

Г.М. АЛИКЕЕВА, А.С.САЯТОВА, А.М. ШАХИЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

СТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА В ГОДЫ ОСВОЕНИЯ ЦЕЛИНЫ

В статье поднимается вопрос о гигантской работе здравоохранения Казахстана в годы освоения целинных земель. 60 лет назад эта грандиозная работа потребовала все усилия системы здравоохранения республики для обеспечения медицинской помощью 2-х миллионов населения, прибывших в казахстанские степи.

Ключевые слова: целина, участковые амбулатории, стационар, заболеваемость, врачебные кадры.

Вехи истории развития здравоохранения Казахстана, как любой страны СНГ, неразрывно связаны с историей, правительственными указами и решениями нашей общей страны - СССР. Минуло более двадцати лет развала бывшего Советского Союза, сегодня история неумолимо свидетельствует о допущенных ошибках, волюнтаризме, непродуманности многих постановлений. Но есть в памяти ветеранов светлая вера в героизм труда миллионов людей тех лет, вера в свершение подвига для страны. Именно поэтому историки бережно исследуют старые документы. Такая работа нужна для памяти и воспитания всех следующих поколений.

Одним из крупных исторических событий прошлого века стало освоение целинных земель. На февральско-мартовском Пленуме ЦК КП СССР 1954 года было принято историческое постановление «О дальнейшем увеличении производства зерна в стране и об освоении целинных и залежных земель». С весны 1955 года, т.е. 60 лет назад началась гигантская вспашка земли на площади более 30 млн. гектаров.

Только в Казахстане за первые два с половиной года было распахано 19,5 млн. га целины. Основными целинными областями стали Кустанайская, Целиноградская, Северо-Казахстанская, Тургайская и Павлодарская. Здесь началась битва за хлеб. В марте 1954 года по комсомольским путевкам в районы освоения целинных земель Казахстана прибыло около 25 тысяч молодых механизаторов из России, Украины, Белоруссии и др. республик, уже весной того года было организовано 90 новых зерновых совхозов, распахано почти 10 миллионов гектаров земель.

Через год, к весне 1955 года, в Акмолинской, Кокшетауской, Костанайской, Павлодарской, Северо-Казахстанской областях было организовано уже 337 совхозов, построены участковые и районные больницы, школы, детские сады, а осенью засыпано в закрома 250 млн. пудов зерна – на 150 больше прежних годов. Освоению целинных и залежных земель помогала вся страна: Казахстан получил свыше 150 тысяч тракторов, 1600 электростанций общей мощностью более 50 тысяч киловатт.

В течение первых трех лет (1954-1956) массового освоения целины в Казахстан прибыло свыше 640 тысяч новоселов, среди которых было около 3 тысяч медицинских работников. В последующие годы число целинных совхозов продолжало нарастать: 1955 год – 631 совхоз, 1960 год – 881, 1965 год – 1521.

К концу 60-х годов число новоселов, прибывших из европейской части СССР в Казахстан на подъем целины составило уже около 2 миллионов человек. Целинники обеспечивались бесплатным проездом, ссудой на приобретение скота, постройку жилья, освобождались от налогов. Одновременно изменилась демографическая структура населения: в результате прибытия эвакуированных в годы ВОВ и новоселов целины удельный вес коренного населения резко снизился (казахов оказалось менее половины в структуре населения).

Но казахстанские степи – зона рискованного земледелия. Навязанный сверху шаблон возделывания монокультуры, вынужденной запашки многолетних трав и запрещения чистых паров на целине привели к засорению полей, низко пали урожаи, повысилась себестоимость зерна, быстро появилась ветровая эрозия почв. В результате сокращения

пастбищных угодий и эрозии почвы, был нанесен значительный ущерб исконному животноводству: число крупного скота в подсобных хозяйствах на селе сократилось на 11 тыс. голов, овец – на 250 тыс., сократились посевы бахчевых культур на 3,7 тыс. гектаров, овощей – на 5 тыс. га, картофеля на 11 тыс. га.

Быстрый рост численности сельского населения потребовал новые темпы строительства здравоохранения. Если до середины пятидесятых годов в селах Казахстана ежегодно развертывалось в среднем от 500 до 800 больничных коек, то в 1954 году их было введено 1675, в 1955 году – 3637. Общий показатель обеспеченности больничными койками на селе возрос до 4,6 на 1000 населения. Повысился показатель укомплектованности врачебными кадрами. Основная часть врачей – это были выпускники АГМИ. Но много специалистов-врачей прибывали по комсомольским путевкам из России, Украины, Молдавии, Кавказских республик. Это был единый порыв молодежи. Работы для врачей хватало: необходимо было развернуть новые и укрепить уже функционирующие сельские больницы, развернуть сеть фельдшерско-акушерских пунктов в новых совхозах и обеспечить их материальным инвентарем, медицинской аппаратурой, медикаментами. Потребовались опыт и навыки для медицинского обслуживания бригад тракторных станций, рабочих заготовительных пунктов и тракторных отрядов, шоферов автоколонн и др.

Особые задачи стояли перед санитарно-эпидемиологической службой, которая оказалась не готовой к новым условиям устройства новоселов. Необходимо было срочно выполнить работы по гигиенической планировке новых совхозов, обосновать гигиенические нормативы водоснабжения, очистки воды, утилизации бытовых отходов. Следовало разработать тактику профилактики желудочно-кишечных инфекций, что особенно было важным в условиях скученности новоселов: прибывшие первые целинники жили в палатках и неблагоустроенных временных общежитиях. Первоначально и врачебные пункты в новых совхозах могли оказываться в такой-же палатке. Врачам пришлось столкнуться и с другими трудностями: отсутствие санитарного транспорта, большой радиус обслуживания (отдельные бригады располагались в 30-40 км. от центральной усадьбы), слабая аптечная сеть. В 1954 году на селе было всего 76 участковых больниц на 779 коек, 96 фельдшерско-акушерских пунктов и 231 аптечных пунктов. Поэтому для решения задач здравоохранения появились передвижные специализированные и санитарно-противоэпидемические отряды.

В архивах КазНМУ сохранились приказы и распоряжения тех лет об отправке в командировку преподавателей-клиницистов в составе передвижных врачебных бригад. Много позднее доцент кафедры инфекционных болезней С.Н. Попова вспоминала: «Вместе с ассистентом кафедры общей гигиены Ажаровой мы были направлены в составе отряда в Кустанайскую область. Поезд прибыл поздно вечером. На вокзале было столько прибывших по путевкам целинников, что буквально ступить было некуда. Но звенела гитара, слышались взрывы смеха, кругом молодые крепкие лица. Это была особенная атмосфера энтузиазма, дружбы, веры в общее дело». В той командировке С.Н. Попова была 10 дней: проводила санитарно-просветительную работу, осматривала больных, выполняла анализы,

консультировала молодых врачей. Таких командировок преподавателей вуза было много и работать было трудно, т.к. кадров на местах не хватало.

В феврале 1955 года было проведено Республиканское совещание медицинских работников целинных совхозов, и участники предложили новый опыт: при формировании первых партий инженеров и рабочих для новых совхозов одновременно подбирать штат участковой больницы и фельдшерско-акушерского пункта вместе с оборудованием, инструментарием и медикаментами. А затем всех вместе отправлять на новое место целинного совхоза.

Много споров возникло при определении числа и мощности развертывания сельских больниц на целине. Понятно, что первоочередной задачей был перевод медицинских пунктов из палаток в стационарные дома. Но строительство участковых и районных больниц нельзя было загонять в рамки существующих нормативов, когда мощность коечного фонда определялась по численности населения. В условиях целины следовало учитывать перспективу роста населения, приезд новоселов, расширение совхозов. Следовало учитывать и коренных жителей ближних поселков, если там не было медицинских пунктов. Кроме того, облздравотделы не располагали точными данными о потребности населения в стационарной помощи. Все это создавало сложности при планировании больниц, но на местах старались учитывать перспективу хотя бы на ближайшие два-три года.

Строительство сельских больниц с учетом перспективы роста населения привело в первые годы к резким замечаниям по поводу слабого использования коечного фонда: показатели занятости койки в некоторых областях составляли всего 160-190 дней. При проверке оказалось, что в ряде случаев, из-за недостатка площадей, сметные койки были развернуты не полностью. Другим серьезным недостатком было отсутствие медицинских кадров. Например, в Акмолинской области в 1954 году показатель укомплектованности врачебными кадрами составил всего 54%, а средним персоналом-87%. Из 51 участковой больницы лишь в 11 были клинические лаборатории, в 8 – рентгеновский кабинет, в двух – физиотерапевтический.

Это вызывало большую тревогу МЗ КазССР, т.к. среди новоселов отмечался рост обращаемости за медицинской помощью и сельскохозяйственный травматизм: в 1953 году было зарегистрировано 82,2 тыс. травм, в 1954 году -110,8, в 1955 году -154,3. В связи с ростом травматизма, было предложено строить межсовхозные больницы с обязательным хирургическим отделением. Одновременно с большой осторожностью часть 10-коечных участковых

стационаров стали переводить в фельдшерско-акушерские пункты.

В последующие годы был накоплен опыт: практика показала действенность и необходимость передвижных медицинских отрядов (особенно в период посевных и уборочных работ), отрядов санитарной авиации. Об эффективности санитарной авиации много писал заслуженный врач Казахской ССР, Герой Социалистического Труда Н. Исмагулов. В должности главного врача-хирурга он долго работал на целине в Кустанайской области, часто вылетал в отдаленные места для оказания срочной помощи. Вся система здравоохранения на целинных землях Казахстана требовала огромных финансовых вложений. Поэтому организация и строительство больниц выполнялись не только за счет средств Министерства здравоохранения. В строительстве районных больниц на долевых началах участвовали МТС, осуществлялось привлечение финансовых средств из местных бюджетов, средств колхозов, Министерства сельского хозяйства, Министерства совхозов.

Строительство совхозов и медицинской сети продолжалось долгие годы. В 1972 году газета «Казахстанская правда» (№ 65, 17.08.72) сообщила, что из 10 союзных республик в составе студенческих строительных отрядов на целину прибыло 44,5 тысячи юношей и девушек: им предстояло освоить 113 млн. рублей капиталовложений на строительно-монтажных работах. Для охраны здоровья строителей-добровольцев в Казахстан прибыли 1200 студентов-медиков старших курсов, аспиранты, ординаторы и ассистенты из 40 медицинских и 12 НИИ страны.

.... Прошло 60 лет со дня знаменитого Постановления о поднятии целинных и залежных земель. Казахстан по-прежнему остается одним из крупнейших производителей зерна в мире. Но сегодня посевные площади сокращены, т.к. ветровой эрозии подверглись несколько млн. га почвы. На их восстановление нужны долгие годы. Но республика развивается: возвращение к многопрофильному сельскохозяйственному производству, возрождение чистых паров, научная организация севооборотов помогают получать высокие урожаи.

Крупные достижения и в развитии сети здравоохранения. Сегодня в сельской местности работают около 11000 врачей, функционируют 345 больничных учреждений (из них 140 участковых больниц), 1530 амбулаторно-поликлинических организаций и более 4300 фельдшерско-акушерских пунктов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Архив ЦГА. - ф.1681. - оп.4. - С.49.
- 2 Архив ЦГА. - ф.1681. - оп.4. - С.3.
- 3 Архив ЦГА. - ф.1681. - оп.4. - С.174.

Г.М. АЛИКЕЕВА, А.С. САЯТОВА, А.М. ШАХИЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР

Түйін: мақалада тың игеру жылдарындағы Қазақстан аймағында денсаулық сақтау ісінде жүргізілген ауқымды жұмыс туралы сипатталған. Өткен ғасырдың 60-шы жылдарында, денсаулық сақтау ісінің барлық күш-жігері өлкеге келген 2 миллиондай халықты медициналық қамтамасыздандыруға жұмылдырылған болатын.

Түйінді сөздер: тың, аймақтық амбулаториялар, стационар, аурушандық, дәрігерлік қызметкерлер.

DEVELOPING OF HEALTH CARE IN KAZAKHSTAN DURING MASTERING OF VIRGIN LANDS

Resume: The article raises the question of the giant work in Health System of Kazakhstan during the mastering of virgin lands. 60 years ago this great work required all efforts of the health system of the republic for medical help 2 million people who arrived in the Kazakh steppe.
Keywords: virgin, district outpatient, hospital, disease, medical personnel.

УДК 614.2: 613.6:[622.324+66.013](574.1)

У.И. КЕНЕСАРИЕВ, М.К. АМРИН, Р.А. БАЯЛИЕВА, Л.П. АСЫКБАЕВА
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті
Жалпы гигиена және экология кафедрасы

АТЫРАУ ИНТЕГРАЦИЯЛЫҚ ГАЗДЫ ХИМИЯЛЫҚ КЕШЕННІҢ ДАМУЫ МЕН ОРНАЛАСУ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖАҒДАЙЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ ЖӘНЕ БОЛЖАМДАУ

Мақалада Атырау облысы Интеграциялық газды химиялық кешеннің дамуы мен орналасу аймағындағы тұрғындар денсаулығы мен қоршаған орта жағдайына жүргізілген зерттеушілердің мәліметтеріне шолу жасалған.

Түйінді сөздер: ауа бассейні, ластану, қауіп-қатер, аурушаңдық

Кіріспе.

Тақырыптың өзектілігі. Қазақстан Республикасындағы ең ірі өндірістік аймақтардың бірі Атырау облысы болып табылады. Қазақстанда бірінші Интеграциялық газохимиялық кешен Атырау облысы, Мақат ауданы, Қарабатан станциясында орналасқан.

Атырау облысының экономикалық дамуы мен өнеркәсіптік өндірісінің көлемі бойынша басымдылығы жоғары деңгейдегі көрсеткіштері бар өндіріс мұнай өндірісі болып табылады.

Каспий маңы мұнай және газ кен орындарының қарқынды түрде қамтылуымен аса өзекті мәселе экологиялық қолайсыз аймақтағы тұрғындар денсаулығы ғалымдарды, сонымен қатар практикалық денсаулық сақтау мамандарын да алаңдатуда.

Мұнай-газ өндіруші өнеркәсібінің маңызды өлкелерінің бірі Атырау облысының Мақат ауданы болып табылады.

Алайда, дәл қазіргі кезде тұрғындар денсаулығына келтірілетін залал анықталмаған, аймақ тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін қалыптастыру заңдылығы, сондай-ақ демографиялық көрсеткіштер, аурушаңдық, санитарлық-эпидемиологиялық жағдай анықталмаған.

Соңғы жылдары аймақта ауыл тұрғындарының денсаулық сақтау жүйесі жағдайы, медициналық көмек көрсету деңгейі, алғашқы медициналық санитарлық көмек деңгейін бағалау жүргізілмеген. Медициналық кадрлармен қамтамасыз етілген мамандандырылған медициналық көмек көрсету дәрежесі бекітілмеген.

Атырау облысындағы интеграциялық газохимиялық кешеннің құрылысы ҚР Үкіметінің 2004 жылғы 29 қаңтардағы №101 Қаулысы негізінде құрылды.

Жобаны салудың негізгі мақсаты Қазақстанда индустриялық-инновациялық даму мемлекеттік бағдарламасы негізінде Атырау облысында химиялық саланы дамыту бағдарламасын жүзеге асыру болып табылады.

Жоғарыдағы айтылғандардың барлығы осы зерттеулердің өзектілігін айқындайды.

Зерттеу жұмысының мақсаты: Атырау облысы Интеграциялық газохимиялық кешен (ИГХК) даму мен орналасу аймағындағы тұрғындар денсаулығы жағдайына гигиеналық баға беру және болжамдау.

Ғылыми жұмыстың зерттеу әдістері.

Статистикалық, гигиеналық, қауіп-қатерді бағалау әдіснамасы.

Ғылыми жұмыстың зерттеу нысандары.

Атырау облысы Интеграциялық газохимиялық кешен орналасқан аймақ тұрғындарының денсаулық жағдайы және атмосфералық ауа.

Зерттеу материалдары.

Атырау облысындағы Интеграциялық газохимиялық кешен орналасқан аймақ бойынша келесі мәліметтер зерттеледі:

- 2007-2014 жж. аралығында жалпы әдіспен тұрғындар денсаулығының медициналық демографиялық көрсеткіштері (туушылық, өлім-жітім, тұрғындардың табиғи өсімі);
- Тұрғындар арасындағы аурушаңдықтың таралуы мен жиілігі (қаралу бойынша аурушаңдық);
- Ластаушы заттардың таралуына модель жасау нәтижелері.

Зерттеу нәтижелері. Әдеби шолу

Қазақстан пайдалы қазбаларды өндіруден ұзақ жылдар бойы тарихы бар, бұл қоршаған орта объектілері мен тұрғындардың денсаулық жағдайына да әсерін тигізуде. Батыс Қазақстан территориясы республиканың негізгі мұнай өндіру аймағы болып табылады. Қазіргі уақытта Батыс Қазақстанда жыл сайын атмосфераға 84 мың тоннаға жуық ластаушы заттар шығарылуда, оның ішінде СН – 57 мың тонна, СО – 9,8 мың тонна, NOx – 0,8 мың тонна, SO₂ – 0,2 мың тонна.

Негізгі ластаушылар күкірт оксиді мен азот, жылулық эффектісінің болуына үлесін тигізуде.

Батыс Қазақстан территориясында ірі мұнай газ кен орны Теңгіз аймағы болып табылады, бұл стационарлы көздерден шығарылатын ластаушылардың 75 % құрайды. Осы ластаушылардың 94% газ тәрізді түзілістер құрайды: көміртегі оксиді (35% жуық), көмірсутектер (30% жуық), азот оксиді (20% жуық), күкірт ангидридін мен қатты заттар (10% жуық).

Әртүрлі мұнай кендеріндегі газ тәрізді заттардың болуы: Теңгізде - 25% жуық және Құмкөлде – 1,27%. Табиғи газдардағы газ тәрізді заттар 42% жетеді.

Сонымен қатар газды өндіруде мұнай өндіруге қарағанда қоршаған ортаға 5% жуық ластаушы заттардың шығарылуын атап өту қажет. Алайда шығарындылардың негізгі бөлігін газды транспорттау кезіндегі орын алады (30% жуық), қалған шығарындылар газды тарату станцияларында шығарылады.

Газды тарату компанияларының негізгі қалдықтарына меркаптан қалдықтары, дизельді отын, диондаушы су мен май, сонымен қатар фильтрлеуші элементтер, бүлінген трубалар, клапандар және т.б. бос сыйымдылықтар жатады.