

*М.А. Сафиуллина*

## **Противоэпидемическая служба на Южном Урале в 1953–1964 гг.**

*Ключевые слова:* санитарно-эпидемиологическая служба, санитарно-эпидемиологическая станция, живая вакцина, вакцинация, инфекционная заболеваемость, эпидемическая конъюнктура заболеваемости, метод дисперсности пыли, дозиметрия.

*Key-words:* sanitary-and-epidemiologic service, live vaccine, vaccination, infectious disease rate, epidemic situation, the dust dispersity method, dosimetry.

Выдвижение проблемы здоровья в число приоритетных задач социального развития страны, а также недостаточная изученность обозначенной темы обусловили актуальность и необходимость проведения научных исследований, а также и выработку организационных подходов по данной проблеме. Постепенно возрастающая техногенная нагрузка на окружающую среду превратила значительную часть нашей территории в зону повышенного экологического риска, что повлекло за собой необратимые последствия в плане сохранения здорового поколения. Решение этого вопроса во многом определялось деятельностью различных организаций здравоохранения, объединенных общими целями и задачами.

Санитарно-эпидемиологическая служба по своим целям и задачам считалась ведущей в системе здравоохранения, а в некоторых случаях и контролирующей лечебно-профилактические учреждения. Основная функция санитарно-эпидемиологической службы – контроль и совершенствование санитарно-эпидемиологического состояния городов и населенных пунктов страны, проведение профилактических прививок населению, осуществление противоэпидемических мероприятий при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

В 1956 г. численность санитарно-эпидемиологических станций в СССР увеличилась по сравнению с 1941 г. в 2,8 раза, санитарных врачей – в 2,5 раза, врачей-эпидемиологов – в 2,7 раза [1, с. 240].

Структура санитарно-эпидемиологической службы несколько видоизменилась: вышестоящей организацией здравоохранения являлось Министерство здравоохранения СССР. Главный государственный санитарный врач СССР контролировал работу областных, городских и районных санэпидстанций, кроме того, являлся заместителем министра. Санитарно-эпидемиологическое управление подчинялось инструкциям Министерства здравоохранения и главного санитарного врача. На местах функционировали областные и районные отделы здравоохранения, которым непосредственно подчинялись соответствующие органы санитарно-эпидемиологического надзора. В составе санитарно-эпидемиологических станций

объединялись противомаларийные, противобруцеллезные, бактериологические, вирусологические и другие лаборатории и санитарные подразделения, ранее существовавшие самостоятельно.

На Южном Урале структура облсанэпидстанции в 1952 г. выглядела следующим образом: административно-управленческий аппарат, санитарно-эпидемиологический, бактериологический, коревой, антирабический, транспортный, дезинфекционный отделы, а также лаборатория и пищевое отделение. В 1953 г. при санитарно-противоэпидемиологических отделах городов Южного Урала открыли два объединения: санитарное и противоэпидемиологическое. Вскоре дополнительно образовались ещё два таких отдела: паразитологический с эпидемиологическим, гельминтологическим, энтомологическим филиалами, а также система организационно-предупредительного саннадзора. Таким образом, изменение структуры санитарно-эпидемиологической службы позволило повысить эффективность противоэпидемических мероприятий, а уровень инфекционных заболеваний снизить до минимума.

Деятельность врачей послевоенного десятилетия в этом направлении делилась на два периода. Первоначально (первый период – 1953–1959 гг.) санитарно-эпидемиологическая работа носила «авральный» характер: при возникновении любых вспышек эпидемий все силы и средства направлялись на их ликвидацию [2, с. 91]. С эпидемиями по-прежнему боролись старыми традиционными способами с обязательной госпитализацией больных либо в стационаре, либо длительной изоляцией на дому. Самым распространенным был санитарный и жилищный надзор. Активно обследовались промышленные предприятия городов, места заключения, общественные столовые, базары, предприятия пищевого производства. Огромное значение отводилось медицинскому просвещению городского и сельского населения: закупались книги и журналы медико-санитарной тематики, распространялись листовки и брошюры по предупреждению инфекционных заболеваний, публиковались статьи в газетах, проводились беседы врачей по гигиене. Все эти мероприятия осуществлялись не в полном объеме.

Второй период (1959–1964 гг.) характеризовался разработкой более четких программ по противоэпидемическому делу. Повсюду открывались туберкулезные, венерологические, трахоматозные диспансеры, активизировалась работа по антивирусной вакцинации, усиливалась просветительская деятельность медиков. В медицинскую практику вошли передвижные медицинские отряды, в задачи которых входила не

только ликвидация отдельных вспышек эпидемий, но и профилактическая и просветительская функции.

Тем не менее многие вопросы оставались нерешенными и далеко не все районы страны казались благополучными в противоэпидемическом отношении. К регионам, где вопросы борьбы за улучшение санитарно-противоэпидемического положения населения проводились вне связи с лечебными и санитарно-противоэпидемическими мероприятиями, относились Курганская, Челябинская, Чкаловская области. Например, в Курганской области на 1 января 1954 г. числилось 38 санэпидстанций, из которых 13 сельских не имели собственных помещений [3, л. 41]. Необходимое лабораторное оборудование имели лишь 28 санэпидстанций, из них в трёх обнаружился недокомплект оборудования [4, л. 13]. Челябинская область имела 16 санэпидстанций, из которых 9 станций обеспечивались всем необходимым оборудованием [5, л. 4].

Чкаловская санитарно-эпидемиологическая станция много внимания уделяла районам освоения целинных и залежных земель. Например, в 1954 г. 12 врачей областной санэпидстанции (С.И. Шкарлат, П.Н. Брикун, А.А. Тряпицина, Е.Г. Целуйкин, Р.В. Ковалев, О.К. Науменко, Г.В. Бердникова) посетили районы освоения целинных и залежных земель, где осуществили практическую помощь в проведении комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, обследования условий труда [6, л. 12]. Врачи приняли активное участие в выборе площадок по строительству новых совхозов, обследовании источников водоснабжения, вели контроль за питанием механизаторов, что, несомненно, способствовало укреплению здоровья сельскохозяйственных рабочих на целинных землях, а также облегчало задачу по выполнению ими программы освоения залежных земель. Немаловажным моментом стала организация передвижного дезинфекционного отряда. Таким образом, инфекционная заболеваемость в районах освоения целинных и залежных земель, несмотря на значительный приток людей, не увеличилась, а по ряду показателей, наоборот, снизилась.

Не менее важной проблемой являлись предупреждение и профилактика инфекционных заболеваний. Примечательной особенностью стало внедрение живой вакцины против полиомиелита, коклюша, дифтерии и столбняка. По сравнению с 1959 г. заболеваемость дифтерией по Курганской области снизилась на 38%, Чкаловской – на 29,2%, Челябинской – на 36,6%; полиомиелитом: по Курганской области – на 39,4%, Чкаловской – на 42%, Челябинской – на 52,3% [7, с. 10]. В целом анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений городов Южного Урала по вопросам ликвидации и снижению инфекционной заболеваемости показал, что руководители облздравотделов и райздравотделов не ориентировались в эпидемической конъюнктуре заболеваемости, неверно строили организацию противоэпидемического дела.

Кроме того, на Южном Урале отмечалась низкая материальная база санитарно-эпидемиологической

службы. Так, в Кургане и Чкалове бактериологические лаборатории зачастую объединялись с клиническими, что, несомненно, влияло на уровень требований, предъявляемых противоэпидемической службе. Бактериологические лаборатории часто размещались в маленьких, непригодных помещениях, а главные врачи мирились с таким положением и не ставили перед вышестоящим руководством вопросы размещения специалистов в отдельных кабинетах.

По Челябинску зарегистрировали 69 чел., больных брюшным тифом, среди больных дизентерией были выявлены дети до двух лет (81%) [8, л. 2]. Наблюдаемые вспышки дизентерии руководство облздравотдела связывало прежде всего с употреблением бактериально загрязненных, главным образом молочных, продуктов. Летом 1959 г. вспышки дизентерии пищевого характера имели место в детских учреждениях Челябинска. Так, за пять месяцев 1960 г. заболеваемость по всей сумме острых кишечных инфекций достигла высокого уровня и находилась на отметке 18 тыс. случаев [9, с. 64]. Заболеваемость среди детей по некоторым ноозологическим единицам существенно снизилась (по дифтерии на 7%, скарлатине – 47%, коклюше – 10,2%) [10, л. 11]. План вакцинации за вторую половину 1958 г. выполнили на 79%, ревакцинации – на 35% [11, с. 32]. В городе Чкалове в 1954 г. зафиксировано 25 случаев дизентерии [12, л. 5]. Наблюдался низкий уровень диагностики, не соответствующий номенклатуре той или иной болезни. Заболеваемость сыпным тифом была обнаружена в 9 районах Курганской области (108 чел.) [13, л. 27]. Острыми кишечными инфекциями переболело 133 чел. [14, л. 16].

Серьезной проблемой оставался бруцеллез. Практически все районы Курганской и Челябинской областей оставались пораженными этим заболеванием. Челябинская область занимала первое место в СССР по заболеваемости бруцеллезом. Основная причина заключалась в значительном распространении инфекций среди поголовья овец и отсутствием мер, принимаемых сельскохозяйственными органами и ветеринарными службами. Одиннадцать районов Кургана боролись с распространением крупных очагов бруцеллеза овец [15, л. 14]. Причины заражения заключались в отсутствии иммунитета к этому заболеванию среди населения. Главные источники заражения сыпным тифом, бруцеллезом, дизентерией, полиомиелитом, коклюшем – поздняя обращаемость, отсутствие провизорной госпитализации, некачественная диагностика заболевания, некачественная питьевая вода, недостаточный охват диспансерным наблюдением, а также халатность врачей к последствиям этих заболеваний.

Борьба с загрязнением окружающей среды городов Южного Урала также считалась одной из первоочередных задач. В Челябинске изучалось санитарно-гигиеническое состояние саткинского магнетитов, началась научно-практическая работа по исследованию магнетитовой пыли и ее влиянию на организм человека. Пробы с последующими анализами дали полное представление о свойствах пыли, специалисты выявили, что вредным действующим началом являлся каустический

магnezит, выделяющийся в виде дисперсной пыли. Помимо этого, отрицательным моментом считалось внедрение радиоактивных изотопов. Специалисты в области эпидемиологии разрабатывали и активно изучали метод дисперсности пыли и дозиметрию. Этот способ позволял в кратчайшие сроки решить проблему очистки атмосферного воздуха. Руководство облздравотделов поставило вопрос о том, чтобы ни один случай получения, транспортировки, хранения и применения радиоактивных изотопов не проходил без разрешения органов санитарного надзора.

Санитарно-гигиеническое состояние городов Южного Урала также характеризовалось как неблагополучное. Население городов пользовалось некачественной питьевой водой, что влекло высокую заболеваемость брюшным тифом и острыми кишечными заболеваниями. Очистка населенных пунктов от вредных загрязнений осуществлялась нерегулярно и беспорядочно. Специальных мест для свалок не отводилось. Свалки не благоустраивались, не было специальных мест для подъезжающего транспорта. Сточные воды общественных бань поступали в «поглощающие» колодцы и частично загрязняли почву. Все имеющиеся в городах скважины использовались исключительно для водоснабжения ферм и водопоя скота. В городах и сёлах Южного Урала отсутствовали качественные водопроводы, в некоторых районах их практически не было.

В антисанитарном состоянии находились многие пищевые предприятия, предприятия общественного питания и торговли. На хлебокомбинатах Челябинска, Чкалова и Кургана допускалось попадание посторонних предметов в хлебобулочные изделия. На территориях центральных рынков не соблюдалась чистота, не производилась систематическая уборка, спецодежда не простирывалась. Городские предприятия общественного питания готовили обеды без соответствующей гигиены и сервировки стола.

Для улучшения санитарного состояния городов планировалось провести следующие мероприятия: привести все общественные колодцы в порядок и

регулярно следить за их санитарным состоянием, привлечь общественность для контроля за систематической очисткой и водоснабжением населенных мест, соорудить специальные свалочные места согласно санитарным правилам, построить сельские водопроводы для населенных пунктов, где таковые отсутствовали, а также очистные сооружения для сточных вод общественных бань и промышленных предприятий.

Санэпидстанциям Южного Урала удалось реализовать запланированные мероприятия: осуществили проверку водоснабжения, построили водопроводы в сельской местности, очистили от вредных примесей стоки населенных пунктов и колодцы, организовали специальные места для свалок, а также установили строгий санитарный надзор за пищевыми объектами.

Данные противоэпидемические мероприятия способствовали кардинальному изменению санитарно-эпидемиологической ситуации на Южном Урале. Модернизировалась структура санитарно-эпидемиологической службы, усилился контроль за городскими и областными санитарно-эпидемиологическими станциями. Бесспорным фактом стало применение живой вакцины против полиомиелита, коклюша, дифтерии и столбняка. В связи с этим многие инфекционные заболевания стали встречаться гораздо реже, а в ряде случаев вообще сводились к минимуму. Специалистам в области эпидемиологии удалось разработать и изучить уникальный метод дисперсности пыли, позволивший в кратчайшие сроки очистить промышленные города Южного Урала от губительных для организма человека последствий загрязнения окружающей среды. Кроме того, удалось реализовать многие не решенные ранее проблемы: ввести в эксплуатацию качественные водопроводы не только в городах, но и в сельской местности, благоустроить свалочные места, заметно улучшить качество питьевой воды, построить очистные сооружения для сточных вод бань и промышленных предприятий, а также снизить инфекционную заболеваемость среди населения Южноуральского региона.

### Библиографический список

1. Охрана здоровья в СССР : стат. сб. – М., 1990.
2. Богоявленский, Н.А. Организация советского здравоохранения / Н.А. Богоявленский. – М., 1960.
3. Государственный архив общественно-политической документации Курганской области (ГАОПДКО). – Ф. 166. – Оп. 11. – Д. 229.
4. Государственный архив Курганской области (ГАКО). – Ф. 1232. – Оп. 1. – Д. 454.
5. Объединенный государственный архив Челябинской области (ОГАЧО). – Ф. 2176. – Оп. 1. – Д. 2.
6. Государственный архив Оренбургской области (ГАОО). – Ф. Р-980. – Оп. 1. – Д. 141.
7. Соколов, Д.К. Становление и дальнейшее развитие здравоохранения на Южном Урале / Д.К. Соколов. – Челябинск, 1960.
8. ОГАЧО. – Ф. 2000. – Оп. 1. – Д. 20.
9. Алексеева, Р.С. Пятилетка здоровья / Р.С. Алексеева. – Челябинск, 1972.
10. ОГАЧО. – Ф. 288. – Оп. 24. – Д. 172.
11. Алексеева, Р.С. Здравоохранение Челябинской области в семилетке / Р.С. Алексеева. – Челябинск, 1960.
12. Центр документации новейшей истории Оренбургской области (ЦДНННО). – Ф. 4600. – Оп. 1. – Д. 8.
13. ГАОПДКО. – Ф. 62. – Оп. 45. – Д. 31.
14. ЦДНННО. – Ф. 371. – Оп. 17. – Д. 1132.
15. ГАОПДКО. – Ф. 10. – Оп. 71. – Д. 38.