

**ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ  
(середина 1960-х – 1980-е гг.)***И. И. Шорохова***CHANGE IN INFECTIOUS MORBIDITY IN TYUMEN REGION (mid 1960s – 1980s)***I. I. Shorohova*

С середины 1960-х по 1991 гг. в государственной политике СССР важное место занимало нефтегазовое освоение Тюменской области. Этот регион в 1960-е гг. занимал первое место в РСФСР по инфекционной заболеваемости в связи с отсутствием лечебно-профилактических учреждений, квалифицированных кадров, а также водопроводов, канализации, общественных бань, системы очистки населённых пунктов от мусора и нечистот. В статье рассматриваются вопросы формирования системы медицинских учреждений, их материально-технической базы, кадровой политики, санитарно-эпидемических мер по обустройству населённых пунктов, которые начали усиленно решаться в 1970-е гг. Всё это обусловило победу к 1991 г. над трахомой, дифтерией, сыпным тифом, уменьшение заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Несмотря на принимавшиеся меры и на то, что выделялись значительные средства на здравоохранение, в 1980-е гг. эпидемиологическая ситуация в области оставалась напряжённой. Отдельной темой, требующей внимания, являлся туберкулёз, особенно распространённый среди коренного населения, проблема которого не была решена. Если политика правительства по нефтегазовому освоению Тюменской области проводилась успешно, давая толчок развитию социальной сферы региона, то инфраструктура существенно отставала в своём развитии от промышленного освоения.

From mid 1960s to 1991 oil-and-gas development of Tyumen region occupied a significant place in the USSR state policy. In the 1960s, the region first in the RSFSR in infectious diseases due to the lack of health facilities, qualified personnel, as well as water, sewage and public baths, systems of cleaning settlements from debris and dirt. The paper considers the problem of medical systems and their logistics, staff policy and sanitary and epidemic measures for improving the settlements; these issues were vigorously addressed in the 1970s. All this led to the victory over trachoma, diphtheria, and typhus, and reducing the incidence of acute intestinal infections by 1991. Despite the measures taken and the fact that significant funds were spent on the health system, in the 1980s the epidemiological situation in the area remained tense. A separate topic that requires attention is tuberculosis, common especially among the indigenous population, the problem has not been solved. The government policy on oil-and-gas development of Tyumen region was successful and gave impetus to the social development of the region, while the infrastructure was significantly behind the industrial development.

**Ключевые слова:** здравоохранение, инфекционные заболевания, медицинские учреждения, социальная политика.

**Keywords:** public health care, infectious diseases, medical institutions, social development.

Развитие промышленности, рост городов и городского населения, ухудшение экологии влекут за собой увеличение затрат на здравоохранение. Важной характеристикой эффективности работы любой власти является её отношение к проблемам здравоохранения населения и медицинского обслуживания. Индустриальное развитие Тюменской области с середины 1960-х гг. в связи с созданием нефтегазовых отраслей промышленности стало толчком к социальному развитию региона. Наряду с созданием добывающих отраслей осуществлялась уникальная по размаху социальная программа. Процесс создания новой системы здравоохранения осложнялся санитарно-эпидемиологическими проблемами. Область была одним из лидеров в РСФСР по заболеваемости различными инфекциями. В 1964 г. уровень заболеваемости дифтерией в области (14,4 случаев на 1000 человек) в 3 раза превышал среднереспубликанский (4,5 случая на 1000 человек), от дифтерии умирало до 7 % заболевших [1, л. 38]. В середине 1960-х гг. оставалась напряжённой обстановка по заболеванию сыпным тифом, разносчиками которого были вши [1, л. 40].

Заболеваемость кишечными инфекциями в области в 1965 г. была в 2 раза выше, чем в РСФСР и выражалась показателем 1600 заболевших на 100000 человек [2, л. 21]. Одним из лидеров кишечных инфекций был брюшной тиф. В первой половине 1960-х гг. уровень заболеваемости этой инфекцией в 5 раз превышал показатель по РСФСР [1, л. 43]. Три четверти заболевших приходилось на промышленную зону освоения нефтегазовых месторождений [1, л. 43]. Ханты-Мансийский автономный округ оставался самым неблагоприятным в области по заболеваемости брюшным тифом. В 1970 г. она в несколько раз превышала заболеваемость и по области, и по Российской Федерации. За 5 месяцев 1970 г. здесь было зарегистрировано 45 случаев брюшного тифа из 75 по области, а за соответствующий период 1969 г. – 46 случаев из 94 [4, л. 152].

Заболеваемость туберкулезом превосходила средний показатель по РСФСР почти в 2 раза, среди национального населения – в 5 – 6 раз. Количество больных на 100 тыс. человек по РСФСР было 740, а в Тюменской области – 1365 [1, л. 9]. Требовали внимания такие болезни как трахома, туляремия, гепатит.

В связи с неполным охватом населения профилактическими осмотрами показатели заболеваемости и болезненности были занижены. Условия крайнего Севера, недостаточная укомплектованность кадрами и слабая техническая оснащённость медучреждений не позволяли проводить профилактические осмотры в большем объёме. В городах каждые два года проводился осмотр больных. В 1964 г. в Ханты-Мансийском округе было осмотрено более 50 % городского населения и 20 – 25 % сельского населения, а в Ямало-Ненецком – 50 % всего населения округа [1, л. 117].

В своем развитии Западно-Сибирский нефтегазовый комплекс прошел два этапа. Первый этап (1964 – 1977 гг.) характеризовался ведущей ролью нефтяной промышленности с преобладанием фонтанной добычи. Второй этап (1977 – 1990 гг.) отличался тем, что значение нефтяной и газовой отраслей в рамках добывающего района сблизились, начался переход к механизированной добыче нефти. В 1960-е гг. в программных документах в центре внимания находилось ускоренное развитие нефтяной промышленности. Планировалось создать комплексную долгосрочную программу развития региона, которая бы охватывала различные сферы жизнедеятельности районов освоения. Главным элементом комплексности считалось создание предприятий нефтехимии и нефтепереработки, строительство которых началось в 1974 – 1975 гг. Большое внимание уделялось развитию строительной базы, сельского хозяйства, рыбной, пищевой, лесной, деревообрабатывающей отраслей. В социальном развитии региона в начале освоения часто дополнительно к постановлениям следовало выделение средств на решение социальных проблем, средства производственного назначения использовались на социальные нужды. Но с конца 1960-х гг. удельный вес капиталовложений на непромышленное строительство сократился (с 16 % в 1960-е гг. до 10 – 12 % в 1970-е гг.). Руководство областей, министерств начало склоняться к возможности освоения региона с использованием вахтового метода [15].

Решение проблемы преодоления инфекционных заболеваний было связано с решением комплекса социальных задач: ростом уровня материального благосостояния населения, развитием системы банно-прачечного обслуживания, вводом систем канализационных и очистных сооружений, повышением расходов на здравоохранение, ростом числа профилактических и лечебных учреждений, обеспечением медицинских учреждений врачебными кадрами, совершенствованием профилактических мероприятий, санитарного просвещения населения и т. д.

Одной из причин завшивленности, приводящей к распространению сыпного тифа, было недостаточное банное обслуживание. В Тобольске количество банных мест в середине 1960-х гг. составляло 25 % от потребности. Лишь на 50 % было обеспечено банями население Тюмени и Ханты-Мансийска. В городах отсутствовало благоустроенное жилье, не было канализации, водопровода [1, л. 41].

Основной предпосылкой высокого уровня брюшного тифа было отставание благоустройства

населённых пунктов. В середине 1960-х гг. по Тюменской области только Тюмень имела водопровод с полным комплексом очистительных сооружений [1, л. 61]. Плановая коммунальная очистка проводилась только в Тюмени и лишь в центре города. В Ханты-Мансийске более 50 % нечистот не удалялось. В Салехарде очистка города производилась в рамках весенней кампании с помощью случайного транспорта [1, л. 44]. Посёлки геологов Тюменского геологического управления Нефтеюганск, Мегион отличались захламленностью, загрязнением источников питьевой воды сточными водами при отсутствии бактериологического контроля [3, л. 8].

Постановлением правительства СССР от 20 июня 1962 г. «О мероприятиях по резкому снижению тифопаразитарных заболеваний» предусматривалось первоочередное выделение финансирования, труб и стройматериалов на сооружение водопроводов и канализации в городах с высокой заболеваемостью брюшным тифом, таких как Тобольск, Ханты-Мансийск [1, л. 46]. Но ведомства, обремененные решением производственных задач, были не способны уделять внимание проблемам быта и здоровья населения [2, л. 53]. В конце 1969 г. Верховным Советом СССР был утверждён новый документ – «Законодательство о здравоохранении». Основными задачами назывались, в том числе дальнейшее снижение заболеваемости, и, в первую очередь, инфекционной, сокращение общей и детской смертности.

В 1960 – 70-е гг. водоснабжение осуществлялось из открытых водоёмов, не было хлорирования воды, в артезианских скважинах содержание железа в 1 литре воды в десятки раз превышало среднестатистические нормы. Мусорные ящики в населённых пунктах округов были переполнены [3, л. 218]. Проблема благоустройства не была решена в 1980-е гг. В 1990 г. реальную угрозу возникновения и вспышек инфекционных заболеваний создавала перегрузка канализационных очистительных сооружений в городах Ханты-Мансийск, Нижневартовск, Сургут и др. Тысячи кубометров неочищенной сточной воды сбрасывались в открытые водоёмы [10, л. 34]. Населённые пункты Ханты-Мансийского, Берёзовского, Кондинского, Октябрьского районов не имели канализации. Бактериологические показатели воды по округу ухудшились в полтора раза, по химическим показателям вода не отвечала требованиям ГОСТа на 66 % [10, л. 35]. В Ишимском районе 18 % питьевой воды не соответствовало ГОСТу «Вода питьевая» по бактериологическим показателям и 35 % – по содержанию железа. В Тюменском районе количество неудовлетворительных проб воды составляло от 18 до 32 % [9, л. 55].

Уровень здоровья коренных жителей был связан с санитарным состоянием мест проживания. В 1987 г. в посёлках Аган, Русскинские Сургутского района, Няксимволь, Саранпауль Берёзовского района имелись артезианские скважины. В них заболеваемость населения кишечными и кожными заболеваниями регистрировалась в единичных случаях. В Берёзовском районе большая часть коренных жителей пользовалась водой из открытых водоёмов, что являлось причиной высокой инфекционной заболе-

ваемости. Заболеваемость коренного населения Берёзовского района дизентерией составила в 1986 г. 2755 человек на 100000 населения, что было на 50 % больше среднеокружного показателя по национальному населению (1383), острыми желудочно-кишечными заболеваниями – 3927 человек, что было на 54 % больше среднеокружного показателя (2122) [11, л. 20]. Водный фактор являлся ведущим и в ходе процесса инфекционного гепатита, но вопросы водоснабжения не рассматривались на заседаниях райисполкома [10, л. 155].

Продолжалось экстенсивное развитие здравоохранения без учёта качества. Главным было строительство промышленных предприятий, военно-промышленного комплекса, а не проблема обеспечения потребностей человека. Необходимо было начинать переход к интенсивному пути развития современных технологий.

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 870 от 22. 09. 1977 г. «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» говорилось, что в стране ликвидированы многие ранее распространенные инфекционные заболевания. Министерством и ведомствам в целях дальнейшего снижения заболеваемости острыми кишечными инфекциями ставилась задача осуществить мероприятия по соблюдению санитарных и технологических условий при производстве, транспортировке и реализации продуктов питания, а также по санитарному благоустройству городов и сельских населенных пунктов. Министерство здравоохранения СССР должно было усилить государственный санитарный надзор за соблюдением предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических норм и правил [18].

Отличительной чертой стратегии развития Западно-Сибирского нефтегазового комплекса с 1977 г. явилось усиление внимания к социальным проблемам, каждый из документов этого периода содержал большой блок жилищных социально-бытовых, культурных, медицинских мер. В регион были направлены строительные подразделения всего СССР. Предусматривался рост числа городов и поселков в районах нового промышленного освоения, объёмы заданий по жилищно-гражданскому строительству возрастали. В 1980 г. вышло Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 20 марта № 241 «О неотложных мерах по усилению строительства в районах Западно-Сибирского нефтегазового комплекса».

Затраты на здравоохранение области увеличивались. Если в 1965 г. расходы на одного жителя составляли 32,2 раз в год, то в 1986 – 70,9 раз [14, с. 18; 16, с. 28; 17, с. 41, 42]. В 1965 – 1987 гг. самые большие расходы приходились на Ямало-Ненецкий округ – от 71,0 руб. в 1965 г. до 76,0 руб. в 1986 г. В 1965 – 1970 гг. они более чем в 2 раза превышали среднеобластные. Объём государственных капиталовложений, направленных на здравоохранение, вырос с 2917 тыс. руб. в 1965 г. до 192108,3 тыс. руб. в 1986 г. [5, л. 13].

Значительно вырос объём капиталовложений по строительству лечебно-профилактических учреждений. Если в 1961 – 1965 гг. капиталовложения, направленные на строительство объектов здравоохранения, составляли 8 млн рублей, то в 1966 – 1970 гг. – свыше 30 млн рублей, т. е. выросли почти в 2 раза. Ещё более быстрыми темпами велось строительство медицинских учреждений в национальных округах. Если в 1961 – 1965 гг. на строительство лечебно-профилактических учреждений в округах было освоено 1913 тыс. руб., то в 1966 – 1970 гг. – 13413 тыс. руб., т. е. расходы выросли в 7 раз [5, л. 8].

Число инфекционных больниц оставалось неизменным: с 1965 по 1986 г. их было всего две на всю область [14, с. 19; 16, с. 29; 17, с. 43]. Число коек росло за счет открытия инфекционных отделений и коек в районных и городских больницах. В 1965 г. их было 1422, в 1975 г. – 2467, в 1986 г. – 2992. Особенно быстро увеличивалось число инфекционных коек в северных округах: с 1965 по 1986 г. в ХМАО – в 4,3, а в ЯНАО – в 4,1 раза [14, с. 74; 17, с. 81].

В 1970-е гг. продолжала совершенствоваться специализированная медицинская помощь, началось строительство крупных амбулаторно-клинических комплексов на 500 и более посещений в смену.

Несмотря на увеличение ассигнований на здравоохранение, они никогда не превышали 6 % от ВВП, да и то этот уровень был достигнут только в 1965 г. Все ресурсы государства направлялись на промышленность, частично – на сельское хозяйство и остаток – на социальную сферу, в том числе и здравоохранение.

Динамика обеспечения населения инфекционными койками замедлялась из-за прироста населения. До 1975 г. этот показатель рос (с 11,0 до 15,1), затем начал сокращаться. В 1986 г. он составлял 10,5 на 10000 человек и превышал республиканский, выражавшийся в 9,6 на 10000 человек в 1985 г. [14, с. 87; 16, с. 54; 17, с. 80, 87, 88].

Туберкулёзных коек не хватало. По нормативам в области должно было быть 1800 туберкулёзных коек, из них 1000 – в северных национальных округах. В 1964 г. в этих округах было 470 коек, из них в Ямало-Ненецком округе – 210, в Ханты-Мансийском – 260 [1, л. 10]. По Тюменской области число развёрнутых туберкулёзных коек на конец года с 1965 по 1986 гг. выросло с 1681 до 1713; по Ханты-Мансийскому округу соответственно с 312 до 375, по Ямало-Ненецкому округу – с 290 до 347 [14, с. 78; 17, с. 83, 84].

Вопрос кадров являлся серьёзной проблемой. Ежегодно численность врачей и обеспеченность ими в области увеличивались за счёт выпускников Тюменского мединститута: с 1965 по 1986 гг. численность врачей-инфекционистов возросла с 59 до 218, а обеспеченность ими – с 0,5 до 0,8 на 10000 населения. Численность врачей-эпидемиологов и инфекционистов за рассматриваемый период увеличилась с 178 до 480, так же как и обеспеченность ими – с 1,4 до 1,7 на 10000 населения [14, с. 27, 28; 16, с. 39, 41; 17, с. 57, 58, 67, 68]. Укомплектованность врачебных должностей инфекционистами по области в 1986 г.

составляла 99,2 % [17, с. 78]. Эти показатели росли медленно и были более низкими, чем по РСФСР и существующим плановым нормативам [7, л. 71].

Одной из важнейших задач здравоохранения в рассматриваемый период была ликвидация туберкулёза как массового заболевания. Решение этой задачи планировалось осуществить ещё во второй половине

1970-х гг. Заболеваемость туберкулёзом коренных жителей Севера снизилась с 45,0 в 1985 г. до 37,3 в 1986 г. на 10000 человек. Однако в 1987 г. проблема борьбы с туберкулёзом среди национального населения оставалась одной из важнейших задач. В Нижневартовском, Сургутском районах заболеваемость туберкулёзом среди национального населения являлась самой высокой и в течение ряда лет составляла 50 – 80 случаев на 10000 населения [11, л. 20].

Показатели заболеваемости сельских жителей туберкулёзом, общая и детская смертность в 1980-е гг. продолжали оставаться более высокими, чем среди городского населения. Контингент больных туберкулёзом (на 100000) на селе составлял 181,45 % по отношению к городским жителям в 1984 г., а в 1987 г. – уже 194,2 %. В 1987 г. снижение заболеваемости туберкулёзом по селу составило всего лишь 1,4 %, а по городу – 7,9 % [9, л. 44]. Основное количество больных находилось в глубинке, где проживало коренное население. Во второй половине 1980-х гг. в окружных лечебно-профилактических учреждениях и центральных районных больницах были организованы выездные врачебные бригады, передвижные врачебные амбулатории. В 1987 г. передвижной рентгенологический отряд противотуберкулёзного диспансера в составе врача-рентгенолога и рентгенлаборанта, оснащённый портативным флюорографом, проводил профилактические осмотры населения Кондинского, Нижневартовского и Ханты-Мансийского районов [9, л. 21].

Профосмотр в округах проводился с помощью рентгеновских аппаратов УРПХ 70-1, по техническим условиям которых можно было осматривать не более 10 человек в день. Врачи же осматривали по 30 человек и более. Это отрицательно сказывалось на здоровье медработников [1, л. 10]. Низкая продуктивность рентгенаппаратов и большое количество времени на передвижение (на оленях, водном транспорте) ограничивали возможность осмотров. В 1986 г. было осмотрено с целью выявления больных туберкулёзом на 1000 населения Ханты-Мансийском округе – 78,5 %, в Ямало-Ненецком – 84,12 %, по области – 82,29 %. 80,6 % пациентов, из осмотренных на туберкулёз, были проверены флюорографически [17, с. 151].

В 1981 г. в области оставалась напряжённая эпидемиологическая ситуация. Общее число инфекционных заболеваний выросло на 28 %, в том числе кишечных инфекций – на 31 %, острой дизентерии – на 39 %, брюшного тифа – на 16 %, инфекционного гепатита – на 7,5 %, заболеваемость туляремией увеличилась в 8 раз, дифтерией – на 7 случаев [6, л. 120]. Заболеваемость различными инфекциями с 1980 по 1987 гг. стала больше в 2 раза. Самые высокие показатели были в Ямало-Ненецком округе: в

1986 г. они превышали среднеобластные в 1,2 раза (соответственно 90,7 и 74,9) [17, с. 29, 30]. Количество случаев инфекционных и паразитарных заболеваний на 1000 жителей увеличилось с 1980 по 1987 гг. с 43,7 до 80,1. В 1990 г. в округах продолжали регистрироваться вспышки инфекционных заболеваний, удельный вес которых на отдельных территориях составлял 30 – 50 %. Выше среднеобластных показателей был уровень заболеваемости туберкулёзом, сывороточным гепатитом, брюшным тифом, сальмонеллёзом, иерсинеозами, поражённость биогельминтозами [10, л. 34].

С середины 1960-х гг. в Тюменской области отмечалось снижение заболеваемости дифтерией [4, л. 30], но к началу 1980-х гг. дифтерия продолжала оставаться проблемой. Причинами роста инфекции стали серьёзные ошибки в клинической и лабораторной диагностике, снижение уровня иммунной прослойки из-за несвоевременной или неправильной вакцинации [6, л. 120]. В 1986 г. в связи с ростом заболеваемости дифтерией среди взрослого населения по предложению областной санэпидемстанции успешно проводилась иммунизация взрослых с охватом 95 % населения неблагополучных территорий [8, л. 59].

В 1981 г. наблюдалось повышение заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Наиболее высокий уровень отмечался в Советском, Заводоуковском, Ялуторовском, Сорокинском районах, городах Тюмени, Тобольске, Нижневартовске. В середине 1980-х гг. начало фиксироваться снижение заболеваемости: если в 1985 г. по области на 100000 населения было 506,8 случаев острых кишечных инфекций, то в 1987 г. – 434,0 [13, с. 94]. Если сравнить заболеваемость кишечными инфекциями в области в 1965 г. (1600 случаев) и в 1987 г. (434,0 случаев на 100000 человек населения), то она снизилась почти в 4 раза.

В 1981 г. уровень заболеваемости брюшным тифом снизился по сравнению с первой половиной 1960-х гг. в 2,5 раза, но всё-таки превышал среднереспубликанские показатели более чем в 2 раза. Высокий уровень заболеваемости и эпидемиологического неблагополучия определялся в основном сельскими территориями Ханты-Мансийского округа, Уватским, Тобольским, Тюменским районами, городами Тобольском и Тюменью [6, л. 120]. В 1985 г. по области и неблагополучным территориям (в Ханты-Мансийске, Ханты-Мансийском, Октябрьском, Бердюжском районах) уровень заболеваемости брюшным тифом в 2 раза превышал среднереспубликанский [8, л. 59]. В 1990 г. в округах он ещё превосходил среднеобластной [10, л. 39].

В конце 1980-х гг. в области появились новые инфекции: начался рост заболеваемости вирусным гепатитом за счёт Армизонского, Голышмановского, Упоровского, Омутинского, Заводоуковского, Исетского, Берёзовского районов, городов Салехарда, Нягани, где показатели заболеваемости в 1989 г. в 2 – 5 раз превышали среднеобластные [10, л. 155]. Заболеваемость вирусным гепатитом в 1985 г. составляла 151,7, а в 1987 г. – 490,3 случаев на 100000 населения [13, с. 94]. В 1981 г. в области создавалась не-

благополучная обстановка по туляремии. Отмечался рост заболеваемости в 8 раз. Показатель составлял 4,7 против 0,45 по РСФСР [6, л. 121].

Постановление от 19 ноября 1987 г. № 1318 ЦК КПСС и Совета Министров СССР о здравоохранении в XII пятилетке и на перспективу до 2000 г. определило задачи Министерству здравоохранения СССР, Советам Министров союзных республик по осуществлению мер по значительному снижению инфекционных болезней, в первую очередь гриппа и других острых респираторных заболеваний, на долю которых приходилось около половины всех случаев временной нетрудоспособности, а экономический ущерб составлял около 3,5 млрд руб. в год. С этой целью намечалось разработать эффективные средства профилактики и лечения, широко использовать общегигиенические и закаливающие процедуры, особенно среди детей, улучшить организацию прививочного дела, а также снизить заболеваемость кишечными инфекциями и вирусным гепатитом за счет предупреждения микробного и вирусного загрязнения питьевой воды и пищевых продуктов [19].

Борьба с эпидемиями в Тюменской области замедляла переход здравоохранения страны на новые, интенсивные методы работы, направленные на предупреждение хронически протекающих болезней на основе формирования здорового и трезвого образа жизни. Как и до войны, медицинская помощь сосредоточивалась на санитарно-противоэпидемических мерах, особенно эффективных, когда инфекционные и паразитарные болезни занимают первые места в структуре заболеваемости и смертности.

#### Литература

1. ГАТюмО (Государственный архив Тюменской области) Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611.
2. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 617.
3. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 709.
4. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 715.
5. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 933.
6. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а.
7. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а.
8. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а.
9. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1222 а.
10. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1264 а.
11. ГАТюмО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1292 а.
12. Здравоохранение и социальное обеспечение в РСФСР: статистический сборник. – М.: Центральное статистическое управление при Совете Министров РСФСР, 1976. – 300 с.
13. Здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт в СССР: статистический сборник. – М.: Госкомстат РСФСР по статистике, 1988. – 315 с.
14. Здравоохранение Тюменской области в 1965 – 1975 гг.: статистический сборник. Тюменский областной отдел здравоохранения. Бюро медицинской статистики. – Тюмень, 1977. – 315 с.
15. Колева, Г. Ю. Стратегия развития Западно-Сибирского нефтегазового комплекса (1960 – 1980-е гг.) / Г. Ю. Колева. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-razvitiya-zapadno-sibirskogo-neftegazovogo-kompleksa-1960-1980-e-gg-1>
16. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1980 г.: статистический сборник. Отдел здравоохранения Тюменского облисполкома. Областное бюро медицинской статистики. – Тюмень, 1981. – 311 с.
17. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1986 г.: статистический сборник. Отдел здравоохранения Тюменского облисполкома. Областное бюро медицинской статистики. – Тюмень, 1987. – 311 с.
18. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 870 от 22. 09. 1977 г. «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения». – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901862755>

В течение 1960 – 1980-х гг. Тюменская область занимала важное место в экономике СССР в связи с развитием нефтегазовой промышленности и одно из первых мест по инфекционным заболеваниям. В новых городах и посёлках, в первую очередь, строились жильё и промышленные сооружения, а не детские сады, лечебно-профилактические, образовательные, культурно-просветительные учреждения, водопровод и канализация. Поэтому их санитарно-эпидемиологическое состояние было катастрофическим. Многие проблемы в 1970-е гг. и позднее стали решаться за счет нефтедолларов, всячески ускорилась добыча тюменской нефти, при этом не успевали развивать социальную инфраструктуру.

В государственной политике здравоохранения наибольшее внимание уделялось развитию лечебно-профилактической помощи населению, строительству лечебно-профилактических учреждений, помощи матерям и детям, кадровой политике. В области работали главный инфекционист, главный эпидемиолог, главный инженер-строитель. Проблема острых кишечных инфекций и туберкулёза особенно остро стояла в национальных округах, где условия оказания квалифицированной помощи очень осложнялись отсутствием связи, большими расстояниями, бездорожьем. В 1965 – 1987 гг. самые большие государственные расходы на развитие здравоохранения приходились на Ямало-Ненецкий округ. К 1991 г. были побеждены трахома, дифтерия и сыпной тиф, отмечались более низкие показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями и туберкулёзом.

19. Постановление 1987 г. Министерства здравоохранения СССР, Советов Министров союзных республик о здравоохранении в XII пятилетке и на перспективу до 2000 г. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901753587>

**Информация об авторе:**

**Шорохова Ирина Ивановна** – аспирант кафедры истории и культурологии Тюменского государственного нефтегазового университета, научный сотрудник музейного комплекса (научно-фондовый отдел краеведческого направления Государственное автономное учреждение культуры Тюменской области «Музейный комплекс им. И. Я. Слоцова»), 8-908-868-14-22, [Shorohovairina@mail.ru](mailto:Shorohovairina@mail.ru).

**Irina I. Shorohova** – post-graduate student at the Department of History and Cultural Studies, Tyumen State Oil and Gas University; Researcher at the Department for Local History, I. Ya. Slovtsov Museum Complex.

*Статья поступила в редколлегию 06.02.2014 г.*