

Безусловно, на принимающей территории вновь прибывшие испытывают определенные трудности. Это, прежде всего, трудности с пересечением границы, с пропиской. Однако всего 4,3% опрошенных отметили специфику погодных условий в качестве «трудности», мешающей им в работе. Для большинства же те проблемы, с которыми они встретились, были вполне решаемы и преодолимы, о чем свидетельствует тот факт, что 61,1% намерены продолжать свою работу в России, а 39% из них видят себя в будущем жителями и потенциальными гражданами России. При этом 71% опрошенных отмечали улучшение своего положения за время работы в России. Действительно, 58,7% удается на заработанные здесь средства содержать на родине свою семью, сделать сбережения (25,1%), улучшить жилищные условия (14,9%) или купить машину (8,5%). Поэтому неудивительно, что только 10% опрошенных жалеют о том, что стали работать в России. В целом почти 90% опрошенных заявили, что привык-нуть к жизни в Сибири им было несложно или сложно только в первое время после прибытия.

Таким образом, Сибирь в целом, а новый район освоения — регион БАМа, в частности, нуждается в рациональной государственной демографической политике, учитывающей сложности и проблемы этого края. Хотя решение о разработке такой стратегии было принято руководством государства еще и конце 1999 г. и отнесено к числу важнейших задач правительства, и в 2004 г. страна не имеет стратегии своего социально-экономического развития, публично принятой к исполнению ее государственной властью. Более того, делаются попытки теоретически обосновать негативное воздействие подобных стратегий на экономический рост (См. напр.: Мау В. *Посткоммунистическая Россия в постиндустриальном мире // Вопросы экономики. 2002. № 7. С. 11*).

Для преодоления подобной ситуации нужны политики, обладающие горизонтом видения, выходящим за пределы их очередного выборного срока. Задачей же российской экономической науки является настойчивая и, видимо, более активная деятельность, как по дальнейшей разработке такой стратегии, так и по донесению ее необходимости и сути до общественного сознания.

**Н.А. БАРАНЦЕВА**

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЕНИСЕЙСКОЙ ГУБЕРНИИ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (1920-е гг.)**

Ход демографических процессов, в частности, показатели рождаемости и смертности, здоровья населения в значительной степени определяются такими факторами как уровень развития медицины и здравоохране-

ния, состоянием санитарно-гигиенической культуры общества. 1920-е гг. отличались значительным динамизмом развития демографической сферы России. Высокий уровень смертности населения, обусловленный разрушительными последствиями Перовой мировой и Гражданской войн, дезорганизацией социально-экономической системы, сопровождался снижением рождаемости. В регионах, в частности, Енисейской губернии эти процессы отличались спецификой. Обращение к исследованию некоторых аспектов формирования системы здравоохранения и медицинского обслуживания населения Приенисейского края позволяют выявить их влияние на региональные процессы воспроизводства населения.

Образование отдела здравоохранения с двумя подотделами: лечебным и санитарно-эпидемиологическим в Енисейской губернии относилось к апрелю 1920 г. В подчинение губздраву вошли четыре городских больницы, роддом, дом матери и ребенка, дом младенца, бактериологический институт, баня, эпидемический обоз и др. Одновременно были созданы отделения в уездных городах Ачинск, Канск, Енисейск и Минусинск. Центром тяжести работы медиков явилась борьба с эпидемиями малярии, дизентерии, тифа. В сводке Сибздравотдела отмечалось, что «миллионная масса колчаковских пленных... почти поголовно поражена тифом» (Ханенко Б.И. *Здравоохранение Красноярского края. Краткий обзор пути протяженностью в сто лет. Красноярск: Красн. книж. изд-во, 1991. С. 29–31*). Оборудование госпиталей, создание специального железнодорожного отряда в 300 чел. с участием подрывников и саперов для уборки и похорон трупов по магистрали железной дороги привели к спаду эпидемии в городах. Вместе с тем выросла численность тифозных больных в сельской местности, оставленных практически без медицинской помощи (1–2 врача на уезд), ввиду мобилизации Красной армией почти всего медперсонала (*Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ), ф. А-482, оп. 2, д. 159, л. 116 об., 117 об.*).

В результате решительных мероприятий органов здравоохранения Енисейской губернии удалось добиться положительной динамики в отношении заболеваемости. С 1922 по 1924 гг. количество заболевших сыпным тифом сократилось с 17 683 до 3 126 чел., возвратным тифом — с 13 467 до 1 103 чел., брюшным тифом — с 4 963 до 2 085 чел., натуральной оспой — с 2 782 до 1 109 чел., трахомой — с 9 680 до 2 646 чел., сифилисом — с 863 до 591 чел. Число детей, заболевших скарлатиной, уменьшилось с 1 675 до 941 чел., дифтерией — с 654 до 502 чел., коклюшем — с 1 952 до 1 716 чел. В то же время увеличилось число больных корью с 1 716 до 2 862 чел., дизентерией — с 3 554 до 11 042 чел., легочным туберкулезом — с 1 647 до 5 413 чел., а особенно малярией — с 9 842 до 62 087 чел. Всего же заболеваемость населения в этот период выросла с 76 647 до 127 784 чел. (*ГАРФ, ф. А-482, оп. 4, д. 70, л. 16–17; д. 426, л. 19, 49*).

Основными причинами заболеваемости являлись недостаточное питание и голод, низкий уровень жизни, плохие жилищные условия, несоблюдение правил личной гигиены. Материальная база медицинского обслуживания населения находилась в стадии формирования. На 1 января 1922 г. врачебных участков и амбулаторий (больничных, внебольничных, зубных, диспансерных) в Красноярском уезде насчитывалось 16 и 38, Ачинском соответственно — 12 и 41, Канском — 10 и 30, Енисейском — 8 и 17, Минусинском — 16 и 19 (ГАРФ, ф. А-482, оп. 4, д. 70, л. 16–17; д. 426, л. 19, 49).

Количества медперсонала в связи со сложившимися потребностями было явно недостаточно. В 1923 г. наибольшее количество врачей, фельдшеров, акушеров, фармацевтов, медсестер и дезинфекторов пришлось на Красноярск и Красноярский уезд (соответственно 62, 65, 2, 14, 22). На одного врача в среднем приходилось 3 015 чел. населения, фельдшера — 2 876 чел., фармацевта — 13 353 чел., среднего и низшего медперсонала — 8 497 чел. В целом же по губернии положение было существенно хуже и врачу в среднем приходилось обслуживать 11 189 чел., фельдшеру — 4 770 чел., фармацевту — 52 052 чел., младшему персоналу — 7 577 чел. (подсчитано по: ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 70, л. 20; *Население Сибири (по материалам Всероссийской демографической переписи 1920 г.). Погубернские, поуездные и поволостные итоги. Т. 1. Вып. 5. Новониколаевск: Сиб. стат. упр., б.д. С. 9–11*). Наибольшее количество сестер милосердия, санитаров и дезинфекторов (78 чел.) оказалось в уездах Ачинский, где по линии Транссибирской магистрали скопилось значительное количество больных и раненых, а также Минусинский (32), пострадавший от последствий Гражданской войны (ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 70, л. 20).

Особенно сложной была ситуация в «инородческих» районах, где медицинские услуги фактически отсутствовали, вследствие чего смертность коренного населения была особенно велика. Основными заболеваниями населения являлись трахома, туберкулез, венерические заболевания. В 1924 г. в ходе инспектирования больниц и фельдшерских пунктов в образованном в 1923 г. Хакасском уезде из пяти обследованных участков только три были признаны достаточно оборудованными. В их числе оказался врачебный участок в с. Аскизское, являвшемся центром района, где было сконцентрировано хакасское население. Из медперсонала имелись фельдшер, акушер, врач, проводивший хирургические операции. Действовали врачебный участок в с. Усть-Абаканское и фельдшерские пункты в улусе Чарковский, селах Усть-Есинском и Верхне-Ербинском. Практически весь медперсонал был сформирован из числа русских специалистов, за исключением Усть-Есинского, где работали фельдшеры-хакасы (*Архив г. Минусинска, ф. 25, оп. 1, д. 718, л. 238*).

От борьбы с эпидемиями медики перешли к оздоровлению труда и быта. Появились диспансеры по борьбе с социальными болезнями, консультации по охране материнства и детства. По-новому начала работать медицинская сеть, положив в основу синтез лечебного дела и профилактики, диспансерный метод, выявления заболевших. В рамках санаторно-курортного лечения начали принимать больных курорты Шира, Тагарское, Учум, Карачи, Боровое (Ханенко Б.И. Указ. соч. С. 32). Наиболее известным курортом являлся хакасский курорт Шира, специализировавшийся на лечении заболеваний желудка, печени, обмена, невралгического и ревматического характера. Медицинские услуги в нем осуществлялись как бесплатно, преимущественно для крестьян и рабочих, так и на возмездной основе. В аренду сдавались койки страховым, государственно-хозяйственным, общественным организациям, Красному Кресту (ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 1509, л. 88).

Особое внимание в борьбе за улучшение эпидемиологической ситуации придавалось санитарному просвещению. Основными формами работы в этой сфере стали пропаганда медико-санитарных знаний путем лекций, бесед, распространения брошюр, наглядных пособий по гигиене; организация передвижных выставок; проведение курсов красных сестер и братьев милосердия, оспопрививателей, санитаров, низшего фармацевтического персонала (ГАРФ, ф. А-482, оп. 2, д. 159, л. 116, 116 об., 117, 117 об.).

По программе охраны материнства и младенчества в уездах создавались единичные дома матери и ребенка. Их материальное состояние являлось крайне неудовлетворительным, а заболеваемость и смертность детей очень высокой (ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 157, л. 1–3). До 1923 г. женские консультации в Енисейской губ. отсутствовали. Основная часть родов в сельской местности принималась дома с помощью повитух, что объяснялось состоянием здравоохранения и недостатком фельдшеров-акушеров. В 1925 г. число родильных коек было значительным только в Красноярске — 60, в то время как в Енисейске их насчитывалось 5, Ачинске — 12, Канске — 15, Минусинске — 5, Хакасском уезде — 7. Несмотря на легализацию аборт в 1920 г. их количество в губернии оставалась незначительным (Государственный архив Новосибирской области (ГАО), ф. П-2, оп. 1, ч. 1, д. 1087, л. 1). Общий коэффициент рождаемости (количество родившихся на тысячу жителей) в Енисейской губ. во второй половине 1920-х гг. значительно повысился по сравнению кризисным периодом рубежа 1910–1920-х гг. В 1925–1927 гг. в городских поселениях рождаемость в среднем составила 43,9%, сельской местности — 49,8%. Некоторое снижение рождаемости по сравнению с началом века объяснялось наметившимся дисбалансом полов, вовлеченностью женщин в производство, нестабильностью социально-экономической и политической ситуации в стране (Подсчитано по: *Естественное движение*

населения в Сибкрае за 1925–1927 гг. Новосибирск: СКИК, Статотдел, 1930. С. 36–37, 40–41).

Смертность в городах Енисейской губ. в этот период оказалась на уровне 26,9%, сельских местностях — 22,7% (Там же). Основными причинами смертности населения являлись туберкулез всех органов (93,6 чел. на тысячу жителей в городах, 23,2 чел. в сельской местности), воспаление легких (126,4 и 27,4), дизентерия (25,3 и 37,9), болезни сердца (58,3 и 5,9), нервной системы (32,3 и 10,5), рак и злокачественные образования (29,4 и 1,7). В то же время снизилась смертность от таких заболеваний как натуральная оспа (8,3 и 11,5) и различные виды тифа (4,4 и 6,1). Уровень детской смертности продолжал оставаться очень высоким. Количество умерших от диареи и энтерита в возрасте до двух лет составило 103,5% в городских и 77,2% в сельских поселениях, кори — 31,4 и 53,8%, коклюша — 13,2 и 42,8%, скарлатины — 34,1 и 31,6%, врожденной слабости и преждевременных рождений — 33,9 и 18,0% (Там же. С. 49).

Статистика свидетельствует о том, что в городских поселениях смертность от инфекционных, паразитарных заболеваний, а также болезней эндогенного характера, связанных со старением организма, в целом была выше, чем в сельской местности, особенно в городах с населением свыше 50 тыс. чел. Это было связано с неразвитостью жилищной и социально-бытовой инфраструктуры, недостаточностью санитарно-медицинского обслуживания городских поселений, некачественным питанием. Отсутствовали водопровод, канализация, электричество. Большая часть семей в малых и средних городах вела личное подсобное хозяйство, держала скот. Для городских квартир была характерна скученность проживавших. С 1923 по 1926 гг. среднее количество лиц, проживавших в одной квартире, увеличилось с 5,1 до 5,9 чел. На одного человека приходилось 5,4 кв. м, что не соответствовало санитарной норме в 8,1 кв. м (*Всесоюзная городская перепись 1923 г. Итоги переписи владений, строений и квартир в городах и поселках городского типа. Т. XVII. Вып. 2. Москва: ЦСУ, отд. коммун. стат. С. 13, 88–89; Предварительные итоги демографической переписи 1926 г. Новосибирск: ЦСУ. Сиб. краев. статотдел, 1927. С. 50–51*).

Состояние здравоохранения в сельской местности также являлось достаточно сложным, ввиду недостаточного финансирования, проблем кадрового обеспечения, осложнения политической ситуации в связи с социалистическими преобразованиями деревни. Состояние здоровья детей вызывало особую озабоченность медиков. В ходе инспектирования одной из латышских школ в декабре 1928 г. санитарный врач пришел к заключению, что крестьянская изба была не приспособлена для занятий. Отмечалось, что площадь на одного ученика составляла 1 м<sup>2</sup>. На двухместных партах сидели по три ученика. Температура колебалась

от 6 до 16 градусов. Общежитие являлось одновременно и столовой. Вентиляции не было. Обувь и чулки сушили в кухне. Столов не было, пищу принимали на ящиках и постели — сплошных нарах. Входные двери открывались прямо в комнату. Здесь же помещались умывальник и кадки с водой. Окна имели одну раму. Стены были сырыми. Наблюдались частые угары. Вследствие этих факторов дети часто простужались (ГАО, ф. П-2, оп. 2, ч. 1, д. 2415, л. 11).

Вместе с тем к 1929 г. состояние здравоохранения и медицинского обслуживания в крае несколько улучшилось. Врачебный персонал Енисейской губ. включал таких специалистов лечебных учреждений как хирурги, гинекологи, окулисты, стоматологи, лорврачи, психиатры, невропатологи, фтизиатры, рентгенологи, санитарно-эпидемиологических учреждений — санврачи общей, пищевой, коммунальной санитарии, бактериологи, эпидемиологи. Фельдшеры подразделялись на школьных и районных. По неполным данным, в регионе насчитывалось 238 врачей, 95 фармацевтов, 255 акушеров, 303 фельдшеров, 48 оспопрививателей, 109 медсестер и 109 сестер социальной помощи. За 6 лет количество медработников выросло более, чем в два раза, в том числе акушеров — в 15 раз, фармацевтов — в 4, врачей — в 2,2, фельдшеров — в 1,2, младшего медперсонала — 1,6 раза. К 1929 г. в округах было открыто по одному туберкулезному и венерологическому диспансеру (ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 1716, л. 32, 41).

Говорить об особых успехах по охране материнства и младенчества не приходилось. Тем не менее, к 1929 г. ясельная сеть увеличилась вдвое, функционировало 9 постоянных яслей, 222 — временных, 20 детских консультаций с медицинским персоналом, 18 консультаций для беременных, 2 дома матери и ребенка и 1 дом младенца (Там же. Д.17, л. 43). Однако работа осложнялась слабым финансированием и недостаточным снабжением яслей инвентарем и продовольствием. Детским учреждениям катастрофически не хватало молочных продуктов, муки, сахара и пр. Ввиду низкой оплаты работников по охране материнства и младенчества многие из них работали по совместительству в других лечебных заведениях (ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 2195, л. 4–5). Периодически в зависимости от финансирования открывались санаторные пионерские лагеря в Ачинске и Минусинске, а также лагеря для физически ослабленных детей в Красноярске. В 1928 г. на курорте Шира из 2076 мест для отдыхающих 250 было выделено пионерским лагерям (ГАРФ, ф. А-482, оп. 10, д. 1509, л. 88).

В целом же, следует констатировать, что принятие государством неотложных мер в сфере здравоохранения и санитарно-эпидемиологического обслуживания населения, формирование медицинских кадров, сети передвижных и стационарных медицинских учреждений Енисейской губ. позволили несколько снизить уровень смертности населения. Вместе с

тем структура смертности продолжала оставаться архаичной: заболевания преимущественно экзогенного характера уносили жизни людей. Сохранялся высокий уровень младенческой смертности. Рождаемость населения Приенисейского края в конце 1920-х гг., вследствие нормализации социально-экономической и политической обстановки, в известной степени, благодаря политике охраны материнства и младенчества, но главным образом в результате сохранения традиционных установок семьи на средне- и многодетность, достигла высоких показателей. При прочих благоприятных условиях это обстоятельство могло обеспечить расширенное воспроизводство населения региона.

**А.В. ЗАДОРИН**

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ В 1979–1988 гг.**

В последние годы утвердилось мнение, что Красноярский край — это Россия в миниатюре, настолько точно протекающие здесь процессы повторяют по основным параметрам общероссийские (см., напр.: *Петряков Б.В. Красноярский край как микромодель Российской Федерации. Красноярск: ПОЛИКОМ, 2002. 132 с.*). Как известно, в начале 90-х гг. прошлого века в России началась естественная убыль населения, вызванная сменой общественно-экономического строя. Несомненно, беспрецедентный случай в отечественной (и мировой) истории, когда население страны сокращается в мирное время. Но почему прирост населения сменился его убылью буквально за пару лет? Чтобы понять это, необходимо понимание исторического генезиса демографических тенденций, по крайней мере, 80-х гг. XX в. В данной статье рассмотрим особенности естественного прироста населения Красноярского края (без Хакасской автономной области) в 1979–1988 гг. При этом будем опираться на документы Государственного архива Красноярского края (ГАКК) и материалы Всесоюзных переписей населения: 1979 и 1989 г.

В 80-е гг. XX в. население Красноярского края продолжало расти. Численность сельского населения относительно стабилизировалась, более того, в 1987 г. впервые за многие годы был отмечен его прирост — на 3 тыс. чел. (*Социальный портрет края: население // Красноярский рабочий. 1988. 1 окт. С. 1*). Всего же во второй половине 80-х гг. XX в. сельчан стало больше на 36 тыс. чел. (*Народное хозяйство Красноярского края: юбил. стат. сб. Красноярск, 1985. С. 4, 5; Итоги Всесоюзной переписи населения 1989 г. по Красноярскому краю: Стат. сб. Красноярск, 1990. С. 7, 13–15*).

Но это была лишь видимость благополучия. Рассмотрим соотношение естественного и миграционного прироста в указанное десятилетие (табл. 1).