

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПЕРВЫЕ ПОСЛЕВОЕННЫЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

О.В.Степанова

Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (далее СОКК и КП) представлял собой в советский период добровольную общественную организацию оборонного типа, насчитывающую в своих рядах миллионы советских граждан. СОКК и КП, как и его дореволюционный предшественник, Российское общество Красного Креста, был ориентирован на оказание медицинской помощи армии и населению в условиях войн, голода, стихийных бедствий, на массовое обучение населения навыкам ухода за ранеными и больными («санитарное образование»). Таким образом, специфические задачи массового оборонного общества имели медицинскую направленность: общество Красного Креста помогало органам советского здравоохранения в борьбе с эпидемиями, в массовой подготовке медицинских кадров, в развитии донорского движения, проводило мероприятия по улучшению условий труда, организовывало санитарный актив на широкую санитарно-просветительную работу. Средствами, используемыми Обществом в санитарно-просветительской работе, были: просвещение и пропаганда; обучение в школах медсестёр Красного Креста; работа в добровольческих санформированиях. Кружки ГСО («Готов к санитарной обороне») и БГСО («Будь готов к санитарной обороне») со специально разработанной программой обучения при этом были по уровню выше, чем просто кружки военно-медицинских знаний.

Первая ячейка Российского общества Красного Креста появилась на Алтае ещё в конце XIX века. Особый размах и развитие «краснокрестное» движение на Алтае получило уже в XX веке, оказывая помощь армии и населению в гражданской и мировых войнах. Особым периодом в истории Алтайской краевой организации общества Красного Креста стали 1945-1965 гг., когда шло восстановление экономики страны и налаживание мирной жизни в тяжёлых условиях послевоенной разрухи. Чем дальше отодвигалась война, тем отчётливее в сознании людей зрело понимание того, что вместе с ней должны уйти в прошлое вызванные экстре-

мальной военной обстановкой бытовые лишения и напряжённость труда. Произошла известная переоценка ценностей, в том числе стимулов и факторов подъёма общественной активности. Происходил переход к мирной жизни, переориентация к нуждам гражданского населения и проблемам гражданского здравоохранения и в советском Красном Кресте.

С инфекционной заболеваемостью в Алтайском крае в послевоенный период дело обстояло крайне неблагоприятно. Инфекционные заболевания и т.н. «социальные болезни» находили благодатную почву в условиях послевоенной разрухи и становились реальной угрозой для жизни проживающих в бараках, общежитиях и «коммуналках». В 1955 г. в крае на ликвидацию эпидемического состояния, иначе говоря, на организацию временных стационаров по эпидемической заболеваемости местными властями было затрачено такая сумма, за счёт которой можно было бы построить четыре районные больницы [1]. Высок был уровень бытового и производственного травматизма. Санитарное состояние населённых пунктов края было неудовлетворительное. Исключительная запущенность населённых пунктов в санитарном отношении усугубляла эпидемиологическую обстановку в крае (проблемы водоснабжения, санитарной очистки, озеленения и др.). Насущные бытовые вопросы в послевоенные годы долго не решались. Виной тому были и ограниченные средства, отводимые государством на эти мероприятия, и невысокий уровень санитарной культуры основной массы советского населения.

Ввиду опасности возникновения эпидемий инфекционных болезней, было значительно усилено внимание к проведению лечебными учреждениями санитарно-профилактических и лечебных мероприятий, оздоровлению условий труда и быта населения, пропаганде медицинских и гигиенических знаний. Перед местными властями стояла задача определить те меры, которые нужно было провести для того, чтобы не допустить дальнейшего роста инфекционной заболе-

ваемости. Был издан ряд распоряжений на центральном и местном уровнях по организации санитарно-профилактической работы в крае. Первейшей обязанностью медицинских работников независимо от их специальности и места работы стала организация населения на борьбу за здоровый быт и повышение гигиенических знаний у населения. Например, в 1953 г. вышел совместный приказ отдела здравоохранения и управления культуры Алтайского крайисполкома № 471/62 «Об усилении лекционной работы по пропаганде медицинских знаний среди населения края», в соответствии с которым было создано 37 лекторских групп [2]. Но выполнение важнейших задач в области здравоохранения было невозможным без широкого участия самого населения в санитарно-профилактической работе, в распространении санитарной культуры на производстве и в быту. Пригодилась та массовость и, которая была характерна для движения Красного Креста. «Краснокрестная» работа была формой мобилизации советской общественности на борьбу за санитарно-гигиеническое просвещение.

Приоритетным направлением общества Красного Креста в данный период стала помощь органам здравоохранения в проведении профилактических и санитарно-оздоровительных мероприятий.

В первые послевоенные десятилетия Алтайский краевой отдел здравоохранения крайисполкома и краевая организация Красного Креста нашли новые, достаточно эффективные формы совместной работы, позволившие значительно улучшить состояние охраны здоровья населения в крае. Заведующая Алтайским крайздравотделом Бурдакова отмечала в одном из своих выступлений перед активом, что главная и основная задача общества Красного Креста – оказывать повседневную практическую помощь, с созданием широкого общественного актива среди населения, органам здравоохранения [3].

Но новые приоритеты в работе общества определялись постепенно. После Великой Отечественной войны работа общества Красного Креста в Алтайском крае даже несколько ослабла, формализовалась. В недостатках организации краевого общества Красного Креста, повинно было и отсутствие помощи от центральных органов в решении организационных вопросов, методического руководства. Проявились кризисные явления в руководстве Алтайской организацией СОКК и КП. Крайком не справлялся с большим объёмом работы. Требовалось укрепление шта-

тов квалифицированными, грамотными людьми, желательно с медицинским образованием, которые могли бы осуществлять организационно-методическое руководство периферией. В этот период произошло сокращение освобожденных председателей райкомов Красного Креста, а на общественных началах многие руководители аппаратов райкомов работать не умели. В целом по краю в начале 1950-х г. санитарно-оздоровительная работа общества Красного Креста проводилась слабо. Показатели подготовки населения по программам ГСО и БГСО снижались. Например, по отчётным данным Алтайского крайкома Общества, если в 1948 г. было подготовлено 72500 человек, то в 1953 г. – 15345 человек. Если в 1948 г. числилось 72 сандружины и 1926 санпостов, то в 1953 г. имелось по краю 12 сандружин и 983 санпоста [4].

Не было тесного взаимодействия органов здравоохранения и первичных организаций общества. Отсутствовал контроль за качественным содержанием «краснокрестной» санитарно-профилактической пропаганды со стороны медицинских работников.

В свою очередь, органы здравоохранения в крае и медицинские работники не сразу оценили значение «краснокрестной» работы в повышении санитарной грамотности населения, мало опирались на санитарный актив в своей лечебно-профилактической работе. Министерства здравоохранения СССР и РСФСР, партийные и советские органы, крайздравотдел, крайком общества Красного Креста в начале 1950-х годов давали неоднократные указания на периферию о том, чтобы заведующие районными и городскими отделами здравоохранения, главные врачи районных больниц, санитарные врачи отвечали за организацию работы обществ Красного Креста в районах, чтобы медработники проводили подготовку населения по программам ГСО и БГСО, проводили тренировочные учения с санитарными постами, вели подготовку санитарных дружин в районах и городах. Но рай/гор/здравотделы часто уклонялись от этой работы [5].

Пассивное и пренебрежительное отношение к участию в мероприятиях Красного Креста – результат отнюдь не только «косности» медработников, но и элементарной нехватки времени. Врачи, перегруженные на основной работе, работающие по 1,5 – 2 ставки, с неохотой отвлекались на проведение лекций, бесед, преподавание в кружках. В принципе, «краснокрестная» работа до середины 1950-х гг. официально в нагрузку

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПЕРВЫЕ ПОСЛЕВОЕННЫЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

врача не учитывалась и соответственно полностью не вознаграждалась [6]. Но особенности сложившейся системы работы в СОКК и КП были таковы, что базой деятельности санитарного актива общества являлись, прежде всего, медицинские учреждения. Без участия медработников было невозможно создание районной или первичной организаций, наполнение содержанием их работы, в том числе и обучение санитарных формирований.

Осознание важности совместной работы в решении проблем охраны здоровья населения привело к активизации работы общества в крае к середине 1950-х гг.

В 1952-1953 г. в результате перевыборов и создания новых районных и первичных организаций на должности председателей райкомов общества Красного Креста в крае пришло много людей с медицинским высшим и средним образованием – в 1953 г. таких председателей райкомов было 43 человека (из них врачей – 29, средних медработников – 14) [7]. Также медработников больше появляется среди активистов Красного Креста, председателей первичных организаций [8].

Взаимодействие с органами здравоохранения становится более тесным. В 1954 – 1955 гг. выходят приказы Министра здравоохранения СССР «О совместной работе органов здравоохранения с организациями общества Красного Креста» и «О мероприятиях по улучшению пропаганды медицинских и гигиенических знаний среди населения» [9]. Министр здравоохранения РСФСР, выступая на 3-м Всероссийском съезде общества Красного Креста РСФСР 1956 года указал, что всю деятельность общества надо подчинить задачам, над которыми работают органы здравоохранения [10].

В основу всей санитарно-просветительной работы медико-санитарной сети края в этот период был положен приказ по отделу здравоохранения Алтайского крайисполкома №105 от 26 февраля 1955 г., согласно которому санитарное просвещение стало обязательной работой всех учреждений и органов здравоохранения [11]. В ноябре 1956 г. выходит общее постановление президиума Алтайского крайкома СОКК и КП и Медицинского совета краевого отдела здравоохранения за № 8/14 «О совместной работе органов здравоохранения и общества Красного Креста» [12].

С середины 1950-х годов в стране развёртывается целая серия общесоюзных кампаний, направленных на активизацию «народной инициативы», массового движения

за чистоту, за повышение санитарной культуры, бытовое обустройство, населённых пунктов, озеленение, оздоровление условий труда и быта и др. Повсеместно проводятся месячники санитарного просвещения с чтением лекций, демонстрациями кинофильмов, раздачей листовок и памяток и др. [13]. Освоению «передового опыта» по улучшению санитарно-профилактической работы и включению края в компанию по благоустройству населённых мест способствовало решение Алтайского крайисполкома от 27 февраля 1956 г. за №111 [14]. В 1956 г. в крае по официальным данным в проведении санитарной очистки участвовало 1500 общественных санитарных уполномоченных. В выполнение приказа № 111 были привлечены все службы и ведомства [15].

В 1956 г. был создан 1-й слёт медицинских работников и санитарного актива общества Красного Креста, в котором приняли участие 595 делегатов [16]. Заведующая крайздравотделом Бурдакова в своём докладе «Задачи общественного санитарного актива в борьбе за улучшение благоустройства и санитарной культуры городов и сёл Алтайского края» говорила о том, что слаженная работа медицинских работников с активом Красного Креста позволила в ряде населённых мест края снизить инфекционную заболеваемость, сельскохозяйственный травматизм, повысить санитарную культуру села. Санитарные активисты производили «оздоровление» очагов туберкулёза и трахомы, помогали брать на учёт длительно болеющих, устанавливали наблюдение за ними. Вместе с дезинфекторами и санитарными фельдшерами, санитарные уполномоченные обходили очаги инфекционной заболеваемости, проводили их обработку и обеззараживание [17]. С учётом того, что в тот период в сельской местности края на одно большое поселение или на несколько малых приходилось по одному медработнику, он в одиночку, без помощи санитарного актива, действительно не мог качественно и регулярно производить подворные обходы.

Хорошо была поставлена совместная работа медработников и актива в 1956 г. в Шипуновском, Зональном, Тюменцевском районах края. Большая санитарно-просветительная работа была проведена в Ключевском районе (председатель райкома И.О. Дымочка, зав.райздравотделом О.И. Колковская) [18].

Инициатива медицинских работников и санитарных активистов Ключевского района,

которые взяли на себя ряд конкретных обязательств по усилению деятельности общества Красного Креста и развернули «народное движение» по благоустройству района, имело большой резонанс в крае. Здесь было вовлечено по официальным данным в общество 54% населения района, все учащиеся подготовлены по программам ГСО и БГСО, во всех колхозах, совхозах, МТС, школах, учреждениях созданы первичные организации. В районе было подготовлено 152 санитарных поста, в том числе 131 на полевых станах и тракторных бригадах. Создавались санпосты и среди неорганизованного населения: на каждые 5-10 дворов имелся санитарный уполномоченный, который проводил среди населения разъяснительную работу. Задачами так называемых «сануполномоченных по десятидворкам» были: наведение санитарного порядка на территории домохозяйств, у источников общего водопользования, оперативное выявление очагов инфекционной заболеваемости.

Только в одном райцентре (с. Ключи) в 1956 г. было высажено 13 600 деревьев, всего по селам района – 33600 деревьев. Произведена санитарная очистка населённых пунктов.

Для оказания практической помощи и усиления эффекта «передового опыта» в Ключевский район выезжала специально созданная комиссия, куда вошли представители крайздраотдела, крайкома СОКК и КП, работники краевой санэпидемстанции. 29 мая 1957 г. на совместном заседании Медицинского совета Алтайского крайздраотдела и президиума крайкома Общества обсуждались результаты совместной работы органов здравоохранения и «краснокрестного» актива Ключевского района [19]. Уже 1958 г. в крае развернулась пропагандистская кампания, направленная на благоустройство и поднятие санитарной культуры на селе. Популяризация опыта проходила по всему краю: высаживались деревья и кустарники, благоустраивались источники водоснабжения, приводились в санитарный порядок полевые станы, на них оборудовались бани, колодцы, санитарные узлы. Только по Смоленскому району за год было высажено более 40 тысяч деревьев [20].

В 1957 г. уже решением Алтайского крайисполкома № 161 «Об инициативе медицинских работников и активистов общества Красного Креста Ключевского района» движение за улучшение санитарного состояния, благоустройство и повышение санитарной

культуры населения было одобрено и рекомендовано для распространения по краю [21]. Совместно с краевым Домом санитарного просвещения были изданы брошюры: «Ценная инициатива ключевцев», «Благоустроенный двор – залог здоровья», «Охрана здоровья детей – всенародное дело», «Краснокрестный актив – пропагандист санитарно-оздоровительных мероприятий» [22].

Распространённой формой популяризации новых форм санпросветработы, особенно в сельской местности, были краевые и районные «конференции по обмену опытом совместной работы органов здравоохранения и организаций общества Красного Креста», а также «месячники Красного Креста» [23]. Первый месячник проходил в крае с 10 февраля по 10 марта 1956 г. Первое место по итогам месячника занял Ключевский район. Организации Красного Креста и здравоохранения района за высокие показатели в работе по наведению санитарного порядка и повышению санитарной грамотности населения были удостоены первой премии – полного комплекта оборудования 15-коечной больницы на сумму 80 тыс. руб. [24]. Вторую премию получил Шипуновский район – полный комплект оборудования амбулатории на сумму 40 тыс. руб., третьей премией были удостоены Зональный, Тюменцевский районы. Все эти районы получили по одному санитарному автобусу [25].

Ряд районов был премирован комплектами медицинского оборудования. Медицинскими библиотеками были премированы первичные организации медсанчастей промышленных предприятий (АТЗ, БСЗ и др.) [26].

В Кытмановском районе месячник Красного Креста в 1956 г. прошёл под знаком борьбы с трахомой – одним из самых распространённых в тот период инфекционных глазных заболеваний. В районе был сформирован отряд по борьбе с трахомой из санитарных активистов во главе с врачом – районным окулистом Григорьевой. Отряд был обеспечен необходимым оборудованием и материалами. Им был произведён осмотр населения с целью выявления и последующего лечения больных трахомой, наводился в семье выявленного больного санитарно-гигиенический порядок (проверка наличия умывальников, отдельного полотенца, каждому члену семьи и др.) [27].

Ещё одной формой работы было проведение с 1959 г. «Дней здоровья» в Алтайском крае с целью оздоровления условий труда и быта трудящихся. За основы был принят

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПЕРВЫЕ ПОСЛЕВОЕННЫЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

опыт проведения подобных мероприятий в Тульской области, а в качестве образца – опыт Пospelихинского района края. День здоровья отмечался 11 июля – в день подписания Декрета о создании комиссариата здравоохранения [28].

Охват населения санитарным просвещением в первые послевоенные десятилетия был недостаточным, требовалось значительное расширение рамок санитарной пропаганды и просвещения в крае. Опросы населения в конце 1950-х гг., проведенные отделом здравоохранения, показали крайне низкую (до 90%) санитарную грамотность населения. Опрос доярок в колхозах Ленковского сельсовета, показал, что они не знают о мерах предупреждения общих и инфекционных заболеваний, не прослушали санминимума, не инструктированы, как следить за руками, не знают ничего о гигиене молока и профилактике бруцеллеза [29]. Осмотры детей в школах края показывали, что среди них много хронически больных тонзиллитами, кариесом и др. Опросы детей в школах Родинского, Благовещенского, Каменского районов показали, что дети не знали основ предупреждения наиболее часто встречающихся инфекций, глистных заболеваний и др. [30]. Данные опросы населения показали в итоге неэффективность старых форм санпросветработы, формальный подход к санитарной пропаганде со стороны медработников. В 1959 г. по вопросам инфекционной заболеваемости и плохой организации санитарного просвещения на заседаниях краевого Эпидемиологического совета было заслушано 16 районов, в результате сделано несколько замечаний и предложений по улучшению санпросветработы в районах (организация комнат матерей, олимпиад здоровья в школах, улучшение работы с активом Красного Креста и в кружках по санминимуму) [31].

На совместном совещании 1959 г. крайкома Красного Креста, Медицинского и Санитарно-эпидемиологического советов крайздраотдела было принято решение, что руководители лечебных учреждений и санэпидслужбы должны возглавить санпросветработу и считать обучение населения своей обязанностью. Также было рекомендовано создание в районах и городах края Советов санитарного просвещения. При всех лечебных учреждениях должны были быть выбраны на общественных началах организаторы санитарно-просветительной работы [32].

В 1959 г. 9 мая вышел очередной приказ крайздраотдела № 167, направленный на

улучшение санитарно-просветительной работы и мерах по поднятию санитарной грамотности населения [33]. Руководство крайкомом здравоохранением, крайкомом общества Красного Креста увеличило направляемую в районы медицинскую просветительную литературу, в том числе изданную крайкомом санитарного просвещения. В 1959 г. количество направляемой в районы литературы увеличилось по сравнению с серединой 1950-х годов в 3 раза [34]. Активно в подготовке материалов для издания Домом санитарного просвещения участвовали краевой кожно-венерологический диспансер, эпидемиологический отдел краевой санэпидстанции. Издавались материалы по обращению к населению «сделать наши города и села садами», по советам больным, памятки для учащихся, памятки для санитарных активистов по предупреждению сельскохозяйственного травматизма и другим вопросам [35].

Основная тематика санитарно-просветительной работы в эти годы, согласно данным крайздраотдела, распределялась следующим образом:

- противоэпидемические вопросы – 60% (в основном за счёт бесед в очагах и работы среди населения в момент эпидемического заболевания);
- терапевтические вопросы – 10%;
- кожно-венерологические – 5%;
- гигиенические вопросы – 7%;
- вопросы детства – 2%;
- гинекологические темы – 3% [36].

Крайне незначительный процент в тематике приходится на противораковую, антирелигиозную, противоалкогольную пропаганду, предупреждение детского травматизма, зубных болезней и сельскохозяйственного травматизма [37]. Известные в крае врачи и научные работники широко привлекались к лекторской работе. Заслуженной любовью у населения пользовались врачи-лекторы: Кукис А.И., Ермакова Н.И., Зеров К.И., Бенедиктова К.И., Субботин П.П., Юдина Г.И. (г. Рубцовск) [38]. Несмотря на свою загруженность в работе, они находили время для проведения лекций, бесед, выступлений на радио, в печати. Инициативными врачами были организованы школы для беременных и матерей при роддоме № 2 г. Барнаула (гл. врач Гарт Ф.И.), при медсанчасти АТЗ г. Рубцовска (врач Сумина К.В.) [39]. В Пospelихинском районе (главный врач Муль А.А.) проводились дни здоровья, в Рубцовске – школьные олимпиады по вопросам охраны здоровья [40].

С сентября 1959 г. в газете «Алтайская правда» был введён раздел «Уголок здоровья», где каждую неделю давались материалы на медико-санитарные темы. Широко использовали районные газеты в Топчихинском, Чарышском, Тюменцевском, Троицком, Благовещенском, Ключевском, Поспелихинском, Быстро-Истокском районах. В Алейском, Грязнухинском, Локтевском, Троицком, Чарышском, Марушинском, Смоленском районах использовалось радиовещание [41].

Успехи санитарного просвещения во многом зависели от активности медработников и райкомов общества Красного Креста как организаторов борьбы за высокую санитарную культуру. Обычно «краснокрестная» работа начиналась в этот период с того, что за медработником закреплялся определённый объект – предприятие, учреждение, где он проводил разъяснительную работу. Далее создавался инициативный участковый комитет. В 1958 г. вышло совместное постановление крайкома Красного Креста, Медицинского совета крайздраотдела и край ОНО «О мерах по развёртыванию краснокрестной работы в Алтайском крае в 1958 г.», утвердившее инструкцию «Временные положения об участковых комитетах» [42]. В состав участковых комитетов избирались представители здравоохранения, народного образования, советских и партийных органов, руководители крупных учреждений, санитарные активисты. Председателями чаще всего являлись медицинские работники – заведующие врачебными участками, фельдшера. Медработники и активисты на местах в передовых районах выходили с предложениями в советские и партийные органы, и, используя их помощь и поддержку, добивались выполнения поставленных задач. Пленумы районных организаций Красного Креста приурочивались к совещаниям медработников, советских и партийных органов.

Участковыми комитетами разрабатывались планы санитарно-гигиенических мероприятий, которые включались в планы различных учреждений (хозяйственных, лечебных, советских и партийных структур). В поселковых советах проводились специальные сессии с привлечением к подготовке и участию в них «краснокрестного» актива по вопросам улучшения санитарно-эпидемиологического состояния населённых пунктов и развитию «краснокрестной» работы. Решения сессий изучались среди населения на избирательных участках, сельских сходах. Комиссии, руководствуясь решения-

ми сессии, контролировали и добивались их выполнения. Таким образом, к выполнению решения сессий подключалось всё население. Партийными организациями районов, исполкомами местных советов лечебно-профилактическая работа и работа с общественностью включалась в общий комплекс работ, направленных на улучшение условий труда и быта населения. Это обеспечивало определённую действенную помощь партийно-советских органов и хозяйственных структур [43]. Санитарно-гигиенические мероприятия включались и в социалистические обязательства совхозов в качестве разделов «Санитарно-профилактические мероприятия» [44]. Примером достижения определённых успехов органами здравоохранения и актива Красного Креста при планировании санитарно-оздоровительных мероприятий совместно с хозяйственными структурами явился опыт Смоленского района (вторая половина 1950-начала 1960-х гг.) [45].

Санитарное просвещение, являясь неотъемлемым звеном профилактической советской медицины, должно было сыграть одну из решающих ролей в борьбе со многими заболеваниями: трахомой, туберкулёзом, малярией и др. В крае использовалась в данный период такая форма совместной работы органов здравоохранения и общества Красного Креста как профилированный санитарный актив под руководством медицинских работников. Этот актив выделялся для проведения отдельных санитарно-оздоровительных мероприятий, в зависимости от санитарно-эпидемического состояния района или города. Актив прикреплялся к соответствующим лечебно-профилактическим учреждениям (туберкулёзным и онкологическим диспансерам, поликлиникам, санэпидемстанциям и т.д.). Подготовка проводилась по специальной программе. В 1956-1958 гг. в крае было подготовлено 5000 человек профилированного актива [46].

Учитывая огромную роль общественности в вопросах охраны материнства и детства, Медицинский совет и президиум крайкома общества Красного Креста в своём совместном постановлении «О мерах по широкому привлечению актива общества Красного Креста к борьбе за охрану здоровья детей» в 1958 году наметил мероприятия, направленные для осуществления этой цели [47]. Смысл этих мероприятий заключался в создании, обучении профилированного актива и подключения его ко всем этапам охраны материнства и детства. Во многих районах и

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПЕРВЫЕ ПОСЛЕВОЕННЫЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

городах края эта работа широко развернулась. Примером может служить Белокурихинский участковый комитет Смоленского района. Здесь после обучения в кружке «Школы материнства» активисты следили за проведением прививок детям, проводили беседы о значении профилактических прививок, о детских инфекционных заболеваниях и мерах их предупреждения. С помощью активистов проводилась разъяснительная работа по содействию ранней постановки женщин на учёт по беременности. По данным заведующего врачебным участком, а в 1955 г. без помощи общественности в целом по участку до 3-х месяцев беременности были взяты на учёт только 19% беременных женщин, то в 1958 г. с участием активистов – уже 80% [48].

В г. Барнауле в 1958 г. при 2-м детском объединении был создан специальный профилированный актив, насчитывающий 186 человек. Совет актива стал штабом по руководству всей общественно-оздоровительной работой в Октябрьском районе города – озеленение и благоустройство дворов и улиц, организация детских площадок и игр, культпоходы и работа детских кружков, санитарное обследование квартир, патронаж беременных, напоминание о своевременном проведении профилактических прививок, санитарно-просветительной работы и другие аспекты [49].

«Краснокрестные» организации оказывали существенную помощь в снижении производственного, бытового и детского травматизма. Например, в Андроновской МТС Тюменцевского района, по наблюдению врача Гроссмана, заведующего Тюменцевским райздравотделом, в 1956 г. благодаря проведённой работе по подготовке санитарного актива, на производственных местах произошло снижение травматизма от 15% до 40%, не произошло ни одной крупной травмы, а мелкие снизились в четыре раза [50]. Здесь регулярно проводились занятия по технике безопасности, по санитарному минимуму среди комбайнёров и трактористов с участием главных инженеров и медработников [51].

Задача активистов Красного Креста на промышленных предприятиях сводилась к борьбе за чистоту в цехе, борьбе с загазованностью, за наличие бытовых помещений, к борьбе за установление контроля за соблюдением техники безопасности как главного условия предупреждения производственного травматизма. Необходимо было выходить с требованиями к дирекции промышленных предприятий, к партийным и профсоюз-

ным органам. Хорошо справлялись с этим задачами санактивисты Станкостроительного завода г. Барнаула. Здесь к 1956 г. было организовано 9 санитарных постов, овладевших правилами оказания первой помощи пострадавшим и больным, производились беседы по санитарному минимуму. Санитарные активисты следили за санитарной культурой на заводе. Первичная организация Красного Креста Меланжевого комбината в 1955 г. насчитывала 2500 человек, 61 санитарный пост, которые за один только 1955 г. оказали помощи в 250 случаях. Большую помощь первичной организации комбината на момент становления оказал начальник медсанчасти А.А.Калашников [52]. Работа организаций на промышленных предприятиях способствовало, по данным крайздравотдела, определённому снижению заболеваемости среди рабочих дизентерией, гриппом, ангиной и др. [53].

Особое значение для повышения санитарной культуры населения имела «краснокрестная» работа в школах. Здесь было намного легче, в силу целого ряда обстоятельств, «привить» подрастающему поколению гигиенические навыки, организовать обучение санитарным и гигиеническим знаниям. Если в 1955 г. Алтайская краевая организация общества Красного Креста насчитывала 312 школьных первичных организаций (членов общества 20571 человек), то в первом квартале 1956 г. имелось 949 первичных организаций (членов общества в них 76176 человек) [54].

К одному из самых важных, но в то же время и отстающему направлению в совместной работе органов здравоохранения и Красного Креста в Алтайском крае относилось и развёртывание движения безвозмездного донорства и формирование кадров резервного донорства. Потребность в донорской крови в крае в 1950-е гг. резко возросла в связи с увеличением числа сложных операций. Если в начале 1950-х гг. краевая станция переливания крови выпускала и заготавливала до 23 литров крови в месяц, то в 1959 г. за один только день отпускалось крови лечебным заведениям Алтайского края не менее 20-25 литров [55].

Количество крови, заготавливаемой учреждениями по переливанию крови, возросло во много раз, однако не обеспечивало полностью потребности лечебно-профилактических учреждений, в связи с расширением показаний к применению переливания крови при многих заболеваниях, расширением производства препаратов крови, увеличением чис-

ла сложных операций на сердце и внутренние органы. В результате большинство лечебных учреждений края не получали достаточного количества консервированной крови, а некоторые не имели возможности применять её даже по жизненным показаниям. Особенно недостаточно снабжались кровью лечебно-профилактические учреждения сельской местности. Был издан приказ крайздравоотдела за № 179 от 11 апреля 1956 г. по развитию системы донорства. Выполнение приказа было возложено на краевого хирурга. Но во многих районах и городах края этот приказ не был даже своевременно доведён до сведения лечебно-профилактических учреждений [56].

Большое значение приобрело в данный период работа по вовлечению населения в ряды доноров: комплектование кадров доноров, пропагандирование акций безвозмездной дачи донорами крови, организация разъяснительной работы среди населения и доноров о значении донорства, создание резерва доноров. Особая роль отводилась обществу Красного Креста в деле пропаганды значения переливания крови и её препаратов в профилактике и лечебных целях, вовлечения членов Общества и населения в ряды доноров, проведения лекций и бесед. Использования для этого собрания членов Общества, санитарного актива, кружков, санитарных дружин, курсов медсестёр и др. [57]. В 1959 г. в г. Барнауле имелось резервных доноров 6 000 человек, активных доноров, т.е. тех, которые сдают кровь – 5500 человек и среди них имелось безвозмездных доноров – 1287 человек [58]. Более 300 доноров края к 1958 г. присвоено звание «почетный донор СССР». Край подошёл к такому уровню развития системы здравоохранения, когда большинство больниц в районах могли забирать кровь на месте [59]. В тех районах, где не проводилась работа по формированию резерва доноров, положение с обеспечением кровью лечебных учреждений оставалось по-прежнему тяжёлым. В данной ситуации кровь приходилось присылалась из Барнаула с помощью санитарной авиации [60]. При этом, по наблюдению краевой станции переливания крови, в районах были желающие сдать кровь. Но из-за отсутствия организационной работы, они ездили сдавать кровь в Барнаул. Таких доноров, которые сдавали кровь в Барнауле, а постоянно проживали в отдалённых районах в 1958 г. было 36 человек [61]. Одним из недостатков организации движения донорства было отсутствие связи между ор-

ганизациями Красного Креста и органами здравоохранения в этом вопросе. Организации Красного Креста составляли свои списки доноров, а в районной больнице хирург заводил свою картотеку донорства. Главврач краевой станции переливания крови на совместном совещании актива и медицинских работников в 1958 г. сетовал: «Получалось, что в организации Красного Креста числилось одно число доноров, в службе крови имелось меньшее количество, а сдавало кровь еще меньше» [62].

В крае, по примеру Ленинграда и Москвы, во второй половине 1950-х гг. проводилась агитация за безвозмездную дачу крови. Краевая станция переливания крови выезжала для этого на предприятия (завод Трансмаш, станкостроительный завод, в рабочие посёлки и др.). Всего за 1959 г. было сделано 12 таких выездов в цеха. Им предшествовала агитационная работа медиков и Общества. Положительным примером для рабочих промышленных предприятий края являлась безвозмездная дача крови медицинскими работниками и активистами Красного Креста [63].

Традиционной для Красного Креста продолжала оставаться в послевоенный период и военно-санитарная работа: подготовка младшего санитарного персонала (санитары, медсёстры, дезинфекторы); обучение оказанию первой помощи в кружках ГСО и БГСО и создание добровольных военно-санитарных объединений – санитарных дружин. Традиции подготовки таких формирований брали начало из военной эпохи. Но теперь перед обществом Красного Креста встала новая задача: санитарная оборона страны в условиях наличия фактора ядерной опасности. Также в мирное время дружины должны были участвовать в оказании первой помощи пострадавшим при массовых несчастных случаях и стихийных бедствиях. Дружины по возможности укомплектовывались необходимым инвентарём, обучались, затем принимали активное участие в медицинском обслуживании массовых мероприятий [64]. Поэтому важным было, чтобы дружинницы проходили подготовку в медицинских учреждениях. Но часто прикрепленные к лечебным учреждениям санитарные посты, санитарные дружины и санитарный актив не использовались органами здравоохранения. Главные врачи лечебно-профилактических учреждений не давали сандружинникам заданий, не проводили с ними тренировочных учений, в результате санитарные дружины распадались.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПЕРВЫЕ ПОСЛЕВОЕННЫЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

В целом, 1945 – начало 1960-х гг. Алтайская краевая организация общества Красного Креста значительно выросла и окрепла, проводила достаточно активную санитарно-просветительскую работу. Если в 1948 году она насчитывала 71383 человек, в 1956 году – 330 тыс. человек, то в 1959 г. – более 700 тыс. человек [65]. Они участвовали в работе более чем в 4 тыс. санитарных постов и 130 сандружин [66]. В 20 районах и городах Алтайского края к 1956 г. насчитывалось от 40% до 52% членов общества. Имелись первичные организации почти во всех предприятиях, колхозах, совхозах, МТС, учебных заведениях и среди неорганизованного населения.

В 1960 г. по итогам Всероссийского смотра сельских райкомов СОКК и КП Алтайское общество Красного Креста было отмечено как одно из передовых по СССР, а Кулундинскому району Алтайского края было присуждено второе место по итогам смотра [67].

Но всё же надо отметить, что за большими показателями, характерными для советской эпохи, очень часто скрывалось низкое качество «краснокрестной» работы. Имелись факты того, что работа многих обществ проводилась формально, в отрыве от нужд здравоохранения и сводилась к сбору членских взносов. Рост численности, считавшийся одним из основных достижений организации в борьбе за санитарную оборону, на деле, конечно, не свидетельствовал о том, что все члены Общества одинаково активно участвовали в «санитарно-массовых мероприятиях». Например, в Новичихинском районе в отчёте 1958 г., как потом выяснилось, фигурировали несуществующие на самом деле санитарные посты, нарушался принцип добровольности при сборе членских взносов [68].

По-прежнему, многие медработники с сомнением относились к возможностям санитарного актива в преодолении высокой инфекционной заболеваемости в крае, в решении проблем санитарного благоустройства [69]. Здравоохранение в крае в первую очередь нуждалось в серьёзных финансовых вложениях в капитальное строительство, в притоке квалифицированных медицинских кадров и полном укомплектовании вакантных врачебных должностей, в материальном и техническом оборудовании лечебно-профилактических учреждений. Эти вопросы на одном энтузиазме населения решить было невозможно.

И всё же, на данном историческом периоде, когда система здравоохранения края

испытывала острый недостаток в материально-технических и людских ресурсах, общество Красного Креста через активное вовлечение тысяч санитарно-грамотных активистов на безвозмездной основе, сыграло определённую роль в содействии органам здравоохранения Алтайского края в проведении санитарно-оздоровительных, санитарно-просветительных мероприятий, в борьбе с инфекционными заболеваниями, с травматизмом, в подготовке массовых кадров санитарных работников.

Данный исторический опыт показывает, что санитарно-оздоровительные вопросы не могут быть решены в одиночку только медработниками, учителями, милицией, предприятиями и т.д. Требовались комплексность, тесное деловое взаимодействие отдельных ведомств и специалистов, работающих в них. Решение определённых проблем здравоохранения достигается за счёт привлечения к ним широкой общественности, в том числе и в рамках общества Красного Креста.

ЛИТЕРАТУРА

1. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.4. Л. 118.
2. Там же. Оп.3. Д.1. Л. 17.
3. Там же. Оп.2. Д.2. Л. 77.
4. Там же. Оп.3. Д.1. Л. 26.
5. Там же. Д.1. Л. 16.
6. Там же. Д.1. Л. 28.
7. Там же. Д.1. Л. 30.
8. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.3. Л. 27.
9. Там же. Оп.1. Д.11. Л. 5
10. Там же. Оп.2. Д.4. Л. 166.
11. Там же. Д.4. Л.168.
12. Там же. Оп.1. Д.11. Л.12.
13. Там же. Оп.2. Д.21. Л. 4.
14. Там же. Д.4. Л. 31.
15. Там же. Л. 31.
16. Там же. Л. 1-25.
17. Там же. Л. 17.
18. Там же. Л. 15.
19. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.1. Д.11. Л. 8.
20. Там же. Оп.2. Д.5. Л.7.
21. Там же. Оп.1. Д.11. Л.14.
22. Там же. Оп.2. Д.4. Л. 126.
23. Там же. Л. 142.
24. Там же. Л. 23.
25. Там же. Л.24.
26. Там же. Л. 35.
27. Там же. Л. 18.
28. ЦХАФ АК Ф.1092. Оп.2. Д.21. Л. 8.
29. Там же. Л. 9.
30. Там же. Л. 7.
31. Там же. Л. 16.
32. Там же. Л. 22.
33. Там же. Л. 6.
34. Там же. Л. 16.

35. Там же. Л. 21.
36. Там же. Л. 6.
37. Там же. Л. 7.
38. Там же. Л. 3.
39. Там же. Л. 3.
40. Там же. Л. 4.
41. Там же. Л. 4.
42. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.5. Л.153.
43. Там же. Л. 23.
44. Там же. Л. 26.
45. Там же. Л. 174.
46. Там же. Л. 29.
47. Там же. Л. 221.
48. Там же. Л. 31.
49. Там же. Л. 32.
50. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.4. Л.58.
51. Там же. Л. 65.
52. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.3. Л. 11.
53. Там же. Д.4. Л.20.
54. Там же. Л. 157.
55. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.21 Л. 22.
56. Там же. Д.4. Л. 163.
57. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.1. Д.11. Л.18.
58. Там же. Оп.2. Д.21. Л. 23.
59. Там же. Д.5. Л. 65-66.
60. Там же. Л. 67.
61. Там же. Л. 68.
62. Там же. Л. 69.
63. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.21. Л. 24.
64. Воронина Т.Ю. Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в СССР: основные направления деятельности в 1930-е гг.: Диссерт... канд. ист. наук: 07.00.02. – Санкт-Петербург, 2004. – С. 183.
65. ЦХАФ АК. Ф.1092. Оп.2. Д.5. Л. 125; Там же. Д.4. Л.138; Там же. Д.21. Л.8.
66. ЦХАФ АК. Ф.1092. О.2. Д.4. Л. 147.
67. Там же. Оп.1. Д. 11. Л. 9.
68. Там же. Оп.2. Д.5. Л. 23.
69. Там же. Д.4. Л. 54.