



- <sup>15</sup> РГАНИ. Ф. 17. Оп. 88. Д. 73. Л. 49.
- <sup>16</sup> ГАРФ. Ф. 327, Оп. 1. Д. 47. Л. 59.
- <sup>17</sup> Там же. Л. 55.
- <sup>18</sup> Российский государственный архив социально-политической истории (далее – РГАСПИ). Ф. 327. Оп. 1. Д. 4. Л. 23.
- <sup>19</sup> См.: ГАРФ. Ф. 327. Оп. 1. Д. 32. Л. 266, 267, 268.
- <sup>20</sup> РГАНИ. Ф. 17. Оп. 88. Д. 732. Л. 51.
- <sup>21</sup> См.: Российский государственный архив экономики (далее – РГАЭ). Ф. 5675. Оп. 1. Д. 636. Л. 48.
- <sup>22</sup> Там же. Л. 75.
- <sup>23</sup> Там же. Л. 25.
- <sup>24</sup> Там же. Д. 546. Л. 41.
- <sup>25</sup> Там же. Д. 595. Л. 8.
- <sup>26</sup> Там же. Л. 12.
- <sup>27</sup> Там же. Д. 636. Л. 100.
- <sup>28</sup> Там же. Д. 595. Л. 13.
- <sup>29</sup> Там же. Д. 634. Л. 3.
- <sup>30</sup> Там же. Д. 636. Л. 99.
- <sup>31</sup> [http://www.gazetaingush.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6241:2012-02-23-06-33-49&catid=3:2009-05-05-20-23-47&Itemid=1](http://www.gazetaingush.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=6241:2012-02-23-06-33-49&catid=3:2009-05-05-20-23-47&Itemid=1) (дата обращения: 21.03.2014 г.)
- <sup>32</sup> РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 543. Л. 71.
- <sup>33</sup> Там же. Д. 595. Л. 12.
- <sup>34</sup> Там же. Д. 632. Л. 39.
- <sup>35</sup> ГАРФ. Ф. 259. Оп. 6. Д. 2603. Л. 15.
- <sup>36</sup> Там же. Л. 16.
- <sup>37</sup> РГАНИ. Ф. 17. Оп. 88. Д. 732. Л. 23.
- <sup>38</sup> Там же. Л. 38.
- <sup>39</sup> См.: РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 636. Л. 49, 50.
- <sup>40</sup> Там же. Л. 51.
- <sup>41</sup> [http://www.gazetaingush.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6241:2012-02-23-06-33-49&catid=3:2009-05-05-20-23-47&Itemid=1](http://www.gazetaingush.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=6241:2012-02-23-06-33-49&catid=3:2009-05-05-20-23-47&Itemid=1) (дата обращения: 21.03.2014).
- <sup>42</sup> ГАРФ. Ф. 7523. Оп. 75. Д. 365. Л. 8.
- <sup>43</sup> Там же. Л. 8.
- <sup>44</sup> Там же. Л. 12, 14.
- <sup>45</sup> Там же. Д. 364. Л. 9, 10.
- <sup>46</sup> См.: *Мякиев А. П.* Указ. соч. С. 78.
- <sup>47</sup> <http://www.memorial.krsk.ru/Exile/064.htm> (дата обращения: 07.12.2014).
- <sup>48</sup> РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 636. Л. 2.
- <sup>49</sup> Подробнее см.: *Костырченко Г. В.* Тайная политика Сталина. Власть и антисемитизм. М., 2003. С. 431.
- <sup>50</sup> [http://kirimtatar.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=278&Itemid=47](http://kirimtatar.com/index.php?option=com_content&task=view&id=278&Itemid=47) (дата обращения: 26.03.2014).
- <sup>51</sup> ГАРФ. Ф. 327. Оп. 1. Д. 47. Л. 61.
- <sup>52</sup> *Бугай Н. Ф.* Депортация народов Крыма. С. 117.
- <sup>53</sup> По районам эвакуированных распределили следующим образом: Азовский – 162 чел., Алуштинский – 2447, Белогорский – 1614, Бахчисарайский – 2364, Балаклавский – 2076, Джанкойский – 158, Зуйский – 213, Кировский – 428, Красногвардейский – 104, Куйбышевский – 2312, Нижнегорский – 320, Новоселовский – 32, Октябрьский – 103, Приморский – 204, Советский – 216, Судакский – 2553, Старо-Крымский – 1374, Симферопольский – 214, Ялта – 1119. (*Бугай Н. Ф.* Депортация народов Крыма. С. 136).
- <sup>54</sup> Там же. С. 136.
- <sup>55</sup> ГАРФ. Ф. 327, Оп. 1. Д. 19. Л. 62.
- <sup>56</sup> Там же.
- <sup>57</sup> РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 636. Л. 20.
- <sup>58</sup> ГАРФ. Ф. 327. Оп. 1. Д. 47. Л. 38.
- <sup>59</sup> РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 636. Л. 18.
- <sup>60</sup> <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 21.03.2014).
- <sup>61</sup> РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 636. Л. 15.
- <sup>62</sup> ГАРФ. Ф. 259. Оп. 6. Д. 577. Л. 7.
- <sup>63</sup> РГАЭ. Ф. 5675. Оп. 1. Д. 740. Л. 2, 3.
- <sup>64</sup> Там же. Д. 546. Л. 72.
- <sup>65</sup> Там же. Д. 740. Л. 4.
- <sup>66</sup> См.: ГАРФ. Ф. 327. Оп. 1. Д. 186. Л. 6, 7.
- <sup>67</sup> Там же. Л. 63.
- <sup>68</sup> Там же. Л. 71.
- <sup>69</sup> См.: *Мякиев А. П.* Указ. соч. С. 75.
- <sup>70</sup> <https://ru.wikipedia.org/wiki/%CD%E0%F1%> (дата обращения: 01.03.2014).

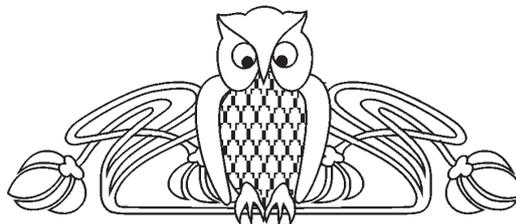
УДК 614(470.44/47)(09)19

## РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СССР ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 1950-х – ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 1980-х ГОДОВ (по материалам Нижнего Поволжья)

**А. А. Гуменюк**

Саратовский государственный университет  
E-mail: GumenukAA@rambler.ru

В статье анализируется процесс превращения специализированной медицинской помощи в неотъемлемую часть повседневной жизни населения Нижнего Поволжья в период хрущев-



ских и брежневских реформ. Статья базируется на богатом фактическом материале, извлеченном из архивов, опубликованных источников, периодической печати.

**Ключевые слова:** здравоохранение, поликлиника, больница, аптека, медикаменты, медицинский персонал, медицинское оборудование, коечный фонд, диспансеризация, инфекционная заболеваемость.



**Public Health Service Development in the USSR in the Second Half of the 1950s – the First Half of the 1960s (Based on the Data of the Lower Volga Region)**

**A. A. Gumenyuk**

The paper is devoted to the analysis of special medical care becoming an indispensable part of daily life of the Lower Volga region during Khrushchev's and Brezhnev's Soviet reforms.

This article is based on the vast set of factual materials from the archives, published sources and periodical press.

**Key words:** public health service, polyclinic, hospital, drug store, medicine, medical staff, medical equipment, hospital stock, health survey, infectious morbidity.

DOI: 10.18500/1819-4907-2015-15-4-108-116

Здоровье является основополагающим, базовым условием существования любого человека. Его состояние определяет как степень жизнедеятельности отдельного индивида, так и общества в целом. Поэтому охрана здоровья является важнейшим направлением социальной политики любого государства. В Советском Союзе государственная система здравоохранения окончательно сложилась в конце 1930 – начале 1940-х гг., она была основана на доступности медицинских услуг для всех категорий населения. Однако скудность финансирования не позволяла реализовать этот принцип в полном объеме. Поэтому как и в первое десятилетие советской власти преимущественно развивался производственный принцип медицинского обслуживания. В силу этого к началу Великой Отечественной войны СССР по уровню продолжительности жизни, младенческой смертности и другим демографическим показателям, фактически, оставался на уровне конца 1920-х гг. Военное лихолетье и последовавший за ним восстановительный период выступили неоспоримым доказательством необходимости усиления государственной заботы о здоровье населения. В справедливости этого утверждения убеждают материалы, характеризующие состояние органов здравоохранения и в Нижнем Поволжье в первое послевоенное десятилетие. Так, в Астраханской области в 1944 г. имелось 75 больниц, 11 родильных домов, два диспансера, рассчитанных в общей сложности на 3140 коек, что для полумиллионного населения области было явно недостаточно<sup>1</sup>. Отсутствие в большинстве лечебных учреждений лабораторий, рентгенодиагностических и электрокардиографических кабинетов нарушало своевременность обследования пациентов. Ощущался дефицит лекарств и аптек, которые нередко использовались под жилые помещения. Строительство же новых больниц и поликлиник велось медленно и некачественно, как, например, в Травинском районе данной области<sup>2</sup>. Не лучше было положение и в Саратовской области, в 30 районах которой не было рентгеновских аппаратов, в 82 совхозах с населением

от тысячи до двух тысяч человек медицинскую помощь оказывал один фельдшер, а в 22 МТС и 12 совхозах вообще отсутствовали какие-либо лечебные учреждения. Поэтому в Ивантеевском, Краснопартизанском и Питерском районах наблюдались случаи смертности среди больных. Прирост коечного фонда в областном центре (на 40% по сравнению с 1940 г.) осуществлялся не за счет нового строительства, а благодаря использованию в качестве палат коридоров, лестничных клеток, вестибюлей в лечебных учреждениях. Однако дефицит больничных коек в Саратове сохранялся, особенно хирургических, терапевтических, родильных, туберкулезных. В 1954 г. недоставало 1500 таких мест<sup>3</sup>. Практически такая же картина наблюдалась и в Сталинграде, в двух районах которого (Сталинский и Дзержинский) отсутствовали какие-либо лечебные учреждения. Не удовлетворяла нужды трудящихся города работа инфекционных больниц, станции «Скорая помощь», медленными темпами велось строительство туберкулезного диспансера и ряда других лечебных учреждений. В районных больницах частным явлением было отключение света, особенно во время операций, налицо были трудности в приобретении лекарств<sup>4</sup>. Многие медицинские учреждения рассматриваемого региона располагались в ветхих, непригодных помещениях, особенно в сельской местности. Весьма показательным в этом отношении выступает эпизод из фильма «Председатель» режиссера А. Салтыкова (1964 г.), когда хирург в исполнении молодого В. Соломина сравнивает сельскую больницу с «вонючей курной избой», в которой отсутствовали даже необходимые медикаменты.

Столь плачевное положение с медицинским обслуживанием стало изменяться к лучшему лишь после сентябрьского 1953 г. пленума ЦК КПСС, с которого ведется отчет реформаторской деятельности Н. С. Хрущева<sup>5</sup>. В материалах этого и последующих пленумов и съездов ЦК КПСС неоднократно подчеркивалась необходимость приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению, в том числе и в районах освоения целины. Законодательные инициативы нацеливали на необходимость подъема медицинского обслуживания жителей села до уровня, существовавшего в городах. Для этого законодательство нацеливало на расширение строительства сельских больничных комплексов, как за счет государственного финансирования, так и за счет собственных средств колхозов, причем исключительно по типовым проектам. Это правило распространялось на города и рабочие поселки. Использование частных квартир и других непригодных помещений для размещения медицинских пунктов запрещалось<sup>6</sup>. Постановлением Совета Министров СССР от 14 января 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» был определен оптимальный



размер коечного фонда городских и сельских больниц, необходимый для обеспечения разносторонней квалифицированной медицинской помощи населению. В городах он составлял от 300–400 коек до 600 и более в зависимости от численности населения. В сельских населенных пунктах предписывалось создать укрупненные районные больницы, являвшиеся комплексными центрами районного звена здравоохранения с числом коек в них 100–120 и более. Строительство новых сельских участковых больниц менее чем на 35 коек допускалось только в исключительных случаях и с разрешения Министерства здравоохранения союзной республики<sup>7</sup>. Одновременно рядом партийных решений предписывалось создавать комфортные жилищно-бытовые условия для медработников, особенно в селах<sup>8</sup>.

Модернизация материально-технической базы здравоохранения предусматривала и меры по ликвидации дефицита в обеспечении населения и лечебных учреждений медикаментами, а также повышение их качества<sup>9</sup>. Министерство здравоохранения РСФСР своим приказом от 9 января 1957 г. предписывало сделать более доступной населению стоматологическую и зубопротезную помощь через расширение сети хозрасчетных поликлиник<sup>10</sup>. К концу этого десятилетия был принят целый пакет приказов союзного Министерства здравоохранения, призванных улучшить в целом амбулаторно-поликлиническое обслуживание городского населения, работу службы «Скорой помощи», а также ликвидировать дифтерию, корь, скарлатину, коклюш, брюшной тиф, бруцеллез, малярию, туляремию, полиомиелит, сибирскую язву и туберкулез<sup>11</sup>. Об усилении внимания государства к сфере здравоохранения говорит и принятие новых положений о Министерстве здравоохранения СССР (1959 г., 1964 г. и 1968 г.) и РСФСР (1960 г. и 1969 г.)<sup>12</sup>.

Первые результаты от реализации принятых новым коллективным руководством СССР в сфере медицины законодательных инициатив жители Нижнего Поволжья стали постепенно ощущать уже к середине 1950-х гг., в том числе за счет роста государственных ассигнований на здравоохранение. Так, в Саратовской области за 1951–1955 гг. они выросли в два раза и составили 215 тыс. руб., в Сталинградской области – 197 тыс. руб. или на 26 тыс. больше, чем в 1953 г.<sup>13</sup> Тем не менее прирост больничных коек в этой области был выше, чем в Саратовской: 44 и 22% соответственно. Такая же картина наблюдалась и в отношении врачебных кадров<sup>14</sup>. Гораздо медленнее росла больничная сеть в Астраханской области. По ежегодному приросту больничных коек эта область ни в 1958 г. (4%), ни в 1963 г. (6%)<sup>15</sup> не смогла «догнать» Сталинградскую область, где за 1950–1955 гг. он составлял в среднем 7,3%. Именно этим объясняется выделение в 1961 г. Астрахани Советом Министров РСФСР из своих резервных фондов 1,5 млн рублей дополнитель-

ных финансовых средств, из которых 0,4 млн предназначались для строительства объектов здравоохранения<sup>16</sup>. Однако гораздо большего внимания республиканского и союзного руководства требовало к себе реабилитированное и возвращавшееся в родные места население воссозданной постановлением ЦК КПСС от 24 ноября 1956 г. Калмыцкой автономии<sup>17</sup>. Только со 2 сентября 1957 г. по 1 июля 1958 г. для лечебных учреждений этой области было приобретено медицинского оборудования и различного инвентаря на 431,4 тыс. руб.<sup>18</sup> За счет этих и других средств<sup>19</sup> число больничных учреждений в этом территориальном образовании возросло с 40 единиц в 1955 г. до 54 к началу 1960 г. Число больничных коек в этот период увеличилось с 655 до 1200, а врачей и среднего медперсонала возросло с 666 в 1956 г. до 1339 к началу 1961 г.<sup>20</sup> В лечебные учреждения региона стала поступать новая техника, увеличилось количество рентгеновских установок и клинических лабораторий<sup>21</sup>. Но несмотря на большие финансовые вливания по материально-кадровому обеспечению, органы здравоохранения Калмыкии существенно отставали от соседних областей Нижнего Поволжья, среди которых, по данным официальной статистики, лидировала Саратовская область. К началу 1961 г. она располагала 20782 врачами и средними медицинскими работниками, 319 больницами на 19 тыс. мест. Второе и третье места соответственно занимали Сталинградская и Астраханская области<sup>22</sup>. Если же рассматривать только областные центры, то соотношение выглядит по-иному. Только по такому критерию, как соотношение врачей и населения Сталинград с 38 врачами на 10 тыс. жителей опережал Саратов с 31 врачом. В то же время в обоих городах этот показатель был выше общероссийского уровня – 19–20 врачей<sup>23</sup>.

Совершенствование материально-технической и кадровой базы здравоохранения сопровождалось улучшением медицинского обслуживания населения. Поликлиники переходили на удлиненный режим работы в рабочие дни, в целях сокращения очередей практиковалась предварительная запись к специалистам, организовывался прием больных по выходным дням. За счет роста количества врачебных участков медицинская помощь становилась ближе и доступнее пациентам<sup>24</sup>. Определенным итогом всех этих нововведений стал переход от районного к поликлиническому принципу медицинского обслуживания, произошедший в 1962 г.<sup>25</sup> Об эффективности принятых мер можно судить по упоминающимся в источниках фактах сокращения числа жалоб населения на работу органов здравоохранения<sup>26</sup>. Об улучшении в функционировании этих структур красноречиво говорят и данные о снижении инфекционной и обычной заболеваемости в различных областях Нижнего Поволжья. Так, в Саратовской области уже к середине 1950-х гг. была ликвидирована малярия как массовое забо-



ление, по сравнению с 1946 г. в 2,3 раза меньше стали болеть туберкулезом. Только за год (с 1954 по 1955 г.) заболеваемость корью сократилась на 21%, скарлатиной на 12%, брюшным тифом на 20%, сырым тифом на 28%. Снизилась заболеваемость бруцеллезом, сибирская язва и столбняк встречались в единичных случаях<sup>27</sup>. С 1958 г. по 1963 г. в сельской местности области число случаев дифтерии сократилось на 375, брюшно-го тифа – на 44, дизентерии – на 166<sup>28</sup>. В целом по области в 1964 г. заболеваемость дифтерией сократилась в 3,5 раза, туберкулезом на 18,5 %, практически был ликвидирован полиомиелит, особенно среди детей<sup>29</sup>.

Снижение заболеваемости, прежде всего, было заметно в городах. В целом за 1953–1964 гг. в архивных документах по Саратовской области нами было обнаружено 82 упоминания о росте различных видов инфекций, из них на городские поселения приходилось всего 20 документов. В Сталинграде уровень заболеваемости костно-суставным туберкулезом снизился с 2,4‰ в 1953 г. до 1,4‰ в 1955 г.<sup>30</sup> Заболеваемость с временной утратой трудоспособности сокращалась в Сталинградской области и в последующем, о чем косвенно можно судить по уменьшению использования средств из бюджета социального страхования на выплату пособий по временной нетрудоспособности<sup>31</sup>. О повышении степени доступности специализированной медицинской помощи населению, повышении ее качества свидетельствуют и демографические показатели. Например, в Калмыцкой АССР естественный прирост населения с 1956 г. по 1958 г. вырос с 20,5‰ до 26,4‰. За 1959–1965 гг. население республики выросло еще на 38%, ежегодный прирост составлял примерно 9 тыс. человек. Средняя продолжительность жизни людей возросла до 70 лет. Уменьшилась детская смертность, особенно в сельской местности<sup>32</sup>. В Саратовской области уровень рождаемости возрос с 18,0‰ в 1953 г. до 20,0‰ в 1961 г.<sup>33</sup> Волгоград в первой половине 1960-х гг. также имел высокий естественный прирост – ежегодно в нем рождалось 14–15 тыс. детей. В целом же по стране продолжительность жизни населения возросла в два раза<sup>34</sup>.

Однако непоследовательность, а порой и явная противоречивость многих начинаний Хрущева не могли не сказаться на состоянии здравоохранения. Во многих населенных пунктах Нижнего Поволжья сохранялось немало количество мелких, маломощных больниц. Так, в Саратовской области в первой половине 1960-х гг. в 11 больницах, обслуживающих взрослое городское население, имелось по 50 и менее коек. В Энгельсе фактическая обеспеченность населения больничными койками на тысячу населения составляла 7,3 койки при норме 11,2<sup>35</sup>. Средняя мощность центральных районных больниц составляла 138, зональных больниц 70, участковых 24,1 вместо положенных по закону 300–400 коек.

Штат 76% сельских участковых больниц состоял практически из одного врача, который оказывал медицинскую помощь, немногим отличающуюся от фельдшерской. В 97 больницах не было рентгеновских кабинетов, в 75 лабораторной, в 93 физиотерапевтической аппаратуры. 50% сельского населения получало первичную медицинскую помощь на фельдшерско-акушерских пунктах<sup>36</sup>. Зачастую это объяснялось не только экономическими трудностями, но и принятием решений, не учитывающих интересы сельских жителей. Лишенные в результате закрытия с точки зрения властей нерентабельных сельских больниц какой-либо медицинской помощи колхозники вынуждены были искать «правды» даже у главы государства<sup>37</sup>. Поэтому вполне объяснимо, что количество упоминаний в архивных документах о росте заболеваемости детского и взрослого населения сельских районов области выросло с 25 в 1953–1958 гг. до 37 в 1959–1964 гг. Однако, если принять во внимание число наказов, высказываемых населением в адрес областных Советов, то положение в сфере здравоохранения Саратовской области было гораздо лучше, чем, например, в соседней Волгоградской. Действительно, если в 1961 г. в адрес депутатов Саратовского областного совета избирателями было высказано около 1,7% наказов и пожеланий по поводу строительства и расширения сети лечебных учреждений, организации хорошо оплаченной работы коммунальных систем, обеспечения их транспортом и медработниками, то в Волгоградской области в 1962 г. таких наказов в адрес облсовета поступило около 23,2%, а в 1965 г. – 19,6%<sup>38</sup>. Проблемы имелись в других регионах Нижней Волги. Так, в Калмыкии в 1962 г. на строительство больничных коек было израсходовано всего лишь 42,2% капиталовложений, а за 10 месяцев 1963 г. – 69%. Из-за неудовлетворительных условий труда и быта из 70 направленных в республику в 1963 г. врачей убыло 54<sup>39</sup>. По этой же причине в Астраханской области численность врачей в сельской местности практически не росла. В астраханских деревнях работала четвертая часть от всех имевшихся в области медиков<sup>40</sup>. Таким образом, приведенные данные позволяют утверждать, что высококвалифицированная специализированная медицинская помощь к концу хрущевского десятилетия до большинства сельского населения региона так и «не дошла». В селах и деревнях она так и не стала массовым явлением, о чем свидетельствует выступление председателя ВЦСПС В. В. Гришина на мартовском 1965 г. Пленуме ЦК КПСС<sup>41</sup>.

Пришедшее к власти в середине октября 1964 г. новое руководство страны стало предпринимать более решительные меры для улучшения медицинской помощи населению, сохраняя при этом преемственность социального курса Н. С. Хрущева. Анализ материалов партийных съездов, пленумов предперестроечного двадцатилетия и законодательных актов, появившихся



в развитие принятых на этих форумах постановлений, показывает, что власть имущие стремились к тому, чтобы высококвалифицированная медицинская помощь стала неотъемлемой частью повседневной жизни не столько городского, сколько сельского населения<sup>42</sup>. В этой связи особого внимания заслуживает постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Сопоставление его содержания с аналогичным постановлением от 14 января 1960 г. убеждает в действительном желании партии и правительства обеспечить население высококвалифицированной лечебно-профилактической помощью. Так, в городах максимальный коечный фонд больниц теперь должен был составлять не 600, а 1000 и более коек, а в сельской местности он возрастал со 120 до 400 коек. Повышалась до 150 коек мощность сельских участковых больниц. Кроме того, документ предписывал организовывать межреспубликанские, республиканские, межобластные, краевые и областные отделения (центры) по важнейшим видам специализированной медицинской помощи (кардиохирургические, ожоговые, нейрохирургические, неврологические и другие)<sup>43</sup>. Эти же установки воспроизводились и в аналогичных постановлениях от 22 сентября 1977 г. и от 19 августа 1982 г. В то же время в этих документах содержалась более масштабная, чем прежде пропаганда элементов здорового образа жизни (профилактические осмотры, диспансеризация, санитарно-гигиеническое воспитание населения), предписывалось обращать повышенное внимание на охрану здоровья женщин и детей<sup>44</sup>. Необходимость скорейшего решения этих важнейших проблем признавали и делегаты июньского 1983 г. и апрельского 1984 г. пленумов ЦК КПСС<sup>45</sup>. Таким образом, разработанные меры были нацелены на строительство в СССР государства благоденствия.

Реализация намеренной программы по приближению высококвалифицированной медицинской помощи к конкретному человеку требовала существенного усиления финансирования здравоохранения. Среди областей и республик Нижнего Поволжья наиболее масштабным оно было в Волгоградской области: в 1967 г. на медицинское обслуживание населения области было израсходовано почти 64 млн руб., а в 1975 г. – уже около 96 млн руб.<sup>46</sup> Если в 1966 г. лечебные учреждения Калмыцкой АССР получили новейшее оборудование на 176,8 тыс. руб., то в первой половине 1970-х гг. на эти цели ежегодно тратилось в среднем по 400 тыс. руб.<sup>47</sup> Гораздо меньше составлял бюджет здравоохранения в Саратовской области: 1965 г. – 52828 руб., а спустя 10 лет – 90586 тыс. руб.<sup>48</sup> В результате больничная сеть в регионе значительно расширилась. В течение 1966–1985 гг. наиболее интенсивно этот процесс протекал в Волгоградской области, где за указан-

ные 20 лет число мест в больничных учреждениях выросло на 11503, в Саратовской области этот прирост составил 8609 коек, в Астраханской – 6300, а в Калмыцкой АССР – всего лишь 2730 штук<sup>49</sup>. Однако по обеспеченности населения коечным фондом лидерство было у Астраханской области, где к концу 1985 г. на 10 тыс. человек приходилось 156,6 тыс. коек, второе место занимала Калмыцкая АССР со 149 койками, третье – Волгоградская область (138 коек на 10 тыс.). В Саратовской области на 10 тыс. населения на 1 января 1986 г. приходилось только 130 коек, что было ниже среднереспубликанского показателя – 135 коек на 10 тыс. населения<sup>50</sup>. Лишь в некоторых районах области обеспеченность койками превышали этот показатель, в частности, в Аркадакском, Ивантеевском и Ровенском<sup>51</sup>.

Лечебно-профилактическая сеть региона менялась не только в количественном, но и качественном отношении, становясь более доступной, особенно сельскому населению. В Астраханской области к середине 1970-х гг. практически во всех районах были обновлены или возведены здания современных районных больниц в комплексе с поликлиниками. В Саратовской области к этому времени было создано 29 межрайонных специализированных центров по основным видам медицинской помощи. Если в 1975 г. в Волгоградской области такие центры существовали только при восьми районных больницах, то в 1979 г. они появились уже в 14 районах. В Калмыцкой АССР в начале 1980-х гг. медицинская помощь на селе оказывалась по 10–12 специальностям, в центральных районных больницах имелись клинично-диагностические лаборатории и физиотерапевтические кабинеты<sup>52</sup>. Успехи в области здравоохранения стали ощущать на себе и простые обыватели<sup>53</sup>, что проявлялось в сокращении высказанных ими наказов в адрес местных властей. Например, в Саратовской области с 1969 г. по 1975 г. число наказов снизилось в 2,4 раза<sup>54</sup>.

Наиболее четкое представление о степени доступности сельскому населению медицинской помощи позволяет составить соотношение больничных коек к народонаселению. Особенно значимыми в этом отношении выступает период с 1965 г. по 1975 г. Полнее всего на Нижней Волге специализированной медицинской помощью было обеспечено население Астраханской области, где к концу IX пятилетки на 10 тыс. сельского населения приходилось 66,3 койки, что было выше среднереспубликанского уровня (62,9 на 10 тыс. человек). В Волгоградской области этот показатель не был достигнут. В этой области в середине 1970-х гг. на 10 тыс. жителей сел и деревень приходилось 58,1 койки. Хуже всего к этому времени было положение в Саратовской области, обеспеченность сельского населения которой больничными койками сократилась с 50,9 в 1965 г. до 49,0 в 1975 г. Уровень 1965 г. в области был превзойден лишь осенью 1985 г., но не на-



много: на 10 тыс. сельского жителей приходилась 51 больничная койка<sup>55</sup>. Столь мизерный перевес отчасти объяснялся реализацией программы реконструкции поселенческой структуры, активно проводившейся государством повсеместно. Поэтому сокращение числа медицинских учреждений наблюдалось и в других областях Нижнего Поволжья, в частности в Астраханской области<sup>56</sup>.

Основные достижения системы здравоохранения страны и рассматриваемого региона касались главным образом областных и районных центров. В этом убеждает анализ соотношения количества упоминаний в источниках о заболеваемости сельского и городского населения. Так, в архивных документах по Саратовской области за конец 1964 г. – по конец 1985 г. нами было обнаружено 36 упоминаний о росте различных видов заболеваний, из них на городские поселения приходилось всего 16 документов. Сокращение таких опасных инфекций, как дифтерия, туляремия, полиомиелит, бешенство, бруцеллез, коклюш и других в регионе стало результатом и увеличения численности медицинских кадров, повышения их квалификации, организации диспансерного наблюдения за населением. О первых успехах этого процесса в Калмыцкой АССР говорит факт увеличения за 1965–1966 гг. охвата диспансерным наблюдением сельского населения с 77% до 85%<sup>57</sup>. Медицинское обслуживание сельских тружеников республики улучшалось и в последующем, особенно в дни проведения месячников здоровья. В 1976 г. уровень диспансеризации всего населения Калмыкии вырос до 97,9 на тысячу населения<sup>58</sup>. В Саратовской области в 1984 г. на диспансерном учете состоял 241 человек на тысячу населения, что было выше среднереспубликанского уровня – 232 человека на тысячу. К началу 1986 г. на страже здоровья населения в этой области стояло 11,6 тыс. врачей всех специальностей<sup>59</sup>. В Волгоградской области здоровье трудящихся к этому времени охраняло 10,6 тыс. врачей и 30,9 тыс. среднего медицинского персонала; в Астраханской области соответственно 5,8 тыс. и 13 тыс. Гораздо меньше медицинских работников к концу рассматриваемого периода числилось в Калмыцкой АССР – всего 1,2 тыс. врачей<sup>60</sup>.

Рост численности медицинского персонала способствовал приближению специализированной высококвалифицированной медицинской помощи к нуждающимся в ней. Доступнее для работающих категорий населения эта помощь становилась благодаря продолжавшейся еще с начала 1960-х гг. практики организации приема больных по выходным дням, перевода лечебных учреждений на удлинённый режим работы, а также в вечернее время. В целях сокращения очередей в поликлиниках вводилась талонная система с предварительной записью к врачу<sup>61</sup>. Все эти шаги способствовали снижению числа жалоб трудящихся на медицинское обслуживание. Так, в

Саратовской области только с января по сентябрь 1983 г. количество таких жалоб, поступивших в обком КПСС, сократилось с 115 до 99<sup>62</sup>. В то же время возросло число наказов по вопросам здравоохранения, данных избирателями депутатам Верховного Совета РСФСР и СССР. Так, по Саратовской области в 1979 г. таких наказов было высказано около 7,5%, а в 1985 г. уже около 14%. Ходатайствовать к депутатам Верховного Совета людей вынуждало бездействие местных властей. Если за 1975 г. в адрес депутатов Саратовского облсовета было высказано около 5% наказов, то в 1979 г. уже около 8%<sup>63</sup>.

Обращалось во власть главным образом население отдаленных населенных пунктов, в которых все еще слабо ощущалась забота государства о здоровье населения<sup>64</sup>. Это было следствием вступления СССР в конце 1970-х гг. в более жесткую фазу холодной войны и существенного сокращения притока в экономику нефтедолларов. Слабости социальной политики постепенно проявлялись все с большей силой. Бюджет здравоохранения стал стремительно сокращаться. Если в первой половине 1970-х гг. в Калмыцкой АССР ежегодно на приобретение новейшей медицинской аппаратуры тратилось в среднем 20% денежных средств, то в начале 1980-х гг. – всего 9%<sup>65</sup>. А в отдельных районах Саратова и области в начале 1980-х гг. размеры финансирования здравоохранения колебались от 2% до 4%<sup>66</sup>. Эти весьма немногочисленные средства направлялись преимущественно в областные, районные центры и перспективные с точки зрения властей сельские населенные пункты. Все остальные поселения необходимой материальной поддержкой обделялись. В результате материально-техническая и кадровая база здравоохранения в них постепенно приближалась к уровню начала 1950-х гг. Дефицит узких специалистов ощущался в «неперспективных» селах Ольховского, Быковского, Октябрьского, Нехаевского районов Волгоградской области<sup>67</sup>. Население Аркадакского, Ивандеевского, Энгельсского, Новобурасского, Балашовского районов Саратовской области жаловалось на тесноту в лечебных учреждениях, где в одном помещении прием вели два специалиста<sup>68</sup>. В стесненных условиях работали районные больницы в Приютном, Советском, Яшалте, Комсомольском, Троицком, тесно было в ЦРБ Приозерного, Черноземельного районов Калмыцкой АССР<sup>69</sup>.

На снижение качества медицинского обслуживания на протяжении всего рассматриваемого периода воздействовал и антропогенный фактор. Гармония между внешним и внутренним убранством возводимых в большом количестве по последнему слову науки и техники лечебных учреждений достаточно быстро нарушалась. Имидж больницы или поликлиники начинал разрушаться в процессе оснащения их лечебной аппаратурой, который нередко сопровождался повреждениями покрытия стен, полов и потолков. Вселявшиеся в



лечебные учреждения медработники, обустроясь на своих рабочих местах, думали, прежде всего, о собственном уюте и комфорте и в последнюю очередь о том, чтобы так себя чувствовали пришедшие на прием пациенты. Это проявлялось, во-первых, в нерациональном расположении мебели, создающем неудобства для больных. Во-вторых, интересы посетителей лечебных учреждений приносились в жертву стремлению главврачей сэкономить на воде и свете: завхозы выкручивали в помещениях общего пользования лампочки, закрывали двери в туалетные комнаты, считая их лишними<sup>70</sup>. Сталкиваясь с такими бытовыми неурядицами, трудящиеся стремились избегать похода к врачу, особенно если для этого не было серьезной необходимости. В итоге, такие важные мероприятия, как профосмотр или диспансеризация превращались в формальность, а это, в свою очередь, вело к снижению качества жизни людей. Тем не менее по сравнению с периодом «хрущевской оттепели» в 1965–1985 гг. высококвалифицированная специализированная медицинская помощь все же стала более доступной населению, особенно сельскому. Так, по Саратовской области за 1953–1964 гг. нами было обнаружено в архивных документах 62 упоминания о росте заболеваемости сельских жителей, а за последующие 20 лет – только двадцать таких упоминаний, причем в подавляющем большинстве это касалось взрослого населения. Сведения о заболеваемости детей встречались крайне редко, что лишний раз доказывает эффективность проекта «Физкультура и спорт», реализация которого началась еще в 1966 г.<sup>71</sup> Населению Астраханской, Волгоградской областей и Калмыцкой АССР к середине 1980-х гг. высококвалифицированная специализированная медицинская помощь также стала доступнее, поскольку, как явствует из вышеизложенного, обеспеченность коечным фондом населения была выше среднереспубликанских показателей.

Существующие различия в степени доступности медицинской помощи трудящимся в каждой из областей Нижней Волги объясняются статусом конкретного субъекта региона и вытекающим отсюда объемом финансирования, а также умения местного руководства отстаивать интересы населения данной области или республики перед союзным или республиканским правительством. В относительно привилегированном положении в этом отношении находились жители города-героя Волгограда и закрытого для посещения иностранцев Саратова. Население же Астрахани и Элисты, за исключением партийной номенклатуры, было лишено каких-либо преимуществ. Тем не менее за предперестроечное тридцатилетие специализированная медицинская помощь стала неотъемлемой частью повседневной жизни простого советского человека, что способствовало значительному улучшению качества его жизни.

## Примечания

- 1 История Астраханского края. Астрахань, 2000. С. 800.
- 2 См.: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 50. Д. 214. Л. 54; Волга. 1953. 14. 02. Л. 3; 21.10. Л. 3; 25.11. Л. 3.
- 3 См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 2888. Л. 12–13; Д. 3052. Л. 119–120.
- 4 См.: ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 124. Л. 142–143; Д. 336. Л. 24, 45–46; Ф. Р-2115. Оп. 6. Д. 301. Л. 204; Сталинградская правда. 1953. 10. 01. Л. 3; 17. 03. Л. 3; 1955. 3. 09. Л. 3. 16. 09. Л. 3.
- 5 КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. Т. 8. 1946–1955 гг. М., 1985. С. 344.
- 6 См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 2728. Л. 275; Д. 4522, Л. 5а; Ф. 129. Оп. 31. Д. 29. Л. 4; РГАНИ. Ф. 3. Оп. 3. Д. 18. Л. 12; КПСС в резолюциях ... Т. 8. С. 368, 528; Т. 9. 1956–1960. М., 1986. С. 48–487; Резолюции XX съезда коммунистической партии Советского Союза. 14–25 февраля 1956 г. М., 1956. С. 85–85; СП СССР. 1957. № 16. Ст. 162; СП РСФСР. 1960. № 4. Ст. 9; Материалы внеочередного XXI съезда КПСС. М., 1959. С. 239; Материалы XXII съезда КПСС. М., 1962. С. 76, 392.
- 7 См.: СП СССР. 1960. № 3. Ст. 14; ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 3854. Л. 14–15 об.
- 8 См.: РГАНИ. Ф. 3. Оп. 31. Д. 21. Л. 23; Пленум ЦК КПСС 5–9 марта 1962. Стенографический отчет. М., 1962. С. 394.
- 9 См.: СП СССР. 1957. № 5. Ст. 54; 1962. № 7. Ст. 58; Законодательство по здравоохранению. Т. VI. М., 1963. С. 647–649.
- 10 См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 3854. Л. 6, 57–58 а об.
- 11 См.: Законодательство по здравоохранению. Т. IV. М., 1960. С. 196–200, 227–233, 238–241, 251–255; Т. VI. С. 201–202, 234–235, 299–301; РГАНИ. Ф. 3. Оп. 31. Д. 21. Л. 109.
- 12 См.: СП СССР. 1959. № 19. Ст. 158; 1964. № 24. Ст. 142; 1968. № 14. Ст. 91; СП РСФСР. 1960. № 11. Ст. 46; 1969. № 9. Ст. 45.
- 13 См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 3439. Л. 71; ЦДНВ. Ф. 113. Оп. 52. Д. 1. Л. 67.
- 14 В Сталинградской области в 1955 г. насчитывалось 2459 врачей, а в Саратовской – только 1301 врач. (См.: ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 453. Л. 25; ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 3334. Л. 233, 239.)
- 15 См.: Волга. 1959. 10.02. Л. 3; 1964. 25.01. Л. 3.
- 16 ГАРФ. Ф. А-259. Оп. 42. Д. 6028. Л. 1 об.
- 17 См.: РГАНИ. Ф. 89. Оп. 61. Д. 13. Л. 1–7.
- 18 Подсчитано по: ГАРФ. Ф. А-259. Оп. 42. Д. 1959. Л. 29.
- 19 За период с 1960 г. по июнь 1964 г. на приобретение медицинского оборудования было затрачено 147 тыс. рублей. (См.: Дойникова Е. А., Сысоев П. Н. На стаже здоровья // 50 лет под знаменем Октября. Элиста, 1967. С. 180.)
- 20 См.: Очерки истории Калмыцкой АССР. Эпоха социализма. М., 1970. С. 358; Народное хозяйство РСФСР в 1960 г. Статистический ежегодник. М., 1961. С. 521, 532, 536.



- <sup>21</sup> См., например: ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 336. Л. 45 ; Волга. 1956. 26.01. Л. 1 ; 30.11. Л. 1 ; Комсомолец Каспия. 1960. 16.12. Л. 3.
- <sup>22</sup> См.: Народное хозяйство РСФСР в 1960 г. С. 521, 532, 536.
- <sup>23</sup> См.: *Водолагин М. А.* Очерки истории Волгограда. М., 1969. С. 418 ; ГАНИСО. Ф. 136. Оп. 19. Д. 88. Л. 129.
- <sup>24</sup> См.: ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 50. Д. 1229. Л. 35 ; ГАНИСО. Ф. 74. Оп. 34. Д. 43. Л. 26 ; Ф. 2329. Оп. 35. Д. 57. Л. 64 ; Д. 78. Л. 103 ; ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 3. Д. 932. Л. 4.
- <sup>25</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 4914. Л. 54–55 ; Коммунист. 1962. 30.10. Л. 3.
- <sup>26</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 2485. Оп. 26. Д. 1. Л. 77 ; Ф. 136. Оп. 14. Д. 1. Л. 176 ; Оп. 19. Д. 18. Л. 169–169 об. ; ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 3. Д. 1294. Л. 2 ; Д. 1239. Л. 2 ; Советская Калмыкия. 1961. 12.12. Л. 4.
- <sup>27</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 3334. Л. 266, 274, 301–302.
- <sup>28</sup> Подсчитано по: ГАНИСО. Ф. 1012. Оп. 1. Д. 268. Л. 215.
- <sup>29</sup> См.: ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 4. Д. 199. Л. 3, 10–11 ; Оп. 7. Д. 613. Л. 23.
- <sup>30</sup> *Комочков А. В.* Анализ заболеваемости костно-суставным туберкулезом в г. Волгограде // Здравоохранение в Волгоградской области. Волгоград, 1963. С. 4.
- <sup>31</sup> См.: ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 453. Л. 24. Д. 858. Л. 23.
- <sup>32</sup> См.: Очерки истории Калмыцкой АССР. С. 353, 373 ; Советская Калмыкия. 1957. 22.09. Л. 3
- <sup>33</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 2. Д. 3052. Л. 86 ; Д. 4864. Л. 59.
- <sup>34</sup> См.: *Водолагин М. А.* Указ. соч. С. 418 ; КПСС в резолюциях ... Т. 11. 1966–1970. М., 1986. С. 318.
- <sup>35</sup> См.: ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 4. Д. 199. Л. 4 об., 24 ; Оп. 7. Д. 613. Л. 6.
- <sup>36</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 1012. Оп. 1. Д. 268. Л. 210–211.
- <sup>37</sup> Там же. Ф. 5411. Оп. 1. Д. 1. Л. 35 ; Ф. 1012. Оп. 1. Д. 136. Л. 10, 12, 19 об., 20 об. – 21 об., 23 об. – 24 об., 41.
- <sup>38</sup> Подсчитано по: ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 1. Д. 1068 ; ГАВО. Ф. Р-2115. Оп. 6. Д. 1877, 2026.
- <sup>39</sup> Советская Калмыкия. 1963. 26.11. Л. 3.
- <sup>40</sup> См.: История Астраханского края. С. 834 ; Волга. 1959. 20.01. Л. 3 ; 21.01. Л. 3 ; 1962. 10.01. Л. 3.
- <sup>41</sup> См.: Пленум ЦК КПСС. 24–26 марта 1965 г. Стенографический отчет. М., 1965. С. 112.
- <sup>42</sup> См.: Материалы XXIII съезда КПСС. М., 1966. С. 162, 262–263 ; Материалы XXIV съезда КПСС. М., 1972. С. 181 ; Материалы XXV съезда КПСС. М., 1976. С. 123, 220 ; Материалы XXVI съезда КПСС. М., 1981. С. 106, 182, 183 ; СП СССР. 1966. № 9. Ст. 93 ; 1973. № 25. Ст. 144 ; СП РСФСР. 1968. № 15. Ст. 76 ; Продовольственная программа СССР на период до 1990 года и о мерах по ее реализации : материалы майского Пленума ЦК КПСС 1982 г. М., 1984. С. 58, 103.
- <sup>43</sup> СП СССР. 1968. № 13. Ст. 82.
- <sup>44</sup> См.: КПСС в резолюциях ... Т. 13. 1976–1980. М., 1987. С. 206–211, 215–216 ; Т. 14. 1981–1984. М., 1987. С. 366–368.
- <sup>45</sup> См.: *Андропов Ю. В.* Ленинизм – неисчерпаемый источник революционной энергии и творчества масс. Избранные речи и статьи. М., 1984. С. 478, 480 ; КПСС в резолюциях ... Т. 14. С. 523–524.
- <sup>46</sup> См.: Волгоградская правда. 1968. 14.02. Л. 3 ; 1976. 17.02. Л. 3.
- <sup>47</sup> См.: Очерки истории Калмыцкой АССР. С. 391 ; *Сусеев П. Я.* Достижения здравоохранения Калмыкии за годы Советской власти // Здравоохранение Российской Федерации. 1978. № 11. С. 9.
- <sup>48</sup> См.: Коммунист. 1965. 11. 07. Л. 3 ; ГАСО. Ф. Р-1738, Оп. 8. Д. 1304. Л. 33.
- <sup>49</sup> Подсчитано по: Волга. 1971. 21.01. Л. 2 ; 1976. 1.01. Л. 3 ; Волгоградская правда. 1971. 23.01. Л. 2 ; ЦДНИВО. Ф. 113, Оп. 98. Д. 1. Л. 30 ; Оп. 110. Д. 3. Л. 13 ; ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 14. Д. 99. Л. 128 ; ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 8. Д. 1189. Л. 4 ; Оп. 8-пр. Д. 1774. Л. 15 ; Советская Калмыкия. 1971. 20.01. Л. 2 ; 1981. 23.02. Л. 3 ; 1986. 21.01. Л. 2 ; Народное хозяйство РСФСР в 1975 г. Статистический ежегодник. М., 1976. С. 416 ; Народное хозяйство РСФСР в 1980 г. Статистический ежегодник. М., 1981. С. 305 ; Народное хозяйство РСФСР в 1984 г. Статистический ежегодник. М., 1985. С. 364, 365 ; Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. Статистический ежегодник. М., 1986. С. 360, 361.
- <sup>50</sup> См.: Волга. 1986. 7.02. Л. 3 ; Советская Калмыкия. 1981. 5.11. Л. 2 ; Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. С. 362, 363 ; Коммунист. 1986. 1.02. Л. 2 ; ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 33. Д. 1. Л. 137.
- <sup>51</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 5. Оп. 56. Д. 1. Л. 60 ; Ф. 196. Оп. 51. Д. 1. Л. 74 ; Оп. 65. Д. 1. Л. 45 ; Ф. 4816. Оп. 44. Д. 1. Л. 19.
- <sup>52</sup> См.: *Петрова В. Я.* Проблемы сельского быта в деятельности партийных организаций Нижнего Поволжья (1965–1975 гг.) : дис. ... канд. ист. наук. Саратов, 1988. С. 132, 134–135 ; ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 18. Д. 1. Л. 27 ; ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 1600. Л. 51 ; ЦДНИВО. Ф. 113. Оп. 110. Д. 96. Л. 101–102 ; Советская Калмыкия. 1983. 29.10. Л. 3.
- <sup>53</sup> См.: Коммунист. 1970. 9.09. Л. 4 ; Волга. 1976. 24.03. Л. 2 ; ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 1318. Л. 149.
- <sup>54</sup> Подсчитано по: ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 8. Д. 139, 1108.
- <sup>55</sup> См.: *Петрова В. Я.* Указ. соч. С. 136 ; ГАНИСО. Ф. 138. Оп. 44. Д. 35. Л. 10.
- <sup>56</sup> См.: История Астраханского края. С. 839.
- <sup>57</sup> Подсчитано по: *Наминов Л. В.* История организации здравоохранения и лечебной помощи в Калмыцкой АССР : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов н/Д, 1968. С. 14.
- <sup>58</sup> См.: Советская Калмыкия. 1973. 16.06. Л. 4 ; *Сусеев П. Я.* Указ. соч. С. 9.
- <sup>59</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 138. Оп. 44. Д. 35. Л. 12 ; Коммунист. 1986. 1.02. Л. 2.
- <sup>60</sup> См.: Волгоградская правда. 1986. 1.02. Л. 2 ; Волга. 1986. 7.02. Л. 3 ; Советская Калмыкия. 1986. 25.01. Л. 3.
- <sup>61</sup> См., например: *Резников В. Д.* Этапы развития советского здравоохранения в Саратове // 50 лет советского здравоохранения в Саратове. Саратов, 1969. С. 11–12 ; ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 32. Д. 147. Л. 3, 6, 10, 13, 17, 19, 24, 38, 40, 45, 46 ; Ф. 77. Оп. 41. Д. 1. Л. 52 ; Ф. 3509. Оп. 46. Д. 1. Л. 61 ; Ф. 196. Оп. 65. Д. 24. Л. 52.
- <sup>62</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 594. Оп. 15. Д. 3. Л. 4–5 ; Оп. 32.



- Д. 138. Л. 11 ; Ф. 4254. Оп. 28. Д. 12. Л. 14 ; Оп. 29. Д. 9. Л. 19 ; Ф. 138. Оп. 30. Д. 1. Л. 81 ; Ф. 5. Оп. 60. Д. 15. Л. 6 ; Ф. 341. Оп. 29. Д. 16. Л. 14, 17 ; ЦДНИВО. Ф. 113. Оп. 98. Д. 1. Л. 47.
- <sup>63</sup> Подсчитано по: ГАСО. Ф. Р-1738. Оп. 8. Д. 1108 ; Оп. 8-пр. Д. 1588 а, 1588 б, 2538.
- <sup>64</sup> См., например: ГАВО. Ф. Р-2115. Оп. 11. Д. 1207. Л. 30 ; Д. 1348. Л. 104 ; ЦДНИВО. Ф. 113. Оп. 110. Д. 3. Л. 53 ; Д. 96. Л. 102, 108.
- <sup>65</sup> См.: *Сусеев П. Я.* Указ. соч. С. 9 ; Советская Калмыкия. 1981. 5.11. Л. 2.
- <sup>66</sup> См.: Страницы жизни. История Кировского райо-  
на г. Саратова (1936–2001). Саратов, 2001. С. 93 ; ГАНИСО. Ф. 85. Оп. 56. Д. 1. Л. 51.
- <sup>67</sup> См.: ГАВО. Ф. Р-523. Оп. 1. Д. 2050. Л. 72 ;
- <sup>68</sup> См.: ГАНИСО. Ф. 5. Оп. 56. Д. 1. Л. 35 ; Ф. 77. Оп. 45. Д. 14. Л. 18 ; Ф. 196. Оп. 65. Д. 15. Л. 30–31 ; Ф. 470. Оп. 46. Д. 1. Л. 56 ; Ф. 3193. Оп. 46. Д. 1. Л. 78.
- <sup>69</sup> См.: Советская Калмыкия. 1981. 5.11. Л. 2 ; 1983. 26.10. Л. 3 ; 29.10. Л. 3.
- <sup>70</sup> См.: Сделано в СССР. М., 2001. С. 194–195.
- <sup>71</sup> Материалы XXIII съезда КПСС. С. 162 ; Материалы XXV съезда КПСС. С. 222 ; Материалы XXVI съезда КПСС. С. 106, 183.