития здравоохранения, формирование его кадров в Бурятии: конец XVIII в. — 1960-е гг.: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук. Улан-Удэ, 2002. 201 с. Текст: непосредственный.
6. Байкалов Н. С. Байкало-Амурская магистраль и северные районы Бурятии: от всесоюзной комсомольской стройки к постсоветской деиндустриализации. Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2021. 232 с. Текст: непосредственный.
7. Байкалов Н. С. Формирование системы здравоохранения и медицинского обслуживания населения районов БАМа (1970–1980-е гг.) // История медицины. 2021. № 1. С. 23–32. Текст: непосредственный.
8. Боронова М. М. Социально-экономическое развитие Республики Бурятия в 1960–1990 гг.: исторический опыт и проблемы: диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук. Иркутск, 2002. 426 с. Текст: непосредственный.
9. Матвеева Н. М. История становления и развития системы здравоохранения и формирования медицинской интеллигенции Бурятии (1923–1991 гг.): диссертация на со-

*Ж. Ж. Цырендашиев.* Развитие системы здравоохранения и медицинского обслуживания в новых городах Забайкалья (1950–1980-е гг.)

---

искание ученой степени кандидата исторических наук. Улан-Удэ, 2004. 222 с. Текст: непосредственный.

10. Черных В. М. Гусиноозерск: хроника событий. Гусиноозерск: Селенга, 2006. 48 с. Текст: непосредственный.

11. Петров В. Ф. Город Хилок. История продолжается. Чита: Поиск, 2002. 144 с. Текст: непосредственный.

12. Батуева М. С. Наш городок. Закаменск: Знамя труда, 2004. 258 с. Текст: непосредственный.

13. Попов-Равич В. Забайкальский город Балей. Чита: Принт-маркет, 2013. 208 с. Текст: непосредственный.

14. Чомаева М. Н. Промышленная пыль как вредный производственный фактор // Национальная безопасность и стратегическое планирование. 2015. № 2–1(10). С. 199–122. Текст: непосредственный.

15. Стародубцева Н. П., Ершова О. В. Профессиональные риски и их влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности у работников путевого хозяйства // Проблемы безопасности российского общества. 2019. № 2. С. 31–35. Текст: непосредственный.

*Статья поступила в редакцию 03.11.2022; одобрена после рецензирования 24.11.2022; принята к публикации 27.11.2022.*

#### DEVELOPMENT OF THE SYSTEM OF HEALTH CARE AND MEDICAL SERVICES IN THE NEW TOWNS OF TRANSBAIKALIA (1950–1980s)

*Zhamyan Zh. Tsyrendashiev*

Teacher of History and Social Studies,

Ulan-Ude Gymnasium No. 33

Research Assistant,

Dorzhi Banzarov Buryat State University

6 Ranzhurova St., Ulan-Ude 670000, Russia

tsyrendashiev\_zhamyan@mail.ru

*Abstract.* The article discusses the development of medical institutions in the new urban settlements of Transbaikalia in the 1950s–1980s. We believe that due to the increased attention of the state to social issues, there was a gradual transition of medical institutions from departmental subordination to the territorial network of the Ministry of Health of the RSFSR. We have considered the roots of many problems in the logistics and staffing of health care institutions. Despite the deployment of a network of new medical institutions, the capacity of hospitals and polyclinics chronically lagged behind the needs of the population. The quality of medical care remained low because of the lack of medical staff, whose workload was higher than the prescribed rates. The shortage of personnel was partly compensated by the advanced training and retraining of medical workers in republican, regional and union centers. The current situation was explained by the priority of industrial construction, the residual nature of financing the healthcare sector, the high workload of the developers of medical institutions, the lack of sponsorship, etc. Based on archival data, we have identified the morbidity patterns of new towns, which were revealed according to the specialization of the settlement. It has been noted that the level of morbidity was influenced not only by compliance with technical safety standards and working methods of enterprises, but also by the provision of urban amenities. The improvement of the diagnostic and preventive work of medical institutions made it possible to reduce the level of work-

---

related diseases. The shortcomings in organization of the health care system were compensated by the enthusiasm, initiative and selfless work of medical workers.

*Keywords:* new towns, Transbaikalia, Baikal-Amur Mainline, medical care, healthcare, CDH, prevention.

*Acknowledgements.* The study was financially supported by the Russian Foundation for Basic Research within the framework of the scientific project 21-09-43043.

*For citation*

Tsyrendashiev Zh. Zh. Development of the System of Health Care and Medical Services in the New Towns of Transbaikalia (1950–1980s). *Bulletin of Buryat State University. Humanities Research of Inner Asia*. 2022; 4: 47–58 (In Russ.).

*The article was submitted 03.11.2022; approved after reviewing 24.11.2022; accepted for publication 27.11.2022.*