

DOI: 10.12731/2077-1770-2022-14-2-61-77

УДК 94(47).084.6

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КОНТЕКСТЕ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СОВЕТСКОГО
ГОСУДАРСТВА В КОНЦЕ 20-Х – 30-Е ГГ. XX ВЕКА
(ПО МАТЕРИАЛАМ НИЖЕГОРОДСКОЙ
И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ)**

З.В. Галлямова

Обоснование. Модернизационные процессы конце 20-х – 30-е гг. XX века внесли качественные изменения во все сферы жизни российского общества. Радикальное обновление промышленного производства сопровождалось созданием сложной социальной инфраструктуры. Это обуславливает интерес к организации системы здравоохранения, как критерия социально-ориентированного управления в условиях масштабной трансформации государства.

Цель. Проанализировать здравоохранение как модернизационный элемент социальных и экономических изменений периода «большого скачка».

Материалы и методы. Источниковая база состоит из неопубликованных архивных материалов, материалов местной периодической печати, нормативных актов советской власти. При анализе материала были использованы специальные методы исторического исследования: сравнительно-исторический, статистический.

Результаты. В конце 20-х – 30-е гг. XX века здравоохранение становится одним из важнейших направлений государственной политики, гибко инкорпорируясь в модернизационный курс. Организация здравоохранения проходила в сложных условиях складывания новой государственности, восстановления послевоенной разрухи, в параллели с решением вопросов борьбы с эпидемиями. Выбранный вектор социально-экономического курса определил для здравоохранения социальные приоритеты. Дифференцированный, классовый подход к

медицинскому обслуживанию населения шел в соответствии с программными установками, обозначенными в планах пятилеток. Поддержание здоровья рабочего класса рассматривалось как один из ведущих факторов производства. В условиях нехватки рабочих кадров одним из важнейших направлений государственной политики было вовлечение в производство женщин и как следствие – развертывание санитарно-профилактических мероприятий в детских учреждениях. В то же время, прослеживается явный перекоп в медицинском обслуживании в пользу городской местности. В условиях форсированной индустриализации, ограниченности ресурсов, аграрный сектор рассматривался больше как источник финансирования, нежели как объект инвестиции. В целом, выстроенная по принципам Н.А. Семашко, система здравоохранения предусматривала единоначалие, широкий территориальный охват, включающий обеспечение медицинской помощи всего населения. Но исторические условия не позволяли реализоваться заявленным положениям в полном объеме.

Область применения результатов. Результаты исследования могут быть использованы при написании обобщающих трудов по социальной политике государства в 20-30 гг. XX века.

Ключевые слова: СССР; государственные приоритеты; здравоохранение; индустриализация; коллективизация; медицинское обеспечение; социальная политика

HEALTHCARE IN THE CONTEXT OF THE SOCIAL POLICY OF THE SOVIET STATE IN THE LATE 1920S-30S OF THE XXTH CENTURY (BY THE MATERIALS OF NIZHNY NOVGOROD AND KIROV REGIONS)

Z.V. Galliamova

Background. The processes of modernisation in the late 20s-30s of the 20th century (or in the 20-30s of the 20th century) resulted in qualitative changes in all life spheres of the Russian society. The radical renewal of industrial production was accompanied by the creation of a

complex social infrastructure. This causes interest in the organization of the healthcare system as a criterion for socially-oriented management under a large-scale transformation of Russia.

Purpose. *The aim of the article is to analyse health care as a modernisation element of social and economic changes during the Great Leap.*

Materials and methods. *The author bases his research on unpublished archival materials, materials of local periodicals, normative acts of the Soviet government. When analysing the material, the author resorts to special methods of historical research.*

Results. *The results of the study show that in the 20-30s of the 20th century, health care becomes one of the most important areas of state policy, flexibly incorporating into the modernisation course. The organisation of health care took place in difficult conditions of forming a new state, restoring after post-war devastation and combating epidemics. The chosen vector of the socio-economic course determined social priorities for healthcare. A differentiated, class approach to medical care for the population proceeded in accordance with the program guidelines outlined in the five-year plans. Maintaining the health of the working class was regarded one of the leading factors of production. Under the lack of workers, one of the most important public policies was the involvement of women in production and, as a result, the deployment of preventive medical measures in childcare centres.*

At the same time, there is an apparent bias in medical care in favor of urban areas. In the conditions of forced industrialisation, limited resources, the agricultural sector was considered more a source of financing than an object of investment. In general, the health care system built according to the principles of N.A. Semashko provided for the unity of command, a wide territorial coverage, including the provision of medical care to the entire population. But historical conditions did not allow the declared provisions to be realised full-scale.

Practical implications. *The results of the study can be used in writing generalizing works on the social policy in the late 1920s-30s of the XXTH century.*

Keywords: *USSR; state priorities; healthcare; industrialisation; collectivisation; health maintenance, social policy*

Введение

Цель. Проанализировать основы построения системы здравоохранения в период индустриализации, выявить принципы организации социального обеспечения населения в условиях активной модернизации промышленности .

Актуальность. Период конца 20-х – 30-е гг. XX века, получивший глубокий анализ в отечественной и зарубежной историографии, и на сегодняшний день представляет актуальный предмет исследования. Сжатые темпы индустриализации сформировали социальные приоритеты правительственного курса. Это обуславливает интерес к сфере здравоохранения в рамках которой были апробированы основные принципы социальной ориентированности в условиях модернизации.

Степень изученности темы. В последние годы в современной историографии особое внимание уделяется вопросу источников модернизации СССР. Большинство авторов придерживается позиции, что в условиях фактической изоляции Советского союза, единственным источником индустриализации выступала деревня. Коллективизация рассматривается в контексте продуманной целенаправленной социально-экономической государственной политики, предусматривающей создание механизма перекачки людских и материальных ресурсов из аграрного сектора в индустриальный. Публикуются региональные исследования, посвященные методам и последствиям политики коллективизации в хлебозаготовительных районах. В частности, это работы Е.Н. Осколкова [15] и В.В. Кондрашина [12] По мнению авторов, прямым следствием политики коллективизации стал голод, унесший жизни миллионов крестьян. О явных перекосах социально-экономической политики государства в сторону активного развития промышленности в ущерб деревни, отмечается в работе И.Н. Караваевой [9]. На примере анализа государственного бюджета, автор прослеживает эволюцию отчислений на нужды сельского хозяйства и промышленности. Автор приходит к выводу, что если на первом этапе индустриализации, инвестиции в аграрный и индустриальный секторы были приблизительно одинаковыми, то в последу-

ющем деревня практически выпадает из области государственного финансирования [9, с. 36]. Аналогичной точки зрения придерживается Ш. Фицпатрик. Отмечая практически бесправное положение крестьян, автор проводит параллель между статусом крестьян в колхозах и крепостным правом [21, с. 145]. Анализ регионального материала на примере системы здравоохранения также выявляет приоритеты социально-экономической политики государства, в виде создания мощной технической базы медицинского обслуживания промышленной сферы. Сельское хозяйство практически выпало из поля зрения социального обеспечения.

Материалы и методы

Методологическую основу составили теоретические воззрения современных отечественных и зарубежных историков в отношении приоритета социально-экономической политики СССР в 20-30-е годы XX века (Б.А. Шпотов [22], Ш. Фицпатрик [21], Е.А. Осокина [16], М. Кивинен [10], Н. Раффел [26]).

В целом, научную базу исследования составляют принципы историзма, системности. В процессе исследования широко использовался сравнительный-исторический метод, на основе которого было определено соотношение социальных расходов в рамках городской и сельской среды. На базе данного метода были раскрыты огромные разрывы в социальном обеспечении села и деревни. Применение статистического метода дало возможность создать картину соотношения расходов на медицинское обслуживание жителей города и села, определить удельный вес расходов на медицинское обеспечение городской промышленной сферы.

Территориальные рамки исследования охватывают Нижегородскую и Кировскую области. Это обусловлено территориальными изменениями, которые отражались на статусе регионов в структуре здравоохранения. Так, до 1929 г. центральным органом здравоохранения в Вятской губернии был Вятский губздрав. С вхождением Вятской губернии в Нижегородский край центр здравоохранения сосредотачивается в Горьковском крайздраве. С 1934 г. с образованием Кировской

области функции центрального органа здравоохранения начинает выполнять Кировский крайздрав (позже переименованный в облздрав).

Результаты и обсуждение

Постановка системы здравоохранения в молодой республике проходила в несколько этапов. 18 июля 1918 года был создан центральный государственный орган управления здравоохранением Наркомздрав РСФСР. Учитывая, что до революции в России не было единой системы здравоохранения, это был серьезный шаг на пути к организации разветвленной сети медицинских учреждений. Первым наркомом здравоохранения стал Н.А. Семашко, выступивший одним из главных организаторов системы здравоохранения СССР. Именно он разработал базовые принципы послереволюционной системы здравоохранения, которые включали в себя широкий социальный охват, доступность, единство профилактики и лечения, ликвидацию социальных основ болезней. Первые шаги в этом направлении проходили в сложных условиях военного времени, когда эпидемиологическая ситуация по стране требовала огромных финансовых, кадровых ресурсов. Только эпидемия сыпного тифа с 1918 по 1922 года унесла от 2 до 3 миллионов жизней [24, р. 361]. Степень преобразований на первых порах варьировалась территориальной спецификой. Так, на Чукотке оказание медицинской помощи сосредотачивалось в кульбазах. При этом, в кульбазах, кроме медицинских, сосредотачивались ветеринарные, образовательные, хозяйственные учреждения [27, р. 130].

Активные модернизационные процессы по стране внесли серьезные корректировки в организацию и принципы медицинского обслуживания. Приоритетным направлением здравоохранения в условиях индустриализации становится медицинское обеспечение промышленности. В 1926 году вышло положение Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, согласно которому работники предприятий обеспечивались квалифицированной врачебной помощью [8, с. 44]. По положению «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 года рабочие промышленных предприятий обозначались как приоритетный контингент лечебно-профилактического

обслуживания [7, с. 278]. На крупных промышленных предприятиях Горьковского края были открыты здравпункты. Положительная динамика по работе здравпунктов не заставила себя долго ждать: «Заболеваемость на предприятиях края снижена больше чем на 10 %. ... Снижение заболеваемости на 10% дало в 1931 г. около 450 000 рабочих дней промпредприятиям нашего края. Это значит дополнительная продукция создана предприятиями края, вследствие снижения заболеваемости. Вот где подлинное участие медработников в выполнении промфинплана нашей промышленности на базе успехов соцстроительства» [14, с. 13]. В 1933 г. в Горьковском крае было организовано 89 врачебных контрольных пункта, на которых работало около 100 врачей [4, с. 28]. Кроме здравпунктов, на промышленных предприятиях с численностью более 5000 человек создавались фабрично-заводские амбулатории, а на предприятиях, численность рабочих на которых составляла 10000 тыс. и более – поликлиники [17, с. 94].

В условиях приоритетного обеспечения медицинской помощью рабочего класса, здравоохранение фактически было включено в структуру промышленного производства. Как отмечалось в этот период на страницах местной печати, «внимание и сила медицинских работников должна быть сосредоточена на проблемах заболеваемости и травматизма среди рабочих, в первую очередь ведущих отраслей промышленности, на проблеме оздоровления труда и быта рабочих, чтобы тем самым активно и действенно включиться в борьбу за выполнение народно-хозяйственного плана. ... Совершенно очевидно, что мы, работники медицины, обязаны включиться для выполнения возложенных на нас партией задач, в частности, для выполнения задач повышения труда» [5, с. 10-11]. «Все здравоохранение повернулось лицом к производству, оно стало существенным народнохозяйственным фактором, максимально помогая выполнению общего плана народного хозяйства» [6, с. 2].

Кроме традиционной лечебной деятельности, функции здравпунктов состояли в учете заболеваемости рабочих, влияния этого фактора на производительность труда. Медицинское обслуживание становится неотъемлемой частью производства. Положение «О медицинском

обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 года выделяло основные индустриальные районы страны, в которых преобладали ведущие отрасли тяжелой промышленности. Медицинское обеспечение предприятий по Нижегородскому краю в 1934 г. позволяет говорить о наиболее благоприятной ситуации в машиностроительной и химической отраслях промышленности, в то время как в металлургической отрасли наблюдалась нехватка медицинских кадров. Наименее обеспеченной медицинским обслуживанием оказалась кожевенная, традиционная отрасль промышленности, где на 14 предприятий приходилось 9 здравпунктов и 10 врачей [5, с. 10]. По городу Горькому также наблюдалась неравномерность между медицинским обслуживанием населения и работников предприятий. Заявленный положением принцип дифференцированного социального обслуживания просматривается в статистике Нижегородского края за 1934 год: число врачебных посещений на одного рабочего в год составляло в среднем от 9,5 до 10, на одного городского жителя – 6,6 [6, с. 10]. Социальная направленность здравоохранительной политики включала в себя как медицинское обеспечение производства, так и организацию профилактической системы в рамках устройства быта рабочего класса и городского населения в целом. Так, в сентябре 1931 года вышло постановление Совнаркома СССР «О мероприятиях по улучшению санитарного состояния рабочих районов и поселков, рабочих общежитий и учреждений общественного питания». Согласно постановлению, в местных органах здравоохранения была создана специальная санитарная инспекция [20, с. 689]. В дальнейшем законодательная государственная политика будет развиваться в сторону расширения функций и полномочий органов санитарной инспекции.

Вовлеченность женщин в производство рассматривалась как одно из важнейших направлений нового социального курса. Так, в Горьковском медицинском журнале за 1934 г. была опубликована статья «К вопросу о внедрении женского труда на автозаводе им. Молотова». Основная идея статьи состояла в следующем: «доказать, что женщина ГАЗа не менее, а порой и более полноценна и экономически выгоднее, чем мужчина» [6, с. 15]. На медицинские

учреждения возлагались обязательства по организации детских санаторно-профилактических учреждений, в рамках секции Матмлада (матери и младенчества). К 1937 году их число в Горьковской области достигло 1938 (согласно приведенным в исследовании данным), из них 28 родильных домов [18, с. 159].

Таким образом, первоочередное обслуживание промышленности становится базовым звеном системы здравоохранения. Дифференцированный подход проявлялся в обеспечении услугами здравоохранения жителей сельской местности. Существовал значительный разрыв между городом и деревней по численности коечных мест. С 1929 по 1934 годы в Горьковском крае на одного городского жителя в среднем приходилось 0,6 койки, на одного сельского в среднем 0,05. При этом численность сельских жителей по краю превышало численность городских в 5 раз. Число коек в городе превышало число коек на селе в 1,9 раз в 1931 году и в 1,7 раз в 1934 г. [6, с. 12].

Второстепенность медобслуживания сельской местности была одним из характерных явлений данного периода, когда в условиях индустриального роста аграрный сектор рассматривался с потребительских позиций. Не менее красноречивы данные по отчислению на услуги здравоохранения в бюджет Кировской области в 1939 году. Из суммы, отчисленной на здравоохранение по области, 5 % приходилось на областную центр, 40% на районный бюджет и только 7 % на село. [1, ф. Р-2248, оп. 1, д. 77, л. 3]. При этом городское население в области на 1939 год составляло 14,8%. В целом показатели обеспечения городского населения по койкам в Кировской области были достаточно высоки – 9,15 на 1 000 человек, в то время как по РСФСР 7,5. Но из-за недостаточного обеспечения коечными местами сельского населения, 40% мест в городских больницах приходилось на сельских жителей. Это снижало показатель коечных мест на 1000 городских жителей до 5,5. Число коек на селе на 1 000 жителей в среднем составляло 1,44, т.е. почти в 4 раза меньше, чем в городе. Огромный разрыв между городом и деревней прослеживался и в обеспечении врачебной помощью. Если по г. Кирову на 10 000 тыс. жителей приходилось 16,2 врачей, по другим городам области – 9,1,

то по сельской местности – 0,76, т.е. меньше более чем в 16 раз по Кирову и в 9 раз по другим городам [1, ф. Р-2248, оп. 1, д. 77, л. 71 об.]. При этом наблюдалась значительная отдаленность села от медицинской помощи и неравномерность ее распределения: из общего числа сельских врачей 60 % работали в райцентрах. В целом такая ситуация по области была определена слабой постановкой медицинского обслуживания — Кировская область по основным показателям здравоохранения по РСФСР была в числе отстающих. Схожая ситуация на селе наблюдалась и в других регионах. Имело место несбалансированное распределение медицинских кадров между сельской местностью и городами в пользу последних [13, с. 22, 24].

Приоритет города в оказании лечебной помощи и ее остаточный принцип на селе был обусловлен характером реформаторского курса в условиях ограниченности бюджета.

Особое место в системе местных органов здравоохранения занимала деятельность парторганизаций. Партийная система присутствовала во всей структуре здравоохранения, контролируя организацию пропагандистско-просветительской работы. Так, Кировский горком ВКП (б) на заседании 5 мая 1939 г., подводя итоги по работе горздрава, отмечал явные улучшения по организации медицинского обслуживания населения (расширение ясельной сети, улучшение работы родильных домов, перевод на бесплатное лечение грязелечебниц и т. д.). При этом, серьезной критике в деятельности горздрава была подвергнута массово-воспитательная работа. [2, ф. 1293, оп. 1, д. 1, л. 50-52]. И только потом отмечались недостатки, непосредственно касающиеся работы здравоохранения: грубое отношение врачей к больным, недостаточный санитарный контроль над состоянием городских улиц и т.д.

Силами партийных комитетов при медицинских организациях создавались политические кружки, социалистические соревнования и движения ударничества, осуществлялась агитационно-пропагандистская деятельность. В 1938 г. в соц. соревнованиях партийных организаций Кировского облздрава приняло участие 355 человек (65% всего числа медицинских работников), из которых 147 были зачислены в ударники, 33 – в отличники) [2, ф. 1898, оп. 1, д. 6, л. 30].

Важным направлением работы парткомитетов в системе здравоохранения было доведение до работников лечебных учреждений решений ЦК партии и других установок. При этом предполагалась встречная инициатива и от работников самих учреждений. Так, в 1938 г. в связи с выходом «Краткого курса истории ВКП (б)» собрание интеллигенции областных медучреждений облздрави изъявило желание изучать краткий курс, чтобы «повышая политический, уровень мы могли применить его на работе». [ГАСПИ, Ф. 1898, Оп. 1, Д. 6., Л. 33.].

Развернутые по стране кампании по борьбе с вредительством не могли не оказать влияния и на оценку партийными комитетами ряда событий на местах. Как вредительство были расценены действия медсестры Котельнического роддома Мельчаковой, которая дала опиум семерым детям, «чтобы не плакали» [2, ф. 1898, оп. 1, д. 6, л. 35]. Как отмечалось на заседании парткома облздрави «нельзя рассматривать дело как халатность, надо этот факт рассматривать как политический, и нет никакой гарантии, что этот факт – акт вредительства». Аналогичным образом были расценены выдача в Кирове питательной смеси для ребенка, в которой содержался 0,5% раствор сулемы, отравление беленой 6 детей в детсаде Халтуринского района.

«Большая смертность в яслях города Кирова и во многих домах младенца указывают на то, что в нашей области враги народа ведут свою подрывную работу в области охраны Матмлада» – говорилось на заседании парткома [2, ф. 1898, оп. 1, д. 6, л. 37об.]. Предположения о вредительстве выдвигались в 1938 г. при случаях отравления в столовой на Машстройзаводе [2, ф. 1898, оп. 1, д. 1, л. 39].

Вопрос о том, насколько такая оценка действий медицинских работников соответствовала действительности, является предметом отдельного исследования. Но придание фактам детской смертности и отравлений политической окраски развернуто раскрывает идеологическую картину эпохи.

Заключение

Как показывает анализ постановки дела здравоохранения по Кировской области в 1920-30-е годы, организация работы медицинского

обслуживания населения протекала в русле правительственной политики и четко руководствовалась партийными задачами. Это обуславливало следующие факторы в системе социального обеспечения:

1. Тесная взаимосвязь здравоохранения с производством. Главная задача здравоохранения в условиях модернизации – обслуживание производства, как гарантия оптимального функционирования производительных сил (человеческое здоровье как фактор производства).
2. Приоритетное обслуживание промышленных центров в ущерб селу (социальная дифференциация медобслуживания).
3. Партийные органы в структуре органов здравоохранения как проводники правительственной политики.

Деятельность партийных организаций в системе здравоохранения позволяет выявить претворение в жизнь основных положений правительственной политики данного периода. Это отчетливо прослеживается в формулировании первоочередных задач, предполагающих приоритетное обслуживании промышленного производства, а также в руководящей роли партийных органов в структуре здравоохранения. Форсированные темпы индустриализации обуславливали внедрение административно-командных методов во все сферы общественной жизни, в том числе и в социальную. Это означало утверждение остаточного принципа директивной экономики к проблемам социальной сферы и уровню жизни. Этим обусловлен очевидный разрыв между медицинским обслуживанием сельского и городского населения, в пользу последнего. Деревня выступала не как объект инвестиций, а рассматривалась как поставщик сельскохозяйственной продукции и рабочей силы. В условиях роста темпов индустриального развития, система медицинского обеспечения инкорпорировалась в структуру промышленного производства, становясь его неотъемлемой частью. В то же время реализация форсированных темпов модернизации была напрямую связана с производительным потенциалом непосредственных исполнителей и, как следствие, выдвигало необходимость повышения образовательного уровня и улучшения условий жизни масс. В этом смысле определенный прогресс в сфере быта, явился одной из составных частей

форсированной индустриализации. Изменения в условиях жизни населения должны были быть выражены в ликвидации безработицы, включении в производство женщин. При этом провозглашение всеобщего, социального обеспечения в 1930-е годы имело большое идеологическое значение. Идеологическая природа социальной государственной политики сосредотачивалась в партийном базисе организации и в функционировании медицинского обеспечения.

Список литературы

1. Государственный архив Кировской области (ГАКО), г. Киров.
2. Государственный архив социально-политической истории Кировской области (ГАСПИ), г. Киров.
3. Вятско-Ветлужский край. 1926. № 8.
4. Горьковский медицинский журнал. 1933. №7-8.
5. Горьковский медицинский журнал. 1933. № 9-10.
6. Горьковский медицинский журнал. 1934. № 6-7.
7. Двадцать пять лет советского здравоохранения: 1918—1943 / под ред. Г. А. Митерева. М.: Гос. изд-во мед. лит., 1944. 294 с.
8. Завалищенко Л.И. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925-1940: сборник документов и материалов. М.: Медицина, 1973. 328 с.
9. Караваева И. Н. Формирование финансового фундамента советской промышленности в преддверии Второй мировой войны // Вестник Института экономики Российской академии наук. 2012. № 2. С. 26-36.
10. Кивинен М. Прогресс и хаос. Социологический анализ прошлого и будущего России. СПб.: Академический проект, 2001. 272 с.
11. Клементьева Н.В. Здравоохранение Южного Урала (1917 – 1936 гг.): автореферат дис. ... канд. ист. наук. Оренбург, 2013. 26 с.
12. Кондрашин В.В. Голод 1932-33 годов: голод российской деревни. М: РОССПЭН, 2008. 519 с.
13. Леонтьева Л.А. Социальная политика советского государства и ее реализация на Южном Урале (1934-1940 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. Наук. Оренбург, 2012. 30 с.

14. Нижегородский медицинский журнал. 1932. №3-6.
15. Осколков Е.Н. Голод 1932/33 г. Хлебозаготовки и голод 1932/33 гг. в Северо-Кавказском крае. Ростов н /Д: Изд-во Рост. ун-та, 1991. 91 с.
16. Осокина Е.А. За фасадом «сталинского изобилия»: Распределение и рынок в снабжении населения в годы индустриализации. 1927-1941. М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1999. 271 с.
17. Русаков С.Н. Эволюция советского законодательства в области здравоохранения промышленного рабочего класса // Вестник Вятского гуманитарного университета. 2012. № 12. С. 92-96.
18. Сакович Н.В. Здравоохранение Горьковской области накануне и в годы Великой Отечественной войны // Клио. 2005. № 4(31). С. 159-162.
19. Сарычева Т.В. Организация краевого научно-исследовательского кабинета врачебного контроля в Западной Сибири и его деятельность в 1930-е гг. // Бюллетень сибирской медицины. 2015. Т. 14. № 4. С. 119-124.
20. Собрание законов и распоряжений СССР. 1931. № 59. Ст. 382.
21. Фицпатрик Ш. Повседневный сталинизм: социальная история Советской России в 30 годы: деревня. М.: РОССПЭН, 2001. 336 с.
22. Шпотов. Б. М. Социальная история индустриализации СССР по материалам американской и советской печати // Мифы и реалии американской истории в периодике XVIII–XX вв. В 3 тт. Т. 3. М.: ИВИ РАН, 2010. С. 133-197.
23. Field M.G. The position of the Soviet physician: the bureaucratic professional // *Milbank Quarterly*. 1988. Vol. 66. Suppl. 2. P. 182-201
24. David P.K. Typhus and its control in Russia, 1870-1940 // *Medical History*. 1993. Vol. 37. P. 361-381.
25. Raffel N.K. Health Service in the Union of Soviet Socialist Republics. Philadelphia, 1985. 503 p.
26. Sablin I. Transcultural Interactions and Elites in Late Pre-Soviet and Early Soviet Chukotka, 1900–1931 // *Social Evolution & History*. 2013. Vol. 12. No. 1. P. 115-148.

References

1. *Gosudarstvennyy arkhiv Kirovskoy oblasti* [State Archive of Kirov Oblast] (GACO), Kirov.
2. *Gosudarstvennyy arkhiv sotsial'no-politicheskoy istorii Kirovskoy oblasti* [State Archive of Social and Political History of Kirov Oblast] (GASPI), Kirov.
3. *Vyatko-Vetluzhskiy kray* [Vyatka-Vetluga Region]. 1926, no. 8.
4. *Gor'kovskiy meditsinskiy zhurnal* [Gorky Medical Journal]. 1933, no. 7-8.
5. *Gor'kovskiy meditsinskiy zhurnal* [Gorky Medical Journal]. 1933, no. 9-10.
6. *Gor'kovskiy meditsinskiy zhurnal* [Gorky Medical Journal]. 1934, no. 6-7.
7. Miterev G.A. (ed.) *Dvadsat' pyat' let sovetskogo zdravookhraneniya: 1918-1943* [Twenty-five years of Soviet health care: 1918-1943]. Moscow, 1944, 294 p.
8. Zavalishchenko L.I. *Zdravookhranenie v gody vosstanovleniya i sotsialisticheskoy rekonstruktsii narodnogo khozyaystva SSSR. 1925-1940: sbornik dokumentov i materialov* [Public Health in the years of reconstruction and socialist reconstruction of national economy of the USSR. 1925-1940: collection of documents and materials]. Moscow, 1973, 328 p.
9. Karavaeva I. N. Formirovanie finansovogo fundamenta sovetskoy promyshlennosti v preddverii Vtoroy mirovoy voyny [The formation of the financial foundation of the Soviet industry on the eve of the Second World War]. *Vestnik Instituta ekonomiki Rossiyskoy akademii nauk* [Bulletin of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences], 2012, no. 2, pp. 26-36.
10. Kivinen M. *Progress i khaos. Sotsiologicheskiy analiz proshlogo i budushchego Rossii* [Progress and Chaos. Sociological Analysis of Russia's Past and Future]. St. Petersburg, 2001, 272 p.
11. Klementyeva N.V. *Zdravookhranenie Yuzhnogo Urala* [Healthcare of the Southern Urals (1917 – 1936)]: abstract of the dissertation of the Candidate of Historical Sciences. Orenburg, 2013, 26 p.
12. Kondrashin V.V. *Golod 1932-33 godov: golod rossiyskoy derevni* [The Hunger of 1932-33: Hunger of the Russian Village]. Moscow, 2008, 519 p.
13. Leontyeva L.A. *Sotsial'naya politika sovetskogo gosudarstva i ee realizatsiya na Yuzhnom Urale (1934-1940 gg.)* [Social policy of the Soviet

- state and its implementation in the South Urals (1934-1940)]: ph. Candidate of Historical Sciences. Orenburg, 2012, 30 p.
14. *Nizhegorodskiy meditsinskiy zhurnal* [Nizhny Novgorod Medical Journal]. 1932, no. 3-6.
 15. Oskolkov E.N. *Golod 1932/33 g. Khlebozagotovki i golod 1932/33 gg. v Severo-Kavkazskom krae* [The famine of 1932/33. Grain procurements and the famine of 1932/33 in the North Caucasus region]. Rostov on Don, 1991, 91 p.
 16. Osokina E.A. *Za fasadom «stalinskogo izobiliya»: Raspredelenie i rynek v snabzhenii naseleniya v gody industrializatsii. 1927-1941* [Behind the facade of «Stalin's abundance»: Distribution and market in the supply of the population during the years of industrialization. 1927-1941]. Moscow, 1999, 271 p.
 17. Rusakov S.N. *Evolutsiya sovetskogo zakonodatel'stva v oblasti zdravookhraneniya promyshlennogo rabochego klassa* [Evolution of the Soviet legislation in the field of industrial working class health care]. *Vestnik Vyatskogo gumanitarnogo universiteta* [Herald of Vyatka Humanitarian University], 2012, no. 12, pp. 92-96.
 18. Sakovich N.V. *Zdravookhranenie Gor'kovskoy oblasti nakanune i v gody Velikoy Otechestvennoy voyny* [Healthcare Gorki Oblast eve and during the Great Patriotic War]. *Klio* [Clio], 2005, no. 4(31), pp. 159-162.
 19. Sarycheva T.V. *Organizatsiya kraevogo nauchno-issledovatel'skogo kabineta vrachebnogo kontrolya v Zapadnoy Sibiri i ego deyatelnost' v 1930-e gg.* [Organization of the regional research office of medical control in Western Siberia and its activities in the 1930s]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine], 2015, vol. 14, no. 4, pp. 119-124.
 20. *Sobranie zakonov i rasporyazheniy SSSR* [Collection of Laws and Orders of the USSR]. 1931, no. 59, art. 382.
 21. Fitzpatrick S. *Everyday Stalinism: Social History of Soviet Russia in the 30s: The Village*. Moscow, 2001, 336 p.
 22. Shpotov. B. M. *Sotsial'naya istoriya industrializatsii SSSR po materialam amerikanskoy i sovetskoy pechati* [The Social History of Indus-

- trialization in the USSR in American and Soviet Press]. *Mify i realii amerikanskoj istorii v periodike XVIII–XX vv.* [Myths and Realities of American History in Periodicals of the 18th-20th Centuries]. In 3 vol. Vol. 3. Moscow, 2010, pp. 133-197.
23. Field M.G. The position of the Soviet physician: the bureaucratic professional. *Milbank Quarterly*, 1988, vol. 66, suppl. 2, pp. 182-201.
24. David P.K. Typhus and its control in Russia, 1870-1940. *Medical History*, 1993, vol. 37, pp. 361-381.
25. Raffel N.K.. Health Service in the Union of Soviet Socialist Republics. Philadelphia, 1985, 503 p.
26. Sablin I. Transcultural Interactions and Elites in Late Pre-Soviet and Early Soviet Chukotka, 1900-1931. *Social Evolution & History*, 2013, vol. 12, is. 1, pp. 115-148.

ДАнные ОБ АВТОРЕ

Галлямова Земфира Виленовна, кандидат исторических наук, доцент кафедры всеобщей и отечественной истории
Елабужский институт (филиал) Казанского (Приволжского) федерального университета
ул. Казанская, 89, г. Елабуга, 423699, Российская Федерация
zemfiera_9@mail.ru

DATA ABOUT THE AUTHOR

Zemfira V. Gallyamova, Cand. sci. (Hist.), Associate Professor of Department of General and National History,
Elabuga Institute (Branch) of Kazan (Volga Region) Federal University
89, Kazanskaya Str., Yelabuga 423699, Russian Federation
zemfiera_9@mail.ru
SPIN-code: 7959-2184
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1777-7230>

Поступила 05.06.2022

После рецензирования 15.06.2022

Принята 20.06.2022

Received 05.06.2022

Revised 15.06.2022

Accepted 20.06.2022