

УДК 94(571.17):614.2-058.56 "1941/1945"

**ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ КУЗБАССА  
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ***Е. В. Нукифорова***THE PROBLEMS OF MEDICAL CARE OF KUZBASS PRISONERS DURING  
THE GREAT PATRIOTIC WAR***E. V. Nikiforova*

В данной статье автор рассказывает о медицинском обслуживании заключенных Кузбасса в годы Великой Отечественной войны. Выполнение трудовых планов, поставленных перед лагерем являлось первоочередной задачей для администрации исправительных учреждений. На этом фоне сохранению физического здоровья заключенных отводилась второстепенная роль.

The author of this article tells about medical care of Kuzbass prisoners during the Great Patriotic War. The primary task of administrative correctional facilities was the execution of plans posed to the camp. In this situation, taking care of physical health of prisoners was on the second place.

**Ключевые слова:** заключенные, медицинское обслуживание, инвалиды, санитарно-бытовые условия, Кузбасс, Великая Отечественная война.

**Keywords:** prisoners, medical care, disabled people, conditions of sanitary and life, Kuzbass, the Great Patriotic War.

В военное время в стране наблюдался демографический кризис, который таил в себе серьезную угрозу. Армейские мобилизации, эпидемии, плохое питание, тяжелый труд, болезни, вызванное ими вымирание населения могли сорвать оборонное производство, без которого страна была бы обречена на поражение [9, с. 115].

В связи с этим свою особую актуальную роль начинает играть труд подневольных рабочих. Однако деятельность здравоохранения сибирских лагерей в чрезвычайных условиях относится к малоизученным страницам краевой истории.

Великая Отечественная война крайне усугубила положение заключенных, особенно в плане материально-бытового обеспечения и медицинского обслуживания. Виной тому стала массовая эвакуация лагерных материальных ценностей на нужды обороны и постоянный рост передвижения осужденных, что вызвало большую их концентрацию в учреждениях по месту их новой дислокации [5, с. 232].

Часть производств Сибирского лагеря находилась в труднодоступных местностях Кузбасса. В суровом климате, здесь порой было сложно наладить безопасную организацию труда, что влекло случаи физических увечий на производстве и в быту. Кроме того, в июле 1942 г. начальник ГУЛАГа НКВД СССР В. Г. Наседкин разъяснял, что администрации лагерей дано право при необходимости сокращать количество дней отдыха заключенным, занятым в сельском хозяйстве в период посевной и уборочной кампаний. Продолжительность рабочего дня для невольников устанавливалась в 11 часов. Кроме тяжелого рабского труда, серьезной проблемой для качественного медицинского обслуживания являлись существовавшие в лагере санитарно-бытовые условия.

Как отмечалось на очередном совещании представителей администрации Сиблага НКВД,

«Л. П. Берия в своем приказе № 0033 требует от нас сохранить и улучшить физическое состояние заключенных [3, Д. 12, л. 7]». Однако на том же совещании констатировались факты досрочной выписки людей из санчасти, наличие некачественной питьевой воды, выводы больных людей на работы. Что, в свою очередь, вело к тому, что увеличивалось количество заключенных, не способных к труду по состоянию здоровья [3, Д. 12, л. 8 об.]. Вследствие этого, во многих подразделениях Кузбасса до 50 % работников выходило из производственного строя. Такие случаи наблюдались в Антибесском, Бериккульском, Суловском отделениях и Летяжском Отдельном лагерном пункте [3, Д. 10, л. 5 об.].

Для администрации места заключения, решение проблем санитарно-бытового обслуживания контингента не являлась первоочередной задачей. Убыль рабочей силы в связи с огромной смертностью компенсировалась поступлением новых этапов. К тому же практика постоянной переброски заключенных между подразделениями приводила к незаинтересованности начальства лагерных подразделений в его оздоровлении, так на 1944 год текучесть контингента в Сиблаге достигала 70 % [3, Д. 17, л. 53].

В годы войны ужесточался режим, увеличивались нормы выработки, вводилось продление рабочего дня. Последовательно уменьшались нормы питания, которые и в мирное время были невелики [11, с. 16]. Это сразу же привело к резкому увеличению смертности [8]. По приказу № 315 от 6 июня 1943 года, всех больных, хроников и инвалидов, находящихся в полустационарах, требовалось кормить по более высокому – второму котлу с выдачей 600 г. хлеба. Остальных больных, не подлежащих по своему физическому состоянию переводу в лечучреждения, зачислять на довольствие по норме № 1, с выдачей 400 г. хлеба [1, Д. 10, л. 20].

В этой ситуации, когда каждые рабочие руки были на счету, необходимо было заботиться о физическом состоянии подневольных людей. Важным аспектом проблемы выживания заключенных являлось оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи. Однако, уделяя основное внимание соблюдению режима и выполнению производственного плана, лагерное руководство отводило медицине второстепенную роль. Указания из Москвы противоречили друг другу: с одной стороны, необходимо было оздоравливать людей, с другой – выполнять поставленные сверху производственные планы.

С того момента, как власть в НКВД перешла к Л. П. Берии, в системе ГУЛАГа систематически проводилось массовое перераспределение заключенных. Лагеря различной направленности – строительные, лесные, рудодобывающие – освобождались от контингента не способного к физическому труду, – инвалидов и ослабленных заключенных. Таких заключенных поставляли в оздоровительные лагеря, где практиковались более легкие условия труда, что должно было способствовать постепенному восстановлению здоровья узника.

Лагерная практика привлечения на некоторые административные должности заключенных распространялась и на медицинских работников, что было связано с нехваткой собственных медицинских кадров. К таким должностям обычно привлекались заключенные, отбывавшие свой срок за бытовые преступления. Но в своей работе врач должен был руководствоваться потребностями лагеря в определенном количестве рабочей силы, необходимой для выполнения производственного плана. В местах заключения обычно существовал лимит на освобождение от работы, превышение которого грозило опасными последствиями для заключенного на должности медика: его могли посадить в карцер, перевести в другой лагерь или направить на общие работы [14].

Особенностью лагерной медслужбы было то, что местный медперсонал, многие работники которого были заключенными, постоянно находился под давлением со стороны лагерного начальства, требовавшего не допустить каких-либо остановок производства, и поэтому серьезные заболевания, такие, как чесотка, венерические болезни, туберкулез и другие, игнорировались до тех пор, пока уровень инфицированности резко не возрастал.

На этом фоне еще очевиднее становится героизм лагерных врачей, которые, несмотря на отсутствие средств и возможностей, с полной самоотдачей, нередко с невероятной изобретательностью, героически старались помочь своим борющимся за жизнь товарищам по несчастью [14].

Проблемой для медперсонала были инфекционные заболевания, в первую очередь, кожные и желудочно-кишечные. На протяжении всего времени существования лагеря на его территории шла постоянная борьба с переносчиками опасных заболеваний – крысами и мышами.

Результатом плохих санитарно-бытовых условий содержания заключенных (недостаток мыла и чистого белья, нехватка бань, скученность контингента) в Сибирском исправительно-трудовом лагере явилось распространение вшивости среди узников [3, Д. 6. л. 54 об.]. Также постоянно шла борьба с такими насекомыми-паразитами, как клопы и тараканы.

Туберкулезом заболевали преимущественно лица в возрасте до 40 лет. Заболеваемость сопровождалась большой смертностью. В год смертность от туберкулеза легких составляла в среднем 5,5 %, и Сиблаг, вместе с такими лагерями как Краслаг, Темлаг и т. д., имел высокие показатели смертности от этого заболевания [11, с. 46]. Имевшиеся перебои с питанием, недостаточное введение белков в пищевом рационе заключенных не могли не вызвать всплеск авитаминозов (пеллагры). Показатель смертности от пеллагры, по сравнению с уровнем смертности от других заболеваний составил только в 1942 году в Сиблаге 73 % [11, с. 48].

Кроме того, среди причин смертности свою роль играл неправильно поставленный диагноз. Под действием голода, пеллагры, физического истощения и психического перенапряжения, клиническая картина многих заболеваний резко менялась, а некоторые болезни протекали совершенно незамеченными.

В Сиблаге на 1943 г. действовало 59 амбулаторий, 44 стационара на 1600 человек, центральный госпиталь на 200 коек, 32 полустационара на 500 мест и 3 оздоровительно-профилактических пункта на 270 мест [3, Д. 13-а, л. 7] на приблизительно 30000 заключенных. Имелись также специальные оздоровительно-профилактические пункты.

Оздоровительные пункты были образованы еще до войны под названием слабосильных команд или оздоровительно-профилактических пунктов. С началом войны они были ликвидированы, но из-за резкого ухудшения состояния здоровья заключенных их пришлось вновь открыть в 1942 году [10].

В 1944 г., после наведения определенного порядка, специальные оздоровительно-профилактические пункты и оздоровительные команды действовали в 22 подразделениях Сибирского лагеря. Они предназначались для проведения оздоровительных мероприятий среди заключенных, улучшения их физического состояния. Сюда направлялись отличники производства, ударники и лица, систематически выполняющие и перевыполняющие производственные нормы. Пунктам выделялись лучшие из помещений. Срок пребывания в них составлял 2 недели. Распорядок дня предусматривал подъем в 7 часов, уборку помещений – 30 минут, завтрак – 30 минут, медосмотр и лечебные процедуры – с 8-30 до 10-30. К передовикам вскоре добавились заключенные с резко выраженным истощением, перенесшие тяжелое заболевание или сложные операции.

Центральный госпиталь в связи с переездом Управления Сиблага НКВД в г. Мариинск, а также в целях улучшения своей работы был выделен в самостоятельную единицу. При нем в Баимском Отдельном лагерном пункте действовал психоизолятор. На

местах – родильные комнаты [1, Д. 10. л. 22]. Тяжесть положения в лагерном здравоохранении усугублялась тем, что медики были не подготовлены к приему больных и ослабленных заключенных, численность которых постоянно росла в прибывающих этапах. Врачи оказывались беспомощными перед болезнями, которые там свирепствовали: сыпной тиф, авитаминоз, дизентерия. Частыми случаями были обморожения, разного рода увечья, грыжи, непроходимость кишечника, гнойные инфильтраты и другие болезни, требующие хирургического вмешательства [13].

Лагерные медики нередко становились «крайними», неся ответственность за неудовлетворительные условия содержания, недостаточное питание и чрезмерное физическое использование контингента. При этом следует иметь в виду случаи негативного отношения самих невольников к проводимым санитарной службой лечебно-профилактическим мероприятиям, так как заключенные нередко не только не желали улучшить свое здоровье, но, напротив, всячески стремились усугубить свое болезненное состояние, надеясь таким образом получить возможность освобождения от работ и направления в лечебное учреждение для поправки здоровья с лучшими условиями питания, а также досрочное освобождение от наказания [11, с. 16].

Рецидивисты, стремясь уклониться от работы, особенно на лесозаготовках, добиться досрочного освобождения, попасть на длительный срок в больницу для лечения или выполнения какого-либо задания преступного мира, рубили себе пальцы, руки, ноги, засыпали глаза чернильным порошком из карандаша, делали искусственные флегмоны, разными способами вызывали обострение имеющихся хронических заболеваний или вызывали острое воспаление разных органов, приводящее их нередко к инвалидности, заглывали гвозди, соски от умывальников, термометры, шпингалеты, вскрывали себе вены и пр. [10].

В этой ситуации медицинский персонал ГУЛАГа должен был обеспечить наибольшее количество людей, годных для использования на основном производстве. Компетентность этого персонала оценивалась при помощи процентных показателей смертности и заболеваемости, количеству неработающих и нетрудоспособных заключенных. Тем не менее сочетание плохих жизненных условий и тяжелой физической работы приводило к тому, что количество больных постоянно превышало допустимую норму [6, 193]. Администрация мест заключения, обязанная контролировать своевременное выполнение планов, поставленных перед лагерем, нередко боролась с этим явлением путем увеличения производственных норм на оставшуюся часть контингента. Усиление эксплуатации здорового контингента, в свою очередь, приводило к его постепенному ослаблению и необходимости медицинской помощи. В результате к тяжелому труду нередко привлекались ослабленные заключенные и инвалиды [3, Д. 1. л. 9].

Из-за нехватки медикаментов, недостатка больниц и лазаретов, рентгенаппаратов, физиоаппаратуры, лабораторного оборудования [3, Д. 17. л. 53], врачей и среднего медицинского персонала узники порой были лишены самой элементарной медицинской помощи. Врачебная помощь в условиях войны не всегда была своевременной из-за транспортных затруднений, что привело к дефициту лекарственной продукции не только в лагерных медучреждениях, но и в больницах области. В конце 1942 года из-за нехватки лекарственных средств лагерное руководство принимает решение открыть опытную фармаблаторию санитарного отделения для приготовления лекарственных веществ [13, с. 93 – 94]. Среди заключенных каждое лето организовывались бригады по сбору лекарственных трав [3, Д. 13-а. л. 5]. Но подобные меры не могли решить всех проблем оздоровления контингента.

Часто осужденные, прибывшие на место отбытия своего наказания, сразу попадали в больницу. За счет этого терялась рабочая сила в лагерях. Это было связано с тем, что инфекционная заболеваемость концентрировалась главным образом вдоль железнодорожных магистралей. Основная причина быстрого распространения такой заболеваемости – перемещения населения по территории страны, которые, на фоне слабости санитарного контроля, недостаточной медицинской помощи и пониженной естественной сопротивляемости большинства людей, создавали условия для переноса инфекций из одних районов страны в другие.

В «Отчете о работе политотдела Томской железной дороги» за октябрь 1941 г. его начальник И. Мошук писал: «Медпомощь организована плохо... Проходящие эшелоны с эвакуированным населением находятся в антисанитарном состоянии, отмечается высокий процент завшивленности, санобработке в пути следования и в местах разгрузки не подвергаются... Питание эвакуированных организовано крайне неудовлетворительно...» [Цит. по: 9, с. 126]. Так что, если обычные люди в поездах не могли быть обеспечены надлежащими санитарно-бытовыми условиями, то, что говорить о заключенных. Так, в 1942 году эпидемия сыпного тифа вспыхнула в Антибесском отделении, где количество заболевших достигло 44 человека. Источником болезни явились прибывшие в Сиблаг новые этапы заключенных [2, с. 452]. Также с этапами в лагерь поступало большое количество заключенных больных пеллагрой, нередко эта цифра достигала 60 % [3, Д. 12. л. 51].

После прибытия эшелона в лагерь люди помещались в карантин. По окончании карантина врачебно-трудкомиссия определяла категорию физического труда каждому заключенному. Исходя из медицинской пригодности спецконтингента, все рабочие процессы, характерные для производительного профиля того или иного лагеря, были разбиты по степени тяжести на тяжелые, средние и легкие [4, Д. 77, л. 26 – 27].

Здоровым людям устанавливалась первая категория трудоспособности, допускающая их использование на тяжелых физических работах; имеющих незначительные физические недостатки, относили ко второй категории трудоспособности и использовали на работах средней тяжести; других, имеющих явно выраженные физические недостатки и заболевания, относили к третьей категории трудоспособности и использовали на легких работах; калек, имеющих тяжелые физические недостатки, исключавшие возможность их трудового использования, относили к четвертой категории инвалидов.

Этапы заключенных первоначально сосредотачивались в Мариинском пересыльном пункте. Зона Мариинского пересыльного пункта в августе 1942 г. была разделена на 2 части: в одной содержались заключенные для пересылки, в другой неработающие инвалиды. При поступлении новых этапов заключенные подвергались тщательному медосмотру. Калек направляли в инвалидную зону. Часть из них, способных трудиться, передавали Баимскому лагерному пункту для работы на производстве ширпотреба. Взамен с этого лагерного пункта в Мариинск отсылали инвалидов-хроников [1, Д. 4. л. 35].

Документы свидетельствуют, что инвалидов, а также людей, способных только к легкому труду в Сиблаге, на 1942 год находилось около трети от всего контингента [4, Д. 370, л. 90]. Для Сиблага НКВД это было характерной особенностью, так как это был оздоровительный лагерь.

Наличие достаточно большого количества среди заключенных т. н. «слабосилки» приводило к перебоям в выполнении планов по основной производственной деятельности подразделений. Например, как отмечалось в докладной записке начальнику политотдела Сиблага НКВД майору госбезопасности А. П. Зайцеву, по Мариинскому отделению выполнение и перевыполнение производственного плана по выпуску продукции шло не за счет основных предприятий, таких, как ЦРММ (Центральные ремонтно-механические мастерские), ОСЗ (овощесушильные заводы), пимокатный цех, а за счет изготовления художественных изделий и корзиночек, чем занимались наиболее ослабленные люди [3, Д. 11. л. 80].

Но, однозначно говорить о том, что советская медицина плохо обслуживала заключенных, будет неправильно. Неполный объем финансирования тогда осуществлялся не только в здравоохранении лагерей, но и среди гражданского населения, в том числе и в областной столице – в г. Кемерово [7, с. 66; 12, с. 229].

Как отмечает Д. М. Панин, отбывавший наказание вместе с А. И. Солженицыным, «при всех своих недостатках лагерные санчасти в самых уродливых вариациях содержали все-таки в себе элементы милосердия. Достаточно появления одного - двух людей, и санчасть становилась источником спасения. Кого-то устроят санитаром, «лепилой», уборщиком;

многих поддержат выданным вовремя освобождением от работ; кого можно — сактируют; кому-то выпишут дополнительный лагерный паек... При этом следует иметь в виду, что деятельность санчасти проходила под бдительным оком «опера», прямого лагерного начальства, надзорсостава и всевозможных стукачей. Большое мужество требовалось врачам, да и вольному начальнику санчасти, чтобы выполнять свой долг, хотя бы и в урезанном и искаженном виде. Конечно, преобладали случаи, когда санчасть сдавалась, шла на поводу у лагерного начальства, и смерть косила ряды заключенных, но даже и такая санчасть все же кому-то облегчала участь, и кто-то поминал ее добрым словом» [Цит по: 10].

При всем этом необходимо отметить, что военное время потребовало от лагерей более высоких трудовых результатов в более короткие сроки, и подразделения ГУЛАГа добивались их. Так, в целом по лагерю в 1943 г. было посеяно зерновых культур на 1036 га и картофеля на 136 га больше плана [3, Д. 9. л. 111 об.].

Итак, проблемы медицинского обслуживания заключенных в Кузбассе в годы Великой Отечественной войны были связаны с недостатком финансирования пенитенциарной системы, суровой климатической средой, постоянной передислокацией контингента, тяжелыми условиями труда, физическим истощением и психическим перенапряжением большинства лагерного населения. Однако и в таких условиях администрация принудительного учреждения любыми путями стремилась выполнить намеченные трудовые планы, что вызывало рост различных заболеваний и повышенный процент смертности подневольных людей. Дешевая рабочая сила стала важной частью военно-экономической структуры государства.

### Литература

1. Архив Информационного Центра Главного управления внутренних дел по Кемеровской области (Архив ИЦ ГУВД КО), Ф. 11. – Оп. 263.
2. Гвоздкова, Л. И. История репрессий и сталинских лагерей в Кузбассе / Л. И. Гвоздкова. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 1997. – 516 с.
3. Государственный архив Кемеровской области (ГАКО), Ф. П-484. – Оп. 3.
4. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ), Ф. 9414. – Оп. 1.
5. Детков, М. Г. Тюрьмы, лагеря и колонии России / М. Г. Детков. – М.: Вердикт-1М, 1999. – 448 с.
6. Джойс, К. ГУЛАГ в Карелии: ГУЛАГ: экономика принудительного труда / К. Джойс. – М.: РОССПЭН, 2005. – С. 177 – 197.
7. Закиров, А. И. Здравоохранение города в годы Великой Отечественной войны / А. И. Закиров // Город Кемерово в годы Великой Отечественной войны. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2000. – 156 с.
8. Земсков, В. Н. ГУЛАГ (историко-социологический аспект) / В. Н. Земсков // Социологические

исследования. – 1991. – № 6. – С. 10 – 27.

9. Исупов, В. А. Социально-демографическая политика сталинского правительства в годы Великой Отечественной войны. Западная Сибирь в Великой Отечественной войне (1941 – 1945 гг.) / В. А. Исупов. – Новосибирск: Наука-Центр, 2004. – С. 115 – 144.

10. Нахапетов, Б. К истории санитарной службы ГУЛАГа / Б. К. Нахапетов // Вопросы истории. – 2001. – № 6. – С. 126 – 136.

11. Нахапетов, Б. Очерки истории санитарной службы ГУЛАГа / Б. Нахапетов. – М.: РОССПЭН, 2009. – 192 с.

12. Орлова, Е. А. Шефская помощь предприятий и организаций Кузбасса тыловым госпиталям во время Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. Сибирь в истории России / Е. А. Орлова. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2006. – С. 226 – 231.

13. Принудительный труд. Исправительно-трудовые лагеря в Кузбассе (30 – 50-е гг.) / отв. ред. Л. И. Гвоздкова. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 1994. – Т. 2. – 248 с.

14. Супады, Е. Врачи в советских лагерях / Е. Супады // Новая Польша. – 2008. – № 6.