Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»

На правах рукописи

Шорохова Ирина Ивановна

Система здравоохранения Тюменской области в условиях социально-экономической модернизации (1964–1991)

5.6.1. Отечественная история
Диссертация на соискание ученой степени кандидата исторических наук

Научный руководитель:
доктор исторических наук, профессор
Камынин Владимир Дмитриевич

Екатеринбург – 2026

Оглавление

Введение ……3
Глава 1. Развитие материально-технической базы здравоохранения Тюменской области в период интенсивного нефтегазового освоения …….45
1.1. Государственная политика СССР в сфере здравоохранения и расширение сети медицинских учреждений в процессе модернизации системы здравоохранения Тюменской области в 1964–1991 гг ……45
1.2. Становление специализированных медицинских служб ……83
1.3. Создание специализированной инфекционной медицинской службы ……105
Глава 2. Формирование кадрового потенциала в здравоохранении Тюменской области в период с 1964 по 1991 гг. ……...130
2.1. Основные направления комплектования кадров медицинских учреждений Тюменской области ……130
2.2. Поиск путей кадрового обеспечения медучреждений первичного звена и правильного использования медперсонала Тюменской области в процессе интенсификации решаемых задач кадровой политики ……149
2.3. Создание образовательной системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров ……...178
Заключение ……...209
Список сокращений и условных обозначений ……..217
Список источников и литературы ……..218
Приложение 1 ……...247
Приложение 2 ……...256

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Развитие Западно-Сибирского нефтегазодобывающего региона в 1964–1991 гг. характеризовалось масшТаблными модернизационными процессами, связанными с созданием добывающих отраслей, возникновением новых городов и поселков, высокими темпами прироста народонаселения. Наряду с уникальным экономическим развитием стало осуществляться столь же своеобразное социальное развитие, составной частью которого явилось создание современной системы охраны здоровья на территории Тюменского края. Здравоохранение стало частью социальной программы формирования на территории Тюменской области Западно-Сибирского нефтегазового комплекса (ЗСНГК) – самого крупного экономического проекта Советского Союза.

В начале интенсивного нефтегазового освоения края советское здравоохранение не в достаточной мере удовлетворяло потребности населения в квалифицированной врачебной помощи: не хватало больниц, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских кадров, оборудования, лекарственных и гигиенических средств. Широко были распространены инфекционные заболевания, прежде всего, туберкулез.

В результате государственной политики с созданием нефтегазовой промышленности началось развитие социальной инфраструктуры региона, в том числе, качественно нового уровня лечебно-профилактического обслуживания, оказывающего существенное влияние на здоровье людей.

Все построенные во времена СССР лечебно-профилактические учреждения функционируют и сегодня, являясь базой для дальнейшего развития Тюменского здравоохранения. Опыт борьбы с различными инфекциями можно использовать сегодня в противостоянии вирусам. Профилактическое направление советской медицины необходимо продвигать и совершенствовать, используя предыдущие наработки.

Результаты промышленного и социального развития Тюменской области в 1964–1991 гг. свидетельствуют о том, что государственная политика СССР была оправданной. ЗСНГК до сих пор снабжает углеводородным топливом Российскую Федерацию и страны ближнего и дальнего зарубежья. Поскольку Западно-Сибирский нефтегазодобывающий район продолжает играть важнейшую роль в экономической и политической жизни страны, и развитие будущей России связывают с освоением Севера, то не ослабевает актуальность изучения становления этого региона, частью которого является и история Тюменского здравоохранения.

Здоровье нации – важный показатель эффективности государственного управления, уровня и качества жизни народонаселения страны. Отрасль деятельности государства, направленная на организацию и обеспечение доступного медицинского обслуживания граждан, сохранение и повышение уровня их здоровья называется здравоохранением.

По данным соцопроса ВЦИОМ, сегодня граждане России относятся к здравоохранению, как к наиболее острой проблеме государства, что свидетельствует о запросе общества на большую концентрацию сил в первую очередь в здравоохранении[1]. Вирусные инфекции являются мощной встряской для систем охраны здоровья всего мира, не готовых к такому развитию событий, так как подобные болезни считались далёким прошлым. Европейские системы здравоохранения нацелены, в первую очередь, на индивидуальный, а не на массовый подход к пациентам. Эксперты с сожалением вспоминают о советском здравоохранении, о массовости медицинских пунктов, где можно было изолировать больных. Эта система «была заточена на борьбу с инфекцией. Такой подход лет тридцать считался устаревшим»[2]. Эффективность борьбы с эпидемиями напрямую зависит от устройства систем охраны здоровья. Уязвимой

[1] Нацпроект «Здравоохранение». Что будет со здоровьем россиян в 2024 г.? // Регионы России. 2019. Июнь (158). С. 30. URL: https://www.gosrf.ru/wp-co№te№t/uploads/2020/01/2019-06.pdf (дата обращения: 27.03.2020).

[2] Как системы здравоохранения в разных странах мира справляются с коронавирусом // Восток - Медиа : информационный портал Приморского края. Владивосток, 2020. URL: https://vostokmedia.com/ (дата обращения: 21.05.2020).

характеристикой российского здравоохранения считается недостаток финансирования, так как отчисления в Фонд ОМС зависят от зарплат, а они в кризис уменьшаются[3].

Нынешний кризис показал, что идеальной системы охраны здоровья в мире не существует. Вместе с тем никто не сомневается, что отечественное здравоохранение требует перемен.

Степень разработанности темы исследования. Проблеме развития здравоохранения Тюменской области 1964–1991 гг. посвящены научные исследования, носящие междисциплинарный характер. Для удобства анализа эта литература сгруппирована в две большие группы публикаций: исторические и специальные (историко-медицинские).

Исторические публикации посвящены различным направлениям социального развития Тюменского нефтегазового региона по горячим следам происходивших событий в конце 1970-х–начале 1980-х гг. Исследуемые нами вопросы тюменского здравоохранения относятся к социальной истории региона.

Историко-медицинские исследования касаются проблем развития советского здравоохранения в Сибири, которым посвящена настоящая работа на примере Тюменской области.

Основы изучения социальных проблем и повседневной жизни сибирского населения в восточных регионах России во второй половине XX в. заложили В. В. Алексеев и С. С. Букин, написавшие работу по вопросам практики социально-бытовых и медицинских проблем жителей сибирских городов[4]. Авторы проанализировали процессы повышения уровня жизни рабочих в связи с политикой строительства развитого социализма, подчеркнули влияние социально-экономических реформ на социальную структуру региона. Достоинства исследования заключаются в комплексном подходе при использовании широкого спектра источников; аналитической глубине (показана динамика роста

[3] Как системы здравоохранения в разных странах мира справляются с коронавирусом // Восток - Медиа : информационный портал Приморского края. Владивосток, 2020.
[4] Алексеев В. В., Букин С. С. Рост благосостояния рабочих Сибири в условиях строительства развитого социализма (1946–1957 гг.). Новосибирск, 1980. 216 с.

благосостояния рабочих, сложности и противоречия, возникшие в процессе индустриализации и социалистического строительства, факторы, улучшающие материальные условия); в исторической значимости (работа помогает понять особенности создания социально-экономической базы рабочего класса Сибири, важные для оценки эффективности политики государства). Однако в монографии не достаточно подробно показана роль социально-бытовых условий в формировании благосостояния рабочих и влияние данных процессов на демографию и межрегиональные различия Сибири.

Вопросы формирования трудовых коллективов в нефтегазодобывающей промышленности и решение социальных проблем в своей статье осветил Е.И. Пилипенко[5]. Сильными сторонами его исследования является широкий источниковый базис, позволивший воссоздать картину кадрового комплекса региона, глубокий аналитический подход и рассмотрение социального аспекта. Автор рассмотрел этапы формирования кадрового состава, выделяя специфику профессиональной подготовки и мотивации специалистов в условиях ускоренного развития газовой отрасли, уделил внимание вопросам социального обеспечения работников, условий труда, роли социально-культурных факторов в привлечении и удержании кадров, расширив понимание процессов индустриализации с социальной точки зрения. Тем не менее, в работе недостаточно показано влияние демографических изменений и миграционных процессов на кадровое обеспечение газовой промышленности, не рассмотрена роль системы профессиональной подготовки на кадровый состав.

Во второй половине 1980-х гг. акцент исследований сместился на анализ противоречий в формировании ЗСНГК, больше внимания стало уделяться человеческому фактору. Исследователи Е. В. Логунов, С. М. Панарин, В. В. Алексеев, П. П. Шабанов подчёркивали определяющую роль социальной инфраструктуры в прекращении оттока населения, исследовали опыт решения

[5] Пилипенко Е. И. Формирование кадров газовой промышленности Западной Сибири (1966–1980 гг.) // Социальные аспекты индустриального развития Сибири. Новосибирск, 1983. С. 67–81.

социальных вопросов[6]. Достоинства данных работ – в актуальности, практической значимости, исторической ценности. В условиях интенсивного развития нефтегазового сектора проблемы кадрового обеспечения, социальной инфраструктуры и жилищных условий играли главную роль в поддержании сТаблильной работы отрасли. Исследования содержат рекомендации и анализ успешных практик, ценных для специалистов по планированию и развитию инфраструктуры и кадрового потенциала. Описание опыта по решению проблем способствует пониманию механизмов создания социально-трудовых систем в контексте бурного освоения ресурсов.

К сожалению, в работах не рассмотрено влияние экологических факторов на развитие социальной инфраструктуры, нет межрегионального сравнения и анализа долгосрочных последствий предпринятых мер.

Вопросы формирования отраслей и предприятий, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность людей, в западносибирских газодобывающих районах нашли отражение в статье Е. В. Логунова[7]. В работе отражена проблема сТаблильности трудовых коллективов, имеющая особое значение в условиях промышленного освоения Западной Сибири. Автор обратил внимание на социальные и управленческие аспекты, кратко выделил основные проблемы – кадровую миграцию, социально-бытовые сложности, мотивацию работников и необходимость создания условий для их социальной адаптации. Освещены проблемы, важные для руководства предприятий и органов управления, – создание условий для удержания кадров, преостановление текучести и повышение социальной сТаблильности.

Слабые стороны исследования заключаются в недостаточном рассмотрении роли системы социального обеспечения и социально-культурных мероприятий в

---

[6] Логунов Е. В. Проблемы стаблилизации трудовых коллективов в базовых отраслях Западно-Сибирского нефтегазового комплекса // Исторический опыт освоения Сибири. Новосибирск, 1986. Вып. 2. С. 75–77; Его же. Социальная инфраструктура нефтегазодобывающих районов Севера Тюменской области (1970–1985 гг.) // Нефть и газ Западной Сибири. Тюмень, 1987. С. 136–138; Панарин С. М. Улучшение жилищно-бытовых условий – важнейший фактор сТаблилизации трудовых коллективов // Нефть и газ Западной Сибири. Тюмень, 1987. С. 112–114; Алексеев В. В., Логунов Е. В., Шабанов П. П. Опыт решения кадровых проблем в нефтегазовом строительстве Сибири. Свердловск, 1987. 280 с.

[7] Логунов Е. В. Проблемы сТаблилизации трудовых коллективов в базовых отраслях Западно-Сибирского нефтегазового комплекса // Исторический опыт освоения Сибири. С. 75–77.

сТаблизации трудовых коллективов и влияния демографических факторов и инфраструктурных аспектов на кадровую сТаблильность. Автор не сравнивает 1970-е–1980-е гг., начавшие в городах Крайнего Севера процесс формирования социальной инфраструктуры, с предшествующим этапом эволюции региона, поэтому сходство и различие в процессах формирования социальной инфраструктуры на разных этапах становления нефтегазового комплекса в работе не раскрыто.

В постсоветский период значительно расширилась источниковая база исторических работ, углубился и расширился круг исследуемых проблем, появился интерес к изучению сибирской социально-бытовой сферы, начали разрабатываться новые методологические и методические принципы. Здравоохранение стало изучаться в качестве неотъемлемой части социального развития региона и социально-бытовой структуры городов. В этой связи развитие медицинской службы анализировалось в контексте общественной политики государства и повседневной жизни людей.

Некоторые вопросы лечебно-профилактической помощи населению, в виде важной части социальной инфраструктуры сибирских городов, освещены в работах Н. В. Куксановой. В своей статье автор изучил процесс становления всех составляющих социальной инфраструктуры в 1960-е–1970-е гг.: жилищно-коммунальные, торговые и бытовые услуги, здравоохранение, социокультурную сферу, проанализировал количественные показатели расширения общественной сферы, процесс её функционирования, качество социального обслуживания[8]. В работе рассматривается, как развитие инфраструктуры способствовало повышению уровня жизни жителей региона. Особое внимание обращено на изменения в благоустройстве населённых пунктов, развитию транспортной сети и коммунальных систем. Плюсы работы заключаются в привлечении разнообразных источников, обоснованном историческом подходе, подробном

[8] Куксанова Н. В. Социально-бытовая инфраструктура Сибири 1965–1980 гг. Новосибирск, 1993. 224 с.

анализе модернизации социально-бытовых условий. Книга имеет ценность для осмысления процессов социализации западносибирских территорий.

Статья Н. В. Куксановой в сборнике[9] раскрывает проблемы медицинского обслуживания, динамику развития системы здравоохранения, уровень здоровья населения и факторы, влияющие на здоровье в условиях социально-экономических реформ. Исследователь обращает внимание на расширение сети медицинских учреждений, продвижение профилактической работы и демографические процессы. Достоинствами работы являются анализ ключевых направлений эволюции системы охраны здоровья, привлечение статистических данных и материалов лечебно-профилактических учреждений, подчёркивание социальной значимости медицинского обслуживания. Исследования Н. В. Куксановой помогают понять, как социально-бытовые условия и здравоохранение создавали качество жизни и социальное самосознание сибиряков в 1960-е–1980-е гг.

Для публикаций постсоветского периода характерен более высокий уровень обобщения, исследование глубинных процессов, происходивших в регионе, в том числе и в социальной политике[10].

В диссертационной работе М. П. Дудкиной проанализировано развитие западносибирского городского здравоохранения в период 1946–1960-х гг. Автор рассматривает здравоохранение как зеркало особенностей развития советского общества, показывает достижения и проблемы системы охраны здоровья, значение накопленного ею опыта[11].

В диссертации использованы архивные документы, статистические данные, материалы лечебно-профилактических учреждений и официальные отчёты,

---

[9] Куксанова Н. В. Здравоохранение и здоровье населения Сибири в 1960-е-первой половине 80-х гг. // История Сибири: человек, общество, государство. Новосибирск, 1995. С. 123–146.

[10] Гаврилова Н. Ю. Опыт социального освоения нефтегазодобывающих районов Западной Сибири (1960–1980-е годы) // Отечественная история. 2003. № 5. С. 111–118; Гаврилова Н. Ю., Карпов В. П. Социокультурное развитие районов нового промышленного освоения Севера Западной Сибири (60–80-е гг. XX в.) // Региональные социокультурные процессы. Тюмень, 2003. С. 79–85; Карпов В. П. История создания и развития Западно-Сибирского нефтегазового комплекса (1948–1990 гг.). Тюмень, 2005. 316 с; Тимошенко А. И. Государственная политика формирования и закрепления населения в районах нового промышленного освоения в Сибири в 1950–1980-е гг.: планы и реальность. Новосибирск, 2009. 173 с.

[11] Дудкина М. П. Развитие здравоохранения в городах Западной Сибири (1946–1960 гг.): дис. … канд. ист. наук: Новосибирск, 2008. 254 с.

обеспечивающие глубину и объективность анализа. Работа охватывает значимый период поствоенного восстановления медицинской инфраструктуры, позволяющий осмыслить динамику процесса в условиях индустриализации и урбанизации региона. Автор подробно рассматривает вопросы модернизации системы охраны здоровья, расширения сети медицинских учреждений, повышения уровня профессионализма медицинского персонала и продвижения современных технологий, а также воздействие социально-политических условий на данное развитие. Результаты работы позволяют сформулировать мнение о способах улучшения эффективности здравоохранения на фоне изменяющегося региона, что важно для современного управления здравоохранением. В целом, несомненными достоинствами работы являются историческая новизна и актуальность, использование широкого круга источников, аналитическая глубина и практическая значимость.

Работы историка Гавриловой Н. Ю. являются ценным вкладом в изучение социального развития территорий, включённых в масшТаблные программы нефтегазового освоения Западной Сибири.

В диссертационном исследовании Н. Ю. Гавриловой осуществлён анализ политики СССР 1964–1985 гг. в западносибирских нефтегазовых районах. Исследователь подробно анализирует процессы формирования социальной инфраструктуры, условий жизни людей, миграционных процессов и системы социальной поддержки всесторонне исследует социальные изменения, их влияние на местное население и роль государственных программ в обеспечении социального благополучия в условиях интенсивного нефтегазового освоения и урбанизации. Автор всесторонне исследует социальные изменения, связанные с освоением новых территорий, их влияние на местное население и роль государственных программ в обеспечении социального благополучия. Сильными сторонами исследования являются обширный фактический материал, систематизированный и проанализированный на основе архивных данных, статистики и документации, комплексный подход к изучению социального развития, включающий демографические, культурные, образовательные и

здравоохранительные аспекты. Работа имеет большое значение для понимания особенностей формирования новых социальных пространств в условиях масшТаблных преобразований[12].

В монографии территориальный охват сужен до границ нефтегазовых районов региона. Книга показывает, как с промышленным развитием там формировалась социальная структура и качество жизни. Проанализированы социальные изменения в контексте развития нефтегазового комплекса, миграционные потоки, социальная инфраструктура и уровень жизни населения. Рассмотрев основные направления социальной и демографической политики, в том числе политику укрепления здоровья граждан, разработку общественной программы освоения западносибирских нефтегазодобывающих районов, автор делает вывод, что, несмотря на человекоцентричную государственную установку, она приносилась в угоду «узко прагматическим, технократическим интересам». Социальную программу северных районов создавали одновременно с их колонизацией, что приводило к просчётам в её осуществлении. Главным из них являлось несоответствие между высоким уровнем промышленного потенциала и низким уровнем социальной инфраструктуры, количественных и качественных параметров образа жизни[13]. Плюсы работы заключаются в глубоком анализе особенностей социального развития ЗСНГК, использовании разнообразных источников, таких как статистика, интервью и документы предприятий.

В коллективной работе Л. В. Алексеевой, В. В. Цыся, Н. В. Сапожниковой, О. П. Цысь, Я. Г. Солодкина содержатся краткие сведения о здравоохранении Нижневартовского района с XIX в. до нашего времени в контексте истории страны и региона. Это комплексное и всестороннее исследование истории одного из ключевых районов Тюменской области. К исследуемому периоду 1964–1991 гг. относятся первая и вторая главы второго раздела «Нижневартовский район в советскую эпоху». В издании использованы архивные и статистические

[12] Гаврилова Н. Ю. Социальное развитие районов нового промышленного освоения Севера Западной Сибири (1964–1985 гг.): дис. … д-ра ист. наук: Екатеринбург, 2003. 483 с.
[13] Её же. Социальное развитие нефтегазодобывающих районов Западной Сибири (1964–1985 гг.). Тюмень, 2002. 282 с.

материалы, устные свидетельства, обеспечивающие богатство и достоверность фактического материала. Авторский коллектив выявил закономерности исторического процесса и особенности региональных характеристик, уделив особое внимание развитию промышленности, сельского хозяйства, социальной инфраструктуры. В результате авторы пришли к мнению о большом историческом пути, пройденном районом, и недостаточном развитии региональной социальной сферы, снижающей уровень жизни[14].

К достоинствам книги можно отнести обширный исторический охват, использование разнообразных источников, структурированность и системность, глубину анализа. Тем не менее, в исследовании недостаточно рассмотрено влияние государственной политики и геополитических событий на развитие района, не включён сравнительный анализ с другими районами Западной Сибири.

Вопросы модернизации тюменской областной системы сохранения здоровья освещены в работах Г. Ю. Колевой. В докторской диссертации автор обращается к проблеме формирования и закрепления кадров и населения Западно-Сибирского нефтегазового комплекса. Анализируются изменения в обновлении системы охраны здоровья в пределах ЗСНГК: в способах набора и динамике комплектования сотрудников здравоохранения нефтегазодобывающих ведомств, росте числа медицинских заведений и обеспеченности их врачами. Подчёркиваются наиболее высокие темпы этих процессов в Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО). Вместе с тем в исследовании не даётся критической оценки роли нефтегазовых ведомств в совершенствовании социальной инфраструктуры северных городов и посёлков, хотя во многом они сыграли отрицательную роль, не заостряется внимание и на крайне медленном росте количества объектов медицинского профиля.

---

[14] История Нижневартовского района / Под общ. ред. Л. В. Алексеевой. Екатеринбург, 2013. 320 с.

В монографии Г. Ю. Колевой[15] анализируются периоды эволюции нефтегазового сектора, его взаимосвязь с региональной экономикой, инфраструктурой и социальной сферой. Изучаются статистические и архивные материалы и интервью, что обеспечивает разнообразие и достоверность информации. Автор рассматривает вместе с экономическими показателями изменения в социальной инфраструктуре, культурной среде региона, уровне жизни и миграции населения. Работа детально структурирована, содержит главы, освещающие различные направления развития нефтегазодобывающего района, что облегчает восприятие информации. Исследователь приходит к выводу, что вопросы создания комплекса, объектов обслуживания решались длительно и сложно, но предприятия ЗСНГК прилагали максимальные усилия, чтобы закрепить свой кадровый потенциал, и большую роль играло материальное стимулирование рабочих[16].

Достоинством работы относится обширный аналитический материал, глубокий анализ социально-экономических процессов, комплексный подход, хорошую структуризацию. Вместе с тем автор даёт положительную оценку деятельности нефтегазодобывающих ведомств в области модернизации здравоохранения, что является сомнительным фактом. Отставание в развитии здравоохранения региона было обусловлено нерешенностью вопроса о необходимости строительства постоянных поселений. Может, организаторам создания ЗСНГК следовало ограничиться вахтовыми поселками? Или форсированные темпы нефтегазодобычи исключали такую стратегию освоения? Без ответа на эти вопросы трудно дать объективную оценку тому, что было сделано в регионе, в том числе – в сфере здравоохранения.

В исследовании нет анализа противоречий в социальной политике государства, качественных показателей советской системы здравоохранения в страновом и региональном разрезе. Недостаточно освещены экологические аспекты нефтегазодобычи и их влияние на социальную сферу.

---

[15] Колева Г. Ю. Западно-Сибирский нефтегазодобывающий район: экономическое и социальное развитие (1960–2000-е гг.). Тюмень, 2010. 258 с.
[16] Там же. С. 210.

В кандидатской диссертации И. Н. Стася, посвящённой урбанизации Ханты-Мансийского национального округа в 1960–начале 1990-х гг. анализируется формирование городской среды, где в рамках благоустройства городов говорится о поступательном росте материально-технической базы здравоохранения. Автор исследует факторы, действующие на урбанизацию, в том числе, промышленное развитие, строительство инфраструктуры, миграцию населения и изменение его этнокультурного состава. К диссертации привлекаются разнообразные архивные и статистические материалы, интервью с участниками реформ.

Исследователь выделяет закономерности и специфику создания городов, оценивает влияние нефтегазовой промышленности на процессы урбанизации, что придает работе научную новизну.

Сильными сторонами работы можно считать комплексный подход, историческую глубину, солидную источниковую базу и чёткую структуризацию.

Оценка деятельности ведомственных предприятий и региональных властей в сфере медицинского обслуживания остались за рамками исследования[17]. В нём практически не рассмотрены экологические последствия нефтегазового освоения в условиях урбанизации, не проанализирована роль этнокультурных аспектов в урбанистической среде округа.

В последнее время к вопросам сибирской системы сохранения здоровья обратились краеведы-любители[18], стали полнее освещаться вопросы формирования врачебной помощи населению, профилактического направления[19].

Книга А. С. Иваненко является всесторонним исследованием историко-географических, социально-экономических и культурных направлений развития одного из ключевых муниципальных образований области. В книге анализируются исторические периоды развития района, его географические особенности, природные ресурсы, социальная структура населения,

[17] Стась И. Н. Урбанизация Ханты-Мансийского автономного округа в период нефтегазового освоения (1960–е-начало 1990-х гг.): дис. …канд. ист. наук: Тюмень, 2013. 363 с.
[18] Иваненко А. С. Тюменский район. Тюмень, 2008. 363 с.
[19] Колева Г. Ю., Стась И. Н., Шорохова И. И. Становление индустриально-урбанистического общества на территории Тюменской области. Тюмень, 2013. 290 с.; Лютоева И. Г., Васильева Д. Д., Шорохова И. И. Тюменский ГМУ. Традиции. Инновации. Лидерство. Тюмень, 2018. 160 с.

формирование инфраструктуры и хозяйственной деятельности. Автор изучает заселение, хозяйственное освоение, этнокультурные особенности и межрегиональные связи. Изучение современного состояния региона и его динамики приводит к выводам о перспективах развития, что может быть важно для специалистов по региональной политике.

К достоинствам работы относятся широкий охват тематики, историко-географический анализ, актуальность и практическая ценность, качественная структуризация.

Вторая группа работ представлена трудами по истории медицины. В литературе, опубликованной в 1960-е гг., в центре внимания находились сегменты охраны здоровья, признававшиеся наиболее значимыми в осуществлении социально-экономической модернизации страны[20]. Чертами, характеризующими данные публикации, являлись описательность и перемещение главного акцента на достижения и успехи. Так как советские исследователи работали в условиях идеологической конфронтации двух общественных систем, то информация о становлении системы охраны здоровья подавалась авторами публикаций в качестве преимущества советской системы, и главное внимание уделялось успехам. Имела место обязательная критика похожих явлений в западных странах, что не благоприятствовало объективности анализа. Показатели изучаемого периода на основе обширного статистического материала сравнивались с показателями 1913 г. и 1940 г., поэтому достижения советского здравоохранения выглядели более значительно.

В советской науке объектом первоочередного внимания было всё, связанное с экономическим ростом, так как экономика рассматривалась в качестве сферы, определяющей прогресс общества, а социальная инфраструктура, к которой относилось здравоохранение, отодвигалась на второй план. Медицинскую помощь населению не относили к первостепенным предметам научного обсуждения.

---

[20] Дьячков В. И. Особенности становления здравоохранения в районах Тюменского Севера. Тюмень, 1969. 144 с.; Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти : сб. статей. Тюмень, 1968. 136 с.

Важное место в изучении истории сибирской медицины и здравоохранения занимают работы томских исследователей. Одним из первых на данных проблемах сконцентрировался Н. П. Федотов, профессор Томского медицинского университета, организовавший в 1950-х гг. научную школу историков медицины. Н. П. Федотов одним из первых начал систематическое изучение истории медицины и здравоохранения Сибири. Им был обобщен огромный материал по истории сибирской дореформенной медико-санитарной организации. Будучи энтузиастом-историком, он привлек к исследованиям многих ученых Западной и Восточной Сибири, вёл интенсивную переписку с учеными из ГДР, Греции и других стран.[21]

В монографии Н. П. Федотова о здравоохранении Томской области детально изучаются этапы формирования и развития системы охраны здоровья в регионе, начиная с первых форм медицинской помощи и заканчивая современными на тот момент достижениями. Рассматриваются причины возникновения проблем, связанных с организацией медицинского обслуживания и предпринимавшиеся меры по их решению. Большое внимание уделяется архивным, статистическим материалам и воспоминаниям современников, придающим работе достоверность и научную ценность. Изучение истории здравоохранения помогает понять корни современных проблем в данной области и способствует разработке более эффективных способов их решения[22].

К несомненным достоинствам издания относятся историческая глубина и полнота, использование широкого источникового материала, аналитический подход, практическая значимость.

К сожалению, в работе нет сравнительного анализа развития здравоохранения в соседних областях или регионах, что расширило бы контекст исследования.

---

[21] Федотов Н. П. Преподавание и исследования по истории медицины в Сибири // Советское здравоохранение. 1965. № 7. С. 7–17; Федотов Н. П., Бова П. А. Выдающийся советский ученый, врач, общественный деятель (к 100-летию со дня рождения А.Г. Савиных) // Хирургия. 1968. № 12. С. 34–44; Сузлальская Р. В. Основные этапы развития Томской городской больницы // Хирургия. 1968. № 12. С. 122–125; Яблоков Л. Л. Профессор М. Г. Курлов – основоположник сибирской школы терапевтов / Хирургия. 1968. № 12. С. 102–105.

[22] Федотов Н. П. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск, 1967. 184 с.

Во многом следствием деятельности Н. П. Федотова и его учеников была активизация в 1970-е – конце 1980-х гг. изучения сибирской истории здравоохранения и медицины[23]. Важные вопросы истории медицины и организации системы сохранения здоровья Сибири в 1970-х – 1980-х гг. разрабатывались в работах Г. И. Мендриной, С. Я. Чикина, И. М. Дмитриенко, Ю. И. Елисеева, В. Т. Родионова, А. В. Карпова, А. И. Миклашевича, В. А. Алексеева, Ю. И. Бородина, В. С. Егая, П. А. Бовы, В. Ф. Олейниченко.

Сборник и статьи указанных авторов представляют важный источник для исследования истории здравоохранения Сибири и Дальнего Востока. Они освещают динамику развития системы охраны здоровья, взаимодействие политики и медицины, вклад выдающихся медиков региона. В сборнике и статьях рассматриваются разные стороны развития здравоохранения – от исторических аспектов до медико-социальных проблем, развития терапии и роли ключевых фигур, позволяющие получить всестороннее представление о формировании системы здравоохранения в Сибири и на Дальнем Востоке.

Многие работы, например, исследования В. Т. Родионова и И. М. Дмитриенко, освещают исторические периоды, партийные и социальные факторы, способствующие пониманию связей между здравоохранением и политическими процессами региона.

Сильными сторонами данных публикаций являются многоаспектность и комплексность, использование разнообразных источников, научная актуальность.

Некоторые материалы, учитывая особенности времени их создания, могут иметь идеологическую окраску, требующую критического подхода при

[23] Федотов Н. П., Мендрина Г. И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1975. 260 с.; Его же. История становления здравоохранения Сибири. Томск, 1975. 254 с.; Чикин С. Я. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке. М., 1979. 176 с.; Карпов А. В., Дмитриенко И.М. К истории развития здравоохранения Барнаула // Здравоохранение Российской Федерации. 1981. № 6. С. 21–24; Миклашевич А. И., Алексеев В. А. Реализация ленинских принципов в становлении и развитии здравоохранения Сибири и Дальнего Востока // Здравоохранение Российской Федерации. 1981. 1981. № 4. С. 6–9; Бородин Ю. И. Медико-социальные аспекты охраны здоровья населения Сибири и Дальнего Востока // Советское здравоохранение. 1981. № 8. С. 24–27; Дмитриенко И. М., Елисеев Ю. И. Из истории развития здравоохранения Алтайского края // Здравоохранение Российской Федерации. 1988. № 7. С. 42–45; Родионов В.Т. Здравоохранение Алтая (60–80-е гг. историко-партийный аспект). Барнаул, 1989. 155 с.; Егай В. С. Развитие терапии в Сибири: М. Г. Курлов и его школа. Новосибирск, 1981. 113 с.; Бова П. А., Олейниченко В. Ф. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск, 1986. 146 с.

использовании в современных публикациях. В ряде работ отсутствует межрегиональный сравнительный анализ, расширяющий понимание специфики развития здравоохранения в отдельных субъектах региона.

Здравоохранение Тюменского края в 1970 – 1980-х гг. нашло отражение в работах В. И. Дьячкова, исследовавшего историю становления и обновления системы охраны здоровья в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком округах на различных этапах социалистического строительства[24].

Исследования освещают специфику развития здравоохранения в суровых климатических и географических условиях и особенности социально-экономического и этнокультурного контекста региона.

В первой рукописи анализируются текущие проблемы и перспективы развития системы здравоохранения, делающие работу ценной для практики и современного планирования в сфере системы охраны здоровья региона.

Вторая рукопись охватывает длительный период 1930-х–1980-х гг., позволяющий проследить динамику развития системы здравоохранения и влияние советской политики, индустриализации и социально-культурных изменений.

Исследования основаны на источниковом материале архива, что обеспечивает достоверность данных и позволяет детально реконструировать процессы, связанные с организацией медицинского обслуживания, развитием инфраструктуры и кадрового обеспечения.

Сильные стороны работ заключаются в актуальности и региональной значимости, историческом охвате, использовании архивных материалов, формировании перспективных направлений.

Вместе с тем рукописи содержат субъективные оценки и ограниченные данные, требующие их дополнения более широким источниковым массивом. Для полноты картины не хватает сопоставления с другими регионами, чтобы

[24] Дьячков В. И. Состояние и перспективы развития здравоохранения в Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах Тюменской области. Рукопись // Государственный архив Тюменской области (далее – ГАТО). Ф. 2081. Оп. 1. Д. 35. Л. 1–12; Его же. Особенности развития здравоохранения в Ханты-Мансийском автономном округе в период 1930–1980 гг. Рукопись // ГАТО. Ф. 2081. Оп. 1. Д. 40. Л. 2–15.

подчеркнуть особенности и общее развитие системы здравоохранения Сибири и Дальнего Востока.

Отдельные аспекты расширения тюменской региональной медицинской службы рассматриваются в статьях Ю. Н. Семовских, Р. В. Зиганьшина, Н. Ф. Митрякова, В. Г. Пескова, Ю П. Мамонова. Представленные материалы и тезисы охватывают проблемы неотложной хирургической помощи, медико-социальных сторон развития нефтегазового комплекса и создания травматологической службы, приобретавшие особое значение в условиях отдалённого региона с высокими промышленными нагрузками.

В.Г. Песков обращает внимание на медико-социальные проблемы ЗСНГК, важные для понимания влияния промышленного развития на здоровье населения, и необходимость комплексных мер по охране здоровья.

Работы охватывают период с 1970-х до 1980-х гг., позволяющий проследить эволюцию системы оказания неотложной помощи и социальных проблем в условиях нефтегазового освоения Западной Сибири. В них подчёркивается зависимость эффективности специализированных служб от мощности больничных баз, укомплектованности их квалифицированными специалистами.

В данных исследованиях можно отметить актуальность тематики, практическую направленность, анализ социальных аспектов, исторический и региональный контекст.

Однако материалы имеют ограниченный аналитический характер, требующий их дополнения системным изучением данных. Большинство исследований носит локальный или прикладной характер, ограничивающий их возможности для широкого теоретического обобщения[25].

В постсоветский период появился ряд работ, в которых изменилась методология исследования, и расширился объём изучаемых проблем. Большое

[25] Семовских Ю. Н. [и др.]. Состояние неотложной помощи в Тюменской области при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости : материалы обл. конф. хирургов. Тюмень, 1970. С. 4–12; Песков В. Г. Медико-социальные проблемы освоения ЗСНГК // Актуальные проблемы здоровья жителей ЗС ТПК. Тюмень, 1983. С. 15–17; Мамонов Ю. П. Актуальные вопросы организации травматологической помощи в нефтегазодобывающем районе Западной Сибири // Пятый Всесоюз. съезд травматологов-ортопедов: тезисы докл. М., 1988. С. 123–125;

внимание в них уделялось историческому опыту государственной социальной политики, разработке методологических аспектов, связанных с изучением общественной истории.

В настоящее время со снятием идеологических и методологических ограничений, предоставляется больше возможностей для полного и объективного исследования темы, что нашло отражение в публикациях[26]. Расширился круг источников и доступность их изучения, произошла интеграция отечественной и зарубежной исторической науки. Отмечается стремление проанализировать развитие советского и российского здравоохранения на длительных исторических промежутках, выявить основные черты его эволюции.

Появились работы по развитию системы сохранения здоровья в северных округах. К. П. Мелещенко, бывший заведующий Ямало-Ненецким окружным отделом здравоохранения, в своей работе анализирует историю медицинской службы региона с XIX в. по начало XXI в. Используя большой массив источников Государственного архива Ямало-Ненецкого автономного округа и данные статистики, автор рассматривает развитие отдельных отраслей медицинского обслуживания, инфраструктуры, кадровое обеспечение, внедрение новых методов и технологий на Крайнем Севере. Он также систематизирует ключевые этапы становления системы сохранения здоровья в районах и городах округа, выделяя важнейшие события, этапы и реформы.

Исследование значимо своей источниковой базой, актуальностью (в условиях ЯНАО развитие здравоохранения является важнейшим условием обеспечения жизнедеятельности, сохранения здоровья и повышения качества жизни населения); проблематикой и перспективами (автор освещает проблемы современного состояния и перспектив дальнейшего развития здравоохранения в

[26] Мирский В. А. Медицина России X–XX веков. М., 2005. 631 с.; Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке. М., 2002. 215 с.; Медик В. А., Осипов А. М. Общественное здоровье и здравоохранение : медико-социологический анализ. М., 2012. 358 с.; Прохоров Б. Б. Общественное здоровье в России за 100 лет (1897–1997) // Россия в окружающем мире: 2000. М., 2000. С. 133–168; Щепин О. П. Проблемы реформы здравоохранения (круглый стол редакции журнала «Российская Федерация сегодня») // Российская Федерация сегодня. 2005. № 3. С. 23–26; Букин С. С. Социально-экономические процессы в северных районах Сибири во второй половине XX века // Человек в условиях интенсивного нефтегазового освоения Севера. Тюмень, 2010. С. 30–35.

ЯНАО, что полезно в качестве источника для современных стратегий и программ)[27].

Недостатками монографии К. П. Мелещенко можно назвать описание достижений и успехов советской медицины без анализа причин отставания в формировании социальной инфраструктуры округа. Недостаточно подчеркнуто влияние государственных программ и внешних факторов на развитие региональной системы здравоохранения. Нет сравнительного анализа с другими регионами и подробного освещения социально-
экономических условий.

Наряду с подобными исследованиями появился ряд новаторских историко-медицинских работ о роли государства в системе охраны здоровья, расходящихся с критериями эффективности здравоохранения, изложенных в трудах советских историков медицины, которые опирались на показатели численности врачей, обеспеченности койкоместами, наличием лечебно-диагностической техники и пр.

В. И. Долгинцев – один из ведущих исследователей в области истории тюменского и западносибирского здравоохранения. Его публикации посвящены историческим аспектам становления отрасли в период нефтегазового освоения региона в 1970–1980-х гг. и современным проблемам региональной системы охраны здоровья. Эффективность здравоохранения автор определяет динамическими показателями демографических процессов, уровнем здоровья людей и качеством их жизни. Анализируя эволюционные процессы тюменской системы охраны здоровья, он ищет эффективную модель функционирования отрасли.

Особенно ценными являются исследования о проблемах подготовки руководящих кадров, стратегии устойчивого развития здравоохранения[28].

---

[27] Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа: к 70-летию образования Ямало-Ненецкого автономного округа. ЯНАО-Салехард, 2001. 80 с.

[28] Долгинцев В. И. Становление и развитие здравоохранения в районах освоения нефтегазовых месторождений Западной Сибири (70–80-е гг. XX в.) // Развитие государственной медицины в России: материалы симпозиума. М., 2003. С. 129–131; Его же. Проблемы подготовки руководящих кадров здравоохранения (в Тюменской области // Научный вестник ТюмГМА. 1999. № 3–4. С. 9–10; Его же. Политика устойчивого развития здравоохранения в Тюменском регионе // Научный вестник ТюмГМА. 2001. № 3. С. 17–21; Его же. Развитие системы

Работы систематизированы по тематике и хронологии, что даёт возможность рассмотреть систему здравоохранения региона в развитии, выявить главные достижения, проблемы и пути их преодоления. Важны также материалы по развитию здравоохранения на Тюменском Севере, где особое внимание уделено вызовам и суровым условиям региона. Многие материалы полезны для формирования региональных программ, так как включают рекомендации и концепции развития системы здравоохранения.

Тем не менее, ряд статей требует оценки эффективности и более конкретных примеров реализации предложенных решений. В некоторых публикациях не хватает сравнительного анализа с другими регионами или странами.

Исследования в области советского здравоохранения последних пятнадцати лет затрагивают проблемы состояния системы охраны здоровья в СССР в 1960–1980-х гг. и вопросы освещения советского здравоохранения иностранными авторами[29].

В статье С. Н. Затравкина, Е. А. Вишленковой и В. В. Чаловой дан комплексный анализ состояния советского здравоохранения 1960–1980 гг. Освещены его возможности, достоинства и недостатки. В работе рассматриваются ключевые аспекты советского здравоохранения: организация, обеспеченность кадрами, уровень и доступность медицинского обслуживания. Данный временной период включает важные этапы эволюции социальной медицины, поэтому публикация содержит сведения, позволяющие понять специфику функционирования системы здравоохранения в данный период.

здравоохранения Тюменской области решения // Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Тюмень, 2014. № S1. С. 73–75; Его же. Развитие здравоохранения в северных регионах Тюменской области : основные достижения, проблемы и пути их решения // Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Тюмень, 2015. № 3. С. 52; Его же. Основные вехи развития здравоохранения Тюменского региона // Водосбережение, мелиорация…: сб. докл. XVIII междунар. науч.-практ. конф. Тюмень, 2016. С. 146–151; Его же. Развитие системы здравоохранения Тюменского региона : научное обоснование, концептуальный подход, перспективы развития // Сибирский вестник медицинской информатики. 2016. № 1. С. 43–46.

[29] Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Чалова В. В. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960–1980-х // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 1. Т. 29. С. 153–160; Ратманов П. Э. Советское здравоохранение в освещении западных авторов (1920–1960-е гг.) // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2013. № 3 (12). Т. 29. С. 7.

Авторы выделяют сильные стороны системы – массовое распространение профилактических мероприятий, расширение амбулаторно-поликлинической помощи и продвижение новых технологий. Особое внимание уделяется возможностям системы в плане охвата населения и обеспечения равного доступа к медицинским услугам.

Анализ выполнен с учетом современного исторического подхода, повышающего его ценность для исторической науки.

При разработке современных стратегий развития системы охраны здоровья и для исторического анализа медицинской политики СССР можно использовать выявленные в работе успешные практики и системные недостатки. В статье не достаточно подробно освещены внешние факторы, такие как политическая и экономическая обстановка, которые могли оказывать значительное влияние на возможности системы. Для более полной картины недостаёт сравнения с системами здравоохранения других стран того времени или современных аналогов. Некоторые разделы статьи можно было бы дополнить более подробным анализом эффективности внедряемых медицинских технологий и программ.

В статье П. Э. Ратманова дан аналитический обзор взглядов западных исследователей на систему советского здравоохранения в период 1920–1960 гг. Тема актуальна в современных условиях глобализации и усиленного обмена информацией, так как позволяет понять внешние оценки и стереотипы, влияние международных исследований на формирование образа СССР в сфере медицины. В публикации анализируются главные направления в исследованиях по советской медицине западных авторов. Особое внимание уделяется внутренним противоречиям советской системы. Автор добивается объективного анализа, используя широкий спектр источников – международные научные журналы, отчёты международных организаций, публикации в западных и российских изданиях. Исследование помогает понять, как международное сообщество воспринимало достижения и недостатки советской системы здравоохранения. Однако в статье недостаёт более конкретных примеров оценки профилактики,

кадрового обеспечения, организации лечебных учреждений для показа конкретных точек зрения западных авторов. Нет сопоставления с внутренними оценками советских специалистов, которые помогли бы выявить разрыв между восприятием и реальностью, не хватает анализа влияния западных мнений на международное взаимодействие.

По системе охраны здоровья Тюменской области авторами рассматривались вопросы кадрового обеспечения здравоохранения в условиях освоения и развития Западно-Сибирского нефтегазового комплекса, динамике детской заболеваемости и смертности Западной Сибири в 1970-е гг., взаимосвязи процесса урбанизации и смертности городского населения на востоке страны, истории развития и этапам становления Тюменского медицинского университета и Тюменского медицинского колледжа[30]. Ряд исследователей проанализировал деятельность выдающихся врачей и организаторов здравоохранения СССР[31].

Кадровому обеспечению и развитию медицинского образования посвящены статьи П. Н. Скрипникова и А. Я. Курбановой с коллегами. В них подробно рассматриваются этапы формирования кадрового потенциала, развитие Тюменского государственного медицинского университета и колледжа, их значение для обеспечения медицинскими кадрами региона. Это ценная информация о системе подготовки специалистов и роли кадровой политики в развитии здравоохранения.

---

[30] Скрипников П. Н. Кадровое обеспечение здравоохранения в Тюменской области в 1959–1974 гг. // Наука и инновации XXI века: материалы IV Всерос. конф. молодых учёных. Сургут, 2017. С. 244–248; Курбанова А. Я. [и др.]. История развития и этапы становления ТюмГМУ // Университетская медицина Урала. Тюмень, 2016. Т. 2. С. 61–62; Макарова М. М., Дубровина Е. А. Вклад Тюменского медицинского колледжа в становление и развитие здравоохранения региона: заметки на полях столетней истории // Медсестра. 2021. № 2. С. 7–25; Бурматов А. А. Детская смертность в 1970-х гг. в Западной Сибири // Исторический курьер. 2021. № 4 (18). С. 7–25; Дашинамжилов О. Б. Урбанизация Западной Сибири в 1960–1980-е гг. : территориальные особенности смертности // Гуманитарные науки в Сибири. 2018. Т. 25. № 4. С. 7–25

[31] Долгинцев В. И., Долгинцева Н. В. Ю. Н. Семовских – крупный организатор здравоохранения Тюменского региона // Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. Тюмень, 2013. № S1. С. 58–59; Каргаполов Е. П. А. А. Соколова как руководитель Ханты-Мансийского окр. отдела здравоохранения(1982–1985 гг.) // Научный медицинский вестник Югры. 2017. № 3–4 (13–14). С. 63–69; Его же. В. Л. Вильгельм как руководитель окр. системы здравоохранения // Научный медицинский вестник Югры. 2016. № 2 (10). С. 61–71; Руленков И. В. Н. Семашко – основоположник образцовой системы медицинских учреждений… // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. 2015. № 2 (114). С. 119–123.

Работа М. М. Макаровой и Е. А. Дубровиной подчёркивает роль учреждений среднего профессионального образования в становлении тюменской системы охраны здоровья, что важно для понимания значения среднего медицинского персонала для советского здравоохранения.

Статьи А. А. Бурматова и О. Б. Дашинамжилова освещают вопросы детской смертности, урбанизации и территориальных характеристик смертности Западной Сибири. Эти исследования выявляют влияние социально-экономических процессов на показатели здоровья населения.

В некоторых публикациях недостаёт анализа влияния экономических и политических факторов: роли государственной политики в развитии медицинских учреждений и демографических изменений. Стоило бы больше уделить внимания анализу межрегиональных различий, чтобы понять специфику развития именно Тюменской области и Западной Сибири.

В ряде работ не хватает более современных теоретических подходов к анализу урбанизации и здравоохранения.

Интересны работы социологов, посвящённые вопросам освоения Западно-Сибирского Севера, в которых эффективность дальнейшего формирования ЗСНГК связывалась со степенью развития социальной инфраструктуры[32].

А. Н. Аверин и Е.П. Антропов в своей книге изучают проблемы развития коммуникаций, учреждений образования, здравоохранения, культуры и быта в контексте освоения региона. Всё это важно для осмысления формирования социальной среды в условиях интенсивного промышленного освоения и для оценки роли инфраструктурных объектов в обеспечении устойчивого развития.

Книга Г. Ф. Куцева фокусируется на специфике жизни населения в суровых климатических условиях, социальной и культурной адаптации горожан северных регионов.

Работа С. Г. Симонова и А. Н. Силина исследует особенности социализации, досуга, образа жизни и ценностных ориентаций молодёжи

[32] Аверин А. Н., Антропов Е. П. Западная Сибирь: социальная инфраструктура районов освоения. М., 1988. 112 с.; Куцев Г. Ф. Человек в северном городе. Свердловск, 1987. 222 с.; Симонов С. Г., Силин А. Н. Ритм жизни молодёжи Западной Сибири. Томск, 1993. 188 с.

Западной Сибири. Это исследование актуально для понимания молодежной субкультуры, уровня социальной активности и перспектив развития региона через призму молодёжных тенденций.

В целом, исследования имеют описательный характер, в них не хватает аналитического и сравнительного подхода, особенно при межрегиональных сопоставлениях. Было бы полезно более широко использовать статистические данные и социологические опросы для подтверждения выводов о состоянии социальной инфраструктуры и образе жизни населения.

В работах можно было бы дополнительно рассмотреть влияние экономических факторов и государственной политики на развитие социальной среды.

В целях сравнения развития систем здравоохранения Тюменской области и других регионов страны использованы публикации по совершенствованию здравоохранения последних[33]. Представленные работы рассматривают процессы формирования и функционирования системы охраны здоровья в районах Горного Алтая и Камчатки в XX в. Эти исследования вносят ценный вклад в региональную историю медицины, анализируя особенности развития здравоохранения в условиях географической удалённости, суровых климатических условий и исторических трансформаций.

Исследование О. А. Гончаровой и Н. Н. Ложкиной фокусируется на условиях и специфике становления системы здравоохранения на Горном Алтае. Работа освещает организационные, кадровые, инфраструктурные факторы развития лечебно-профилактических учреждений, влияние природных условий на организацию медицинской помощи. Это даёт понимание специфики оказания медицинских услуг в условиях горной и малонаселённой территории.

Диссертация Т. А. Князькиной комплексно исследует историческое развитие здравоохранения на Камчатке, охватывая исторические этапы от дореволюционной России до первых лет постсоветской трансформации. Особое

[33] Гончарова О. А., Ложкина Н. Н. Условия и особенности развития системы здравоохранения в Горном Алтае в 1965–1985 годы. Манускрипт. 2020. Т. 13. Вып. 10. С. 92–95; Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г.: дис. … канд. ист. наук: 07.00.02. Петропавловск-Камчатский, 2007. 173 с.

внимание уделяется развитию инфраструктуры, кадровым вопросам, особенностям эпидемиологической ситуации и роли государственной политики.

В обеих работах нет сравнительного анализа с развитием системы здравоохранения в других отдалённых регионах для выделения уникальных или типичных черт региона.

В диссертации о Камчатке не рассмотрено влияние экономических и политических изменений на уровень и качество медицинской помощи.

Несмотря на обилие работ, можно сделать вывод о недостаточной изученности истории становления тюменского здравоохранения в период с 1964 по 1991 гг. Публикации не раскрывают проблему комплексно, не охватывают полностью временной отрезок изучаемого периода. В основном дается обзор лишь некоторых моментов становления в регионе медицинской службы. В работах экономистов, социологов даётся лишь общая оценка социально-культурных условий, сложившихся в регионе к середине 1980-х гг. Исторические работы ограничиваются узкими хронологическими рамками или несколькими направлениями социального развития: жилищно-коммунальным, торговым, бытовым, культурным. Тюменское здравоохранение не выделено в качестве самостоятельной темы изучения. Авторы рассматривают медицинскую службу наряду с другими проблемами в рамках тюменского регионального социального развития. Исследователи не проанализировали формирование сети предприятий медицинского профиля, кадровую стратегию здравотделов, соотношение капиталовложений в отрасль с показателями здоровья людей и т. д. Недостаёт сравнительного анализа с развитием здравоохранения в других регионах страны, подробного изучения влияния социально-экономических реформ на отрасль. Таким образом, история тюменского здравоохранения в 1964-1991 гг. представляет собой одну из значимых тем, нуждающихся в отдельном изучении и составляющих актуальный предмет научного поиска.

Объект исследования – здравоохранение Тюменской области.

Предмет исследования – развитие и модернизация системы здравоохранения Тюменской области в период интенсивного нефтегазового

освоения 1964–1991 гг., включая процессы модернизации инфраструктуры, кадрового потенциала, технологических и организационных аспектов, а также влияние нефтегазовой промышленности на качество и доступность медицинских услуг в регионе.

Хронологические рамки исследования охватывают период 1964–1991 гг. Нижняя хронологическая граница определена началом промышленной добычи нефти в Тюменской области и решением большого круга задач, связанных с реализацией постановления Совета Министров СССР № 1208 от 4 декабря 1963 г.[34] по созданию Западно-Сибирского нефтегазодобывающего региона. Одновременно начала формироваться программа социального развития. Ставилась задача обживания и заселения территории, создания условий для привлечения трудоспособного населения. В рамках данной программы решались вопросы развития социальной инфраструктуры, в том числе, медицинской.

Верхняя граница определена распадом Советского Союза, дезорганизацией управления, нарастающими негативными тенденциями во всех отраслях развития страны. В рамках Западно-Сибирского нефтегазового комплекса этот год был отмечен снижением добычи нефти и газа, уменьшением объёмов финансирования, свёртыванием крупных социальных программ. В связи с либерализацией государственного устройства, разделением единой системы здравоохранения на государственную, муниципальную и частную советская система здравоохранения начала разрушаться и изменяться.

Территориальные рамки исследования включают Тюменскую область. В регион входил ряд городов: Тюмень, Тобольск, Ишим, Ханты-Мансийск, Салехард, в которых имелись хорошо оснащённые и укомплектованные медицинским персоналом лечебно-профилактические и учебные учреждения. Центром социального развития региона стала Тюмень, как главный город области. В реализации проектов социального развития не менее важны были

[34] Об организации подготовительных работ по промышленному освоению открытых нефтяных и газовых месторождений и о дальнейшем развитии геологоразведочных работ в Тюменской области: постановление Совмина СССР 04.12.1963 г. // Государственный архив Российской Федерации. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 1342. Л. 128–131.

столицы Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого округов Ханты-Мансийск и Салехард. Постепенно, часто на месте бывших посёлков, росли новые города: во второй половине 1960-х гг. появились города Сургут, Урай, Нефтеюганск, к середине 1980-х гг. – Нижневартовск, Лабытнанги, Мегион, Новый Уренгой, Ноябрьск, Когалым, Лангепас, Нягань, Радужный. Города располагались в новых промышленных районах, постоянно находились в состоянии решения жилищных и других социальных проблем, острота которых не снижалась.

Цели и задачи исследования. Цель исследования – выявить характер развития тюменского здравоохранения в период интенсивного нефтегазового освоения 1964–1991 гг. и определить его основные тенденции, этапы и особенности.

Задачи исследования:

– охарактеризовать основы государственной политики в сфере охраны здоровья в 1964–1991 гг.;

– определить изменения в материально-технической базе тюменских областных лечебно-профилактических учреждений;

– выявить специфические формы организации охраны здоровья в Северных округах Тюменского края;

– охарактеризовать развитие тюменских региональных специализированных медицинских служб, заново созданных в изучаемый отрезок времени, в связи с миграцией населения, появлением и развитием новых населенных пунктов;

– дать оценку кадровым изменениям в здравоохранении и формированию системы Тюменского регионального медицинского образования 1964–1991 гг.

Источниковую базу исследования составляют письменные и изобразительные источники.

Письменные источники представлены законодательными актами, документацией партийных и ведомственных органов и общественных организаций, статистическими материалами, документами личного характера, периодической печатью, публицистикой.

Важным источником являются «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении», утверждённые Верховным Советом СССР 19 декабря 1969 г. Документ состоит из вводной части и 9 разделов, включающих 55 статей. Это один из первых в мире кодексов о здравоохранении, охвативший общими законодательными нормами все стороны и отрасли лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической деятельности[35].

Для дополнения и обогащения анализа в работе использованы партийные документы: постановления и решения съездов, конференций, пленумов ЦК КПСС. Ценными источниками представляются Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР из Ф. Р5446 «Совет Народных Комиссаров – Совет Министров СССР» ГАРФ и Ф. 814 «Тюменский областной Совет народных депутатов и его исполнительный комитет» ГАТО. Материалы центральных парторганизаций опубликованы в сборниках документов коммунистической партии Союза ССР. В них заключаются основные направления экономической и социальной политики ЗСНГК[36].

Постановления, принятые ЦК КПСС и Советом Министров СССР, опубликованы в специальных сборниках[37]. Часть партийных документов опубликована в сборниках документов по нефтегазовому комплексу[38].

В данном исследовании использованы архивные материалы тридцати двух фондов, свыше 150 дел семи архивов: Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ), Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ), Государственный архив Тюменской области (ГАТО), Государственный архив социально-политической истории Тюменской области (ГАСПИТО), Государственный архив Ханты-Мансийского округа (ГАХМАО),

---

[35] Об утверждении Основ законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении: закон СССР от 19.12.1969 № 4589–VII // СЗ СССР. 1990. Т. 3.

[36] Материалы XXIII съезда КПСС. М., 1966. 304 с.; Материалы XXIV съезда КПСС. М., 1972. 319 с.; Материалы XXV съезда КПСС. М., 1976. 256 с.; Материалы XXVI съезда КПСС. М., 1981. 223 с.; Материалы XXVII съезда КПСС. М., 1986. 352 с.; Указы и постановления Президиума Верховного Совета СССР и РСФСР // ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. Л. 1003–1006, 1030–1032, 1058–1060, 1073–1079, 1094–1103; КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. М., 1972. Т. 10; XXIII съезд КПСС: стеногр. отчёт. М., 1966. В 2 т.; XXIV съезд КПСС: стеногр. отчёт. М., 1971. В 2 т.; XXV съезд КПСС: стеногр. отчёт. М., 1976. В 3 т.

[37] Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. В 16 т. М., 1967–1988.

[38] Нефть и газ Тюмени в документах. Свердловск, 1971. 480 с.

Государственный архив Ямало-Ненецкого округа (ГАЯНАО), архив Музея истории Тюменского государственного медицинского университета. Также использованы материалы библиотеки Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Тюменской области, фонды Тюменского областного музея имени И. Я. Словцова.

Использованы материалы местных партийных органов ГАСПИТО – Ф. 113 «Сургутский городской комитет КПСС», Ф. 124 «Тюменский областной комитет КПСС», Ф. 2010 «Тюменский промышленный областной комитет КПСС», Ф. 2037 «Первичная парторганизация Тюменнефтегаза», Ф. 2812 «Первичная организация КПСС областного отдела здравоохранения», Ф. 3185 «Первичная организация КПСС городского управления бытового обслуживания».

Ф. 113 и Ф. 124 ГАСПИТО содержат протоколы конференций, пленумов и собраний партийного актива Тюменского областного и Сургутского городского комитетов. Данные материалы показывают темпы социального прогресса: строительства и выполнения планов по капиталовложениям в него, организации здравоохранения, отображают общую картину развития общественной сферы.

Указанные выше фонды 2037, 2812, 3185 ГАСПИТО состоят из документов партбюро, парткомов и партийных собраний первичных парторганизаций Тюменнефтегаза, облздравотдела, городского управления бытового обслуживания, позволяющих проанализировать выполнение заданий партии и правительства на местах.

Особую разновидность составляют документы, отображающие функционирование отдельных ведомств. Приказы Министерств здравоохранения СССР и РСФСР (Минздравов) в Ф. А482 «Минздрав РСФСР» и Ф. Р8009 «Минздрав СССР» ГАРФ, отражают политику правительства в сфере медицинского обслуживания в масшТаблах страны, республики и Тюменской области. Приказы областного отдела здравоохранения Областного исполнительного комитета Совета народных депутатов (облздравотдела) в фондах ГАТО воссоздают политику государства в здравоохранении Тюменского региона.

В нашем исследовании проанализированы неопубликованные материалы Ф. 1725 «Департамент здравоохранения администрации Тюменской области» ГАТО. В фонде хранятся материалы Министерств здравоохранения, Тюменского облисполкома Советов народных депутатов, информация от руководящих работников и специалистов, докладные записки и справки, составлявшиеся по районам или отдельным отраслям медицинской службы, а также ежегодные отчёты по медобслуживанию населения.

Ф. 2004 «Тюменский государственный медицинский институт Министерства здравоохранения РСФСР» ГАТО включает документы о создании вуза, доклады об истории его основания, переписка с отраслевым министерством по научной работе, по вопросам основной деятельности института и т.д.

Ф. Р2005 – Тюменский обком работников просвещения высшей школы и научных учреждений.

Ф. 3 «Ямало-Ненецкий окрисполком» ГАЯНАО включает решения и распоряжения Тюменского областного исполкома; протоколы сессий окружного Совета депутатов трудящихся, протоколы заседаний окружного исполкома; материалы по работе предприятий и организаций округа; переписку по основным вопросам деятельности с отраслевыми отделами и управлениями окружного Совета депутатов трудящихся; сметы, штатные расписания, отчеты об исполнении бюджета окружного исполкома; статистические отчеты по кадрам и различным направлениям народного хозяйства, годовые бухгалтерские отчеты, сводки, справки, другие материалы о выполнении плана в различных отраслях народного хозяйства; документы по награждению.

Ф. 56 «Ямало-Ненецкий окружной отдел здравоохранения» ГАЯНАО отображает формирование системы здравоохранения в Ямало-Ненецком округе. Он содержит протоколы заседаний медицинского совета и аппаратных совещаний работников отдела; документы по награждению орденами и медалями медицинских работников округа; штатные расписания, сметы, приказы.

В Ф. 84 «Салехардское медицинское училище отдела здравоохранения исполнительного комитета Ямало-Ненецкого окружного Совета депутатов

трудящихся» ГАЯНАО входят материалы по истории данного учреждения: протоколы заседаний педсовета, сводные ведомости успеваемости учащихся; инструкции по проведению производственной практики; утвержденные штатные расписания и сметы расходов; планы учебно-воспитательной работы; акт проверки работы училища комиссией Министерства здравоохранения РСФСР (1976); протоколы общих профсоюзных и производственных собраний работников училища; протоколы заседаний цикловых комиссий по специальностям, приказы.

Экономическая политика ХМАО освещена в документах ГАХМАО Ф. 184 «Плановая комиссия Ханты-Мансийского окрисполкома», включающих текущие и перспективные планы развития экономики округа, отчёты о контроле над их выполнением.

Развитие городов и посёлков в районах добычи нефти и газа Тюменской области освещено в Ф. 5470 «Центральные комитеты профессиональных союзов рабочих химической и нефтехимической промышленности» ГАРФ. В фонде собраны справки инспекторов ЦК профсоюза о проверке работы комитетов профсоюза, условий труда, быта и отдыха трудящихся и выполнения трудового законодательства, а также отчёты о работе отдела, информация комитетов профсоюза о работе организаций, материалы профсоюзных конференций.

В материалах Ф. 2 «Пленумы ЦК КПСС 1941–1991 гг.» РГАНИ хранятся документы Пленумов ЦК КПСС, которые были органом политического руководства партии в период между съездами. Это постановления Политбюро ЦК КПСС о созыве, повестках дня и вопросах пленумов; протоколы заседаний пленумов и материалы к ним. В них освещены вопросы социального обеспечения граждан.

Состояние системы здравоохранения по РСФСР отображают дела Ф. 5 «Аппарат ЦК КПСС. 1935–1991 гг.». Поскольку большую часть своего существования отделы ЦК КПСС строились по отраслевому принципу, то в фонде имеется значительное количество подготовительных материалов: это проекты постановлений ЦК КПСС и СМ СССР, записки, справки и информации отделов

ЦК КПСС, союзных, союзно-республиканских и республиканских министерств и ведомств, справки и информации местных партийных органов по обсуждаемым вопросам.

К документам общественных организаций целесообразно отнести материалы профсоюзов. В ГАСПИТО деятельность Тюменской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ отображает Ф. 3918 «Тюменская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ». Фонд содержит материалы Тюменского областного Совета профсоюзов, связанные с деятельностью предприятий обкома профсоюза нефтехимии и региональных медиков, отчёты комитетов по охране труда и технике безопасности, документы ЦК профсоюзов нефтехимии и медработников, планы, доклады, сметы и пр. Период 1964–1991 гг. показан достаточно чётко.

Следующий вид документов представляют статистические источники.

По их сведениям дана количественная характеристика показателей Тюменского здравоохранения (количество врачей, лечебно-профилактических заведений, обеспеченность ими народонаселения и др.) в 1964–1991 гг.

Документы ГАТО Ф. 1112 «Тюменский областной комитет по статистике» содержат ценный статистический материал о состоянии социального развития края. Ф. 1112 включает дела периода с 1934 г. по 1993 гг. по секторам, среди которых находится сектор строительства и здравоохранения. Тексты документов освещают показатели капитального строительства в ЗСНГК за счёт государственных капиталовложений, работы подрядных организаций ЗСНГК по XI и XII пятилеткам.

Ф. 6 «Комитет государственной статистики Ханты-Мансийского автономного округа Госкомстата РФ» ГАХМАО.

Одним из информативных источников являются статистические данные из многообразных региональных справочников и сборников. Они включают

основные цифры по здравоохранению СССР, РСФСР и Тюменской области в различные годы изучаемого периода[39].

Показатели здравоохранения по Союзу ССР и республикам были почерпнуты из статистических сборников разной направленности[40].

Особый вид составляют документы личного характера, включающие материал о работниках системы сохранения здоровья, сыгравших заметную роль в становлении медицинской службы Тюменского края. Данные материалы позволяют понять не только общие тенденции, но и внутренний опыт участников исследуемого процесса. Они хранятся в фондах ГАТО, ГАХМАО, ГАЯНАО.

В Ф. 2081 «Работники здравоохранения» ГАТО содержатся сведения о таких известных личностях как В. И. Дьячков, Б. И. Василенко, Г. В. Кондинский, А. И. Желейко, Е. А. Никонова, О. М. Зороастров, Н. А. Коновалова. В делах, названных по их фамилии, имени и отчеству, хранятся биографические документы, списки научных работ и публикации, медали, фотографии и статьи о трудовой деятельности. В деле А. И. Желейко можно ознакомиться с буклетами, брошюрами, проспектами, марками, вырезками из газет о развитии Тюменской системы охраны здоровья, о работе музея здравоохранения Тюменской области и клуба милосердия «Берегиня».

---

[39] Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области: 1965/66–1983/84 уч. гг. Тюмень, 1984. 120 с.; Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области: 1990/91–94/95 уч. гг. Тюмень, 1995. 118 с.; Естественное и механическое движение населения Тюменской области (1970–1977 гг.). Тюмень, 1978. 114 с.; Здравоохранение Тюменской области в 1965–1975 гг. Тюмень, 1977. 316 с.; Народное хозяйство Тюменской области за 70 лет. Тюмень, 1987. 320 с.; Народное хозяйство Ханты-Мансийского нац. округа за 1959–1964 гг. Тюмень, 1965. 316 с.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области: за 1980 г. Тюмень, 1981. 312 с.; за 1986 г. Тюмень, 1987. 312 с.; за 1990 г. Тюмень, 1991. 118 с.; Основные показатели естественного и механического движения населения Тюменской области за девятую пятилетку (1970–1975 гг.). Тюмень, 1976. 108 с.; Основные показатели развития здравоохранения Тюменской области за 1981–1985 гг. Тюмень, 1986. 104 с.; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования). Тюмень, 2014. 280 с.; Численность населения и его размещение в Тюменской области: итоги Всерос. переписи населения 2010 г. В 10 ч. Тюмень, 2012.

[40] Государственный бюджет СССР и бюджеты союзных республик: 1961–1965. М., 1966. 225 с.; 1966–1970. М., 1971. 232 с.; 1971–1975. М., 1976. 217 с.; 1976–1980. М., 1982. 186 с.; 1981–1985. М., 1987. 198 с.; на 1990 г. М., 1990. 161 с.; Демографические процессы и развитие здравоохранения в РСФСР. М., 1983. 180 с.; Здравоохранение и социальное обеспечение в РСФСР. М., 1976. 262 с.; Здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР. М., 1988. 268 с.; Народное хозяйство РСФСР: в 1965 г. М., 1966. 616 с.; в 1970 г. М., 1971. 489 с.; в 1980 г. М., 1981. 489 с.; в 1981 г. М., 1982. 288 с.; в 1985 г. М., 1986. 398 с.; Народное хозяйство СССР: в 1980 г. М., 1981. 584 с.; за 70 лет. М., 1987. 770 с.; РСФСР в цифрах: в 1966 г. М., 1967. 302 с.

В Ф. 291 «Сагандукова Е. М. – депутат Верховного Совета СССР» ГАХМАО хранятся документы Е. М. Сагандуковой – депутата Верховного Совета СССР, первой женщины-врача из народа ханты. Среди них: доклады об итогах работы сессий Верховного Совета СССР, статьи из газет и журналов о Е.М. Сагандуковой, переписка с избирателями, фотографии.

Документы о заведующем Ямало-Ненецким окружным отделом здравоохранения, заслуженном враче РСФСР П. Т. Московкине хранятся в Ф. 209 «Московкин Павел Тимофеевич» ГАЯНАО. Архивная опись содержит биографические документы (лицевой листок по учету кадров с фотографией, автобиографию), документы его служебной деятельности (докладные записки, справки, отчеты о состоянии здравоохранения в Ямало-Ненецком национальном округе, списки врачей Ямало-Ненецкого округа за 1949–1967 гг., материалы докладов, выступления), документы творческой деятельности (воспоминания, статьи в газету «Красный Север»).

Среди материалов Тюменского краеведческого музея им. И. Я. Словцова использованы документы Основного фонда (О.Ф.): характеристики работников здравоохранения, письма, воспоминания очевидцев.

Музей истории Тюменского медицинского университета представлен Основным фондом (О.Ф.), где хранятся биографические данные сотрудников вуза.

К документам личного характера относятся мемуары и воспоминания. Они принадлежат участникам и очевидцам модернизации медицинского обслуживания Тюменского края в 1964–1991 гг.: советским руководителям областного, окружных, районных, городских отделов здравоохранения, руководителям медицинских институтов, училищ, больниц и поликлиник, врачам[41]. В них объектом интереса, помимо государственной политики и

[41] Жвавый Н. Ф. Эстафета творчества. Тюмень, 1998. 208 с.; За полчаса до боя курантов: сб. очерков и статей о Тюм. обл. клинической больнице / под ред. В. Б. Гохфельда, В. Д. Хренова. Тюмень, 1995. 192 с.; Иванов Н. В. Записки хирурга. Тюмень, 2011. 286 с.; Каданцев В. А. Река времён… [Электронный ресурс] // Медицина РФ. 2017. URL: http://medicinarf.ru/public/10175/ (дата обращения: 30.09.2018); Карнацевич С. И. Память о прошлом. СПб., 2008. 58 с.; Московкин П. Т. На страже здоровья : воспоминания о становлении и развитии медицины в Нижневартовске // Город вечной молодости. М., 2002. С. 214–219; Рошаль М. И. Скорая — вся

социально-экономических процессов, стали личные впечатления участников исторических событий и их профессиональная деятельность.

В постсоветский период были изданы воспоминания медработников о становлении Тюменской системы сохранения здоровья. Сборник очерков, статей, справочно-информационных заметок раскрывает историю Тюменской областной клинической больницы, одной из лучших в России, рассказывает о медработниках этого лечебно-профилактического учреждения. В сборник вошли очерки и статьи журналистов и работников здравоохранения, содержащие воспоминания о личных качествах и профессиональной деятельности тюменских медиков, информацию о техническом оснащении, лечебно-диагностических возможностях всех служб больницы[42].

В книге хирурга Н. В. Иванова, организатора здравоохранения П. Т. Московкина описаны здравоохранение и деятельность медработников Севера Тюменской области, дающие представление о формировании материально-технической базы и изменении качества медицинского обслуживания в районах нового промышленного освоения края[43].

Исторический очерк М. И. Рошаля, главного врача скорой медицинской помощи, руководившего экстренной службой с 1961 по 1988 гг., содержит описание процесса формирования службы скорой помощи в г. Тюмени[44].

Для того чтобы сделать исследование более актуальным, конкретным и подтверждённым современными источниками, для понимания социальной и информационной динамики исследуемого периода важную роль играет обращение к периодической печати. В диссертации использовались материалы газет: «Известия», «Тюменские известия», «Тюменская правда», «Тюменская область сегодня», «Тюменский курьер», «Ленинская правда», «Новости Югры»,

---

моя жизнь [Электронный ресурс] // Станция скорой мед. помощи г. Тюмени. Тюмень, 2016. URL: http://sp03tmn.ru/ru/about/skoraya-vsya-moya-zhizn/ (дата обращения: 27.09.2018); Рудаков А. Ф. Главное богатство — доброе имя благородные дела и мысли : воспоминания о Ю. Н. Семовских. Тюмень, 2011. 198 с.

[42] За полчаса до боя курантов: сборник очерков, статей, справочно-информационных заметок о Тюменской областной клинической больнице / Под ред. В. Б. Гохфельда, В. Д. Хренова.

[43] Иванов Н. В. Записки хирурга. Тюмень, 2011. 286 с.

[44] Рошаль М. И. Скорая – вся моя жизнь // Станция скорой медицинской помощи г. Тюмени: официальный сайт. Тюмень, 2016.

«Варта», «Местное время», «Медицинская газета», «Медицинские вести» за 1952–2015 гг. Материалы центральных и местных газет помогли прочувствовать исследуемую эпоху и составить о ней более полное представление.

В целях лучшего понимания социального и культурного контекста исследуемого явления использовались публицистические произведения, отразившие развитие Тюменского региона с северными округами, становление их медицинской службы[45].

Изобразительные источники представлены фотографиями Ф. «Архив фотодокументов» Музея истории Тюменского государственного медицинского университета. Данные материалы позволяют создать более яркую картину исследуемого исторического периода.

Методология и методы исследования базируются на основных положениях теории модернизации. Под модернизацией в исторической науке понимается переход от традиционного к современному обществу. Данная теория определяет в т. ч. и переменные, характеризующие социальный прогресс и развитие общества, а также, объясняет процесс социальной революции. Советская модернизация в известной мере признаётся альтернативной формой модернизации[46].

В современной отечественной науке теория модернизации разрабатывалась и применялась В. В. Алексеевым, И. В. Побережниковым, В. П. Милецким, Н. Ф. Наумовой, Ю. П. Вишневским[47]

---

[45] Первая в Югре / авт.-сост. А. А. Головин. Берёзово, 2000. 60 с.; Иваненко А. С. Новые прогулки по Тюмени: путеводитель. Тюмень, 2008. 335 с.; Его же. Прогулки по Тюмени. Тюмень, 1999. 368 с.; Его же. Тюменский район. Тюмень, 2008. 304 с.; Его же. Четыре века Тюмени : очерки живой истории старинного сибирского города. Тюмень, 2004. 367 с.; Летопись здравоохранения Тюменской области / сост. В. В. Квашнина. Тюмень, 1986. 224 с.; Московкин П. Т. Записки врача заведующего окрздравотделом Тюмень-Ямал // Западная Сибирь: история и современность: краевед. записки. Вып. VII / отв. за вып. В. И. Чернышова, сост. Л. Ф. Семёнова. Тюмень, 2005. С. 270–282; Патрикеев Н. Б. Ямал: страницы былого: краевед. очерк. Салехард, 1995. 98 с.; Тюменская обл. клиническая больница: проспект. Тюмень, 1969. 96 с.; Ямал: грань веков и тысячелетий. Салехард-СПб., 2000. 656 с.

[46] Цапф В. Теория модернизации и различие путей общественного развития // Социол. исследования. 1998. № 8. С. 14–26

[47] Алексеев В. В., Побережников И. В. Модернизационная перспектива: проблемы и подходы // Опыт российских модернизаций XVIII–XX вв. М., 2000. С. 10–49; Побережников И. В. Модернизация и теоретико-методологические подходы // Экон. история. Обозрение. 2002. Вып. 8. М. С. 146–168; Вишневский Ю. П. Серп и рубль: консервативная модернизация в СССР. М., 1998. 432 с.; Демографическая модернизация в России: 1900–2000 / под ред. Вишневского А. Г. М., 2006. 608 с.; Милецкий В. П. Российская модернизация: предпосылки и перспективы

Исходя из данной теории, можно понять, как осуществлялся переход от старой структуры смертности, вызванной, главным образом, тяжёлыми условиями существования, к новой, обусловленной современным образом жизни, как увеличивалась ценность жизни человека. Например, Ю. М. Гончаров, обращаясь к теории модернизации, подчеркивал, что происходили изменения: переход от высокого уровня смертности, характерного для традиционных обществ, к низкому уровню, присущему современному обществу[48].

В Тюменском крае модернизация связана с нефтегазовым освоением региона в 1964–1991 гг., которое повлекло кардинальное изменение во всех сферах социально-экономического развития и превращение сельскохозяйственной территории в промышленно развитую, что вызвало необходимость в кратчайшие сроки обеспечить население медицинским обслуживанием.

Частичная (локальная) модернизация проводилась в СССР и ранее. Примером может послужить Урало-Кузбасский комбинат (УКК).

Создание ЗСНГК сопоставимо по масшТаблам с формированием Урало-Кузбасского комбината, как системы экономических связей металлургической и угольной промышленности СССР. УКК был одним из крупнейших российских проектов XX в. В основном он осуществлялся в 1930 е гг., превратившись в объект государственной важности, необходимый для ускорения индустриализации страны.

Создание ЗСНГК и Урало-Кузбасса проходило на малообжитых, мало развитых в промышленном и транспортном отношении территориях, удалённых от культурно-экономических центров, но богатых ценными природными ресурсами. Методы руководства в обоих случаях строились на принципах единоначалия, централизованного планирования и управления по отраслевому признаку. В результате решение организационно-производственных проблем

эволюции социального государства. СПб., 1997. 195 с.; Наумова Н. Ф. Социальная политика в условиях запаздывающей модернизации // Социол. журнал. 1994. № 1. С. 6–21.

[48] Гончаров Ю. М. Модернизационные процессы в сибирской городской семье во второй половине XIX–начала XX в. // Сибирское общество в контексте модернизации XVIII–XX вв.: сб. материалов Всерос. конф. (Новосибирск, 22–23 сент. 2003 г.) / отв. ред. Ламин В. А. Новосибирск, 2003. С. 105–124.

упрощалось, а решение социально-бытовых вопросов отодвигалось на второй план. Так же как и в случае с УКК, всем хозяйственным организациям и промышленным предприятиям приказывалось удовлетворять заявки ЗСНГК в первую очередь.

Разница заключалась в том, что строительство УКК реализовывали вчерашние крестьяне, безусловно доверяющие судьбу Родины партии и правительству, с безграничным энтузиазмом осуществляющие индустриализацию страны. В создании ЗСНГК участвовали представители разных слоёв общества, более образованные и менее доверчивые. Большое значение для них имела возможность заработать столько денег, сколько в СССР того времени мало кто получал.

В итоге, в обоих случаях в исторически короткие сроки была проведена индустриализация и модернизация восточных областей страны.

Оба региона имели самые высокие темпы социально-экономического развития в мире и оказывали большое влияние на развитие всего народного хозяйства и решение многих политических и социальных проблем в стране.
Западно-Сибирский нефтегазовый комплекс и Кузнецкий территориально-производственный комплекс (Кузбасс) в XXI в. переживают новый этап своего развития.

В настоящее время в изучении исторических процессов наблюдается антропологический поворот, для которого главным является человек и его опыт. Исследование осуществляется в рамках гуманитарного аспекта историко-антропологического подхода. В работе освещаются создание благоприятных условий труда, социальная защита и обеспечение жизнедеятельности населения.

Диссертационное исследование строится на принципах историзма, системности и объективности. Принцип историзма реализуется в рассмотрении фактов с различных сторон и анализе процессов в их зарождении и динамике в конкретных исторических условиях. Принцип системности нашёл выражение в рассмотрении объекта и предмета исследования как системы, функционирование которой подчиняется общим закономерностям существования и эволюции.

Принцип объективности, предполагающий рассмотрение событий без идеологически заданных схем и стереотипов, позволил рассмотреть процесс становления и модернизации Тюменской областной системы сохранения здоровья в совокупности позитивных и негативных результатов.

В работе применяются исторические методы: историко-генетический, историко-сравнительный, проблемно-хронологический и статистический.

Историко-генетический метод позволил анализировать обусловленность модернизации Тюменской системы медицинской помощи её предыдущим состоянием. Учитывалась хронология явлений и их развитие.

Использование сравнительно-исторического метода помогло сопоставить различные стороны модернизации Тюменской региональной системы сохранения здоровья, других регионов Союза ССР и зарубежных стран, выявить особенности становления медицинской службы в исследуемом регионе, соотнести историческую обстановку начала и конца изучаемого периода.

Применение проблемно-хронологического метода сделало возможным изучить преобразования, происходившие в условиях модернизации Тюменской системы сохранения здоровья по этапам, а внутри них – по проблемам.

Статистический метод позволил описать развитие здравоохранения Тюменской области при помощи количественных показателей.

Положения, выносимые на защиту.

1. Отличительной особенностью государственной политики Союза ССР в культурно-хозяйственном освоении территории Тюменской области 1964–1991 гг. была реализация социальных программ, частью которых являлось здравоохранение.

2. Модернизация периода 1964–1991 гг. касалась, в первую очередь, развития и укрепления материально-технической базы, доступности медицинского обслуживания и борьбы с инфекционными болезнями.

3. К концу исследуемого периода была создана разветвлённая система учреждений здравоохранения. В её формировании выделяются два этапа. На первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) прирост происходил за счет

нового строительства медицинских учреждений. На втором этапе (1976–1991 гг.) шла интенсификация использования возведенных мощностей.

4. Положительное влияние на развитие медицинского обслуживания северных регионов оказали внедрение новейших методов организации работы медицинских учреждений (хозрасчёта и т. д.), в результате которых произошло повышение эффективности использования материальных и кадровых ресурсов, их более рациональное распределение, улучшение планирования и управления, увеличение мотивации медицинских работников, их стимулирование к более ответственному и инициативному выполнению своих задач, расширение спектра медицинского обслуживания. Эти положительные изменения не имели продолжения, так как они были довольно быстро свёрнуты.

5. В законодательных, партийных и правительственных документах 1964–1991 гг. отразилась нацеленность на профилактическое направление, но на практике оно носило декларативный характер и развивалось медленно. Также не было чёткой государственной политики в области внедрения здорового образа жизни среди населения.

6. Тюменское здравоохранение в исследуемый период развивалось в рамках государственной политики по образцу формирования медицинских служб в европейской части РСФСР. Но в связи с игнорированием местных особенностей региона, показатели развития здравоохранения Тюменской области, улучшались медленнее, чем в столичных и других крупных городах европейской части РСФСР.

7. Несмотря на многочисленные ошибки и недочёты в Тюменской области была заложена основа, составившая базу современной системы здравоохранеия: сеть медучреждений продолжает обслуживать население, опыт работы специализированных служб актуален в современных условиях, существуют собственные медицинские кадры.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые анализируются проблемы формирования комплекса медучреждений: диспансеров, больниц, медико-санитарных частей, кадровая политика медицинских заведений

и организаций Тюменской области в 1964–1991 гг. Анализ качественных и количественных характеристик комплекса медучреждений помог впервые определить динамику советской медицинской помощи гражданам. В диссертации рассмотрены пути становления сети медучреждений: центральных районных больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, городских поликлиник; выявлены и проанализированы направления комплектования кадрами лечебно-профилактических заведений; показана система повышения квалификации региональных медработников; даётся анализ создания отраслей медицинской специализации, особенности расширения специализированной сети лечебно-профилактических учреждений и формирования специализированных кадров.

Особое внимание уделено здравоохранению Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов, проводимому в этих территориях курсу борьбы с эпидемиями и детской смертностью, расширения системы охраны и гигиены труда, разработки специального режима для людей, работающих вахтовым методом.

Впервые в научный оборот введены многие документы.

Теоретическая и практическая значимость работы состоит в том, что в связи с актуальностью изучения социальной инфраструктуры в рамках становления российской экономики, упрочения системы государственности, продвижения регионального развития, содержание диссертационного исследования может стать важной частью при составлении общих трудов по перечисленным выше направлениям, одним из верифицирующих комплексов для социологических, исторических и экономических теорий. На основе результатов данной работы возможно написание и обновление общих и специальных курсов по истории России, Западной Сибири и Тюменской области для высших учебных заведений. Информация, освещённая в диссертации, важна для создания регионального компонента по истории в школьной программе, в формировании тематических музейных выставок, туристических маршрутов, при создании исторических парков, историкокультурной реновации территорий и т.п. Полученные результаты могут быть полезны в исследованиях по социальной

инфраструктуре Сибири XX в.; использованы как материал для написания обобщающих трудов по вопросам изменений региональной политики в сфере здравоохранения, взаимодействия государственных органов и отраслевых ведомств.

Степень достоверности и апробация результатов: основные положения диссертации освещались в 18 научных публикациях, в том числе в 4 рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК (в статьях журналов ВАК).

Основные результаты диссертационного исследования были обсуждены на кафедре теории и истории международных отношений Уральского Федерального университета имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, рассмотрены на международных и всероссийских научно-технических и научно-практических конференциях в г.г. Тюмени, Тобольске и Кургане. Результаты исследований по Тюменскому здравоохранению были включены в монографии «Становление индустриально-урбанистического общества на территории Тюменской области» (в соавторстве с Г. Ю. Колевой и И. Н. Стасем) и «Тюменский ГМУ: Традиции. Инновации. Лидерство» (в соавторстве с И. Г. Лютоевой, Д. Д. Васильевой), а также в научных статьях.

Кроме того, материалы работы использовались в преподавательской деятельности автора в рамках учебного курса «История медицины» в Тюменском ГМУ и в проведении экскурсий в музее истории Тюменского ГМУ.

Достоверность результатов работы обуславливается правильно подобранными методологией и методами исследования, базирующимися на основных положениях теории модернизации.

Использован большой комплекс источников, значительная часть из которых впервые вводится в оборот, проанализирована разнообразная историческая, историко-социологическая, историко-медицинская литература по исследуемой проблеме.

Структура исследования. Исследование состоит из введения, двух глав, заключения, списка источников и литературы, двух приложений.

ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ИНТЕНСИВНОГО НЕФТЕГАЗОВОГО ОСВОЕНИЯ

1.1. Государственная политика СССР в сфере здравоохранения и расширение сети медицинских учреждений в процессе модернизации системы здравоохранения Тюменской области в 1964–1991 гг.

На протяжении исследуемого периода в СССР действовала модель здравоохранения, называемая «пирамида Семашко». Система Семашко стала первым опытом создания единой общенациональной системы медицинского обеспечения, и в рамках её построения было создано первое в мире министерство здравоохранения. Медицинские услуги населению обеспечивались иерархической системой государственных учреждений, объединённых в данное министерство по принципу бюджетного финансирования, ставшего в СССР частью советской социальной политики. В основу её легли идеи и идеалы русских врачей-гуманистов дореволюционной России. Вдохновителем и основателем советской модели здравоохранения явился первый нарком здравоохранения Н. А. Семашко. Он положил в основу своей системы единые принципы организации и централизации системы охраны здоровья, равную доступность медицинской помощи для всех граждан; первоочередное внимание материнству и детству; единство профилактики и лечения; ликвидацию социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения. Различные версии системы использовались во всём мире, в основном в странах социалистического блока[49].

Зарубежные историки медицины называют советскую модель здравоохранения эффективной и экономичной. Э. Трагакес и С. Лессоф в своей работе говорят, что в СССР удалось сделать многое: победить инфекционные болезни, создать «всестороннее доступное медицинское обслуживание, основу

[49] Сорокина Т. С. История медицины. М., 1992. С. 86.

общественного здравоохранения», и «поколение верных профессии медицинских работников»[50].

Многие развитые страны мира создали свои бюджетные системы здравоохранения, опираясь на опыт системы Семашко и близкой к ней, но адаптированной под капиталистическое общество системы Бевериджа, появившейся после окончания Второй мировой войны.

Развитие советского здравоохранения находилось в поле идеологии и определялось государственной политикой. Действовавшая до 1977 г. Конституция СССР 1936 г. была достаточно лаконична относительно здравоохранения. В главе X, ст. 120 содержалось положение о бесплатном врачебном и санаторно-курортном обслуживании трудящихся. Статья 122 главы X говорила о защите государством интересов матери и ребенка, предоставлении беременным женщинам отпуска с сохранением содержания, сети родильных домов, детских садов и яслей[51]. Основное содержание политики здравоохранения, направления и пути её реализации в послевоенный период получили большую конкретизацию в важнейших партийных и государственных документах. Таких как Программы КПСС 1961 и 1986 гг., Конституция СССР 1977 г.[52], решения XXIII–XXVII съездов КПСС, постановления партии и правительства, Верховного Совета СССР, «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (1969 г.).

В Программе Коммунистической партии 1961 г. ставилась задача «добиться повсеместного и полного удовлетворения потребностей жителей города и села во всех видах высококвалифицированного медицинского обслуживания»[53]. В этих целях предусматривалось широкое развёртывание медучреждений, оснащение их современной аппаратурой и лечебно-диагностическим оборудованием, охват всего народонаселения страны диспансерным наблюдением. Особое внимание

---

[50] Трагакес Э., Лессоф С. Системы здравоохранения: время перемен // Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Международный сборник научных трудов. М., 2003. С. 22–25.
[51] Конституция СССР. М., 1937. С. 308, 309.
[52] Конституция СССР. М., 1977. 127 с.
[53] Программа КПСС. М., 1961. 144 с.

уделялось сокращению болезней, ликвидации массовых инфекционных заболеваний[54].

С принятием «Основ законодательства о здравоохранении» (1969 г.) стали иначе осуществляться правительственные мероприятия по усовершенствованию условий труда и быта людей. С этого времени за сохранение народного здоровья нёс ответственность перед законом каждый гражданин Советского Союза. Законом закреплялись принципы и формы медпомощи жителям страны. К ним относились её общественный характер, плановость развития, бесплатность, общедоступность, высокая квалификация оказываемых услуг, приоритет профилактического направления, режим мероприятий по охране материнства и детства, гарантирование санитарно-эпидемического благополучия гражданам и др. Законом регламентировался порядок лечебно-профилактического вспомоществования населению, указывалось на обеспечение сохранения здоровья граждан Союза ССР комплексом правительственных мер и осуществление их путем широкого участия общества[55].

XXIII Всемирная ассамблея здравоохранения (1970 г.) по инициативе советской делегации приняла резолюции, рекомендовавшие утвердить подобный социалистическому принцип ответственности государства и общества за сохранение здоровья человека, создать национальный план здравоохранения, проводить меры профилактики, предоставить всему народонаселению квалифицированное и бесплатное лечебно-профилактическое обслуживание и др.[56]

В утверждённой XXVII съездом Коммунистической партии в 1986 г. новой Программе упрочение здоровья граждан, увеличение продолжительности их активной жизни провозглашалось делом первостепенной важности. В ней говорилось не о сокращении болезней и ликвидации массовых инфекционных

---

[54] Программа КПСС. М., 1961.

[55] Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении: закон СССР 19.12.1969 г. // СЗ СССР. 1990. Т.3. С. 56; Серенко А. Ф., Соболевский Г. Н. Здравоохранение социалистического общества. М., 1975. 312 с.

[56] XXIII сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 5–22 мая 1970 г. // Официальные документы Всемирной организации здравоохранения № 184. Часть I. Резолюции и решения, приложения / Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1972. С. 44–46.

заболеваний, как в Программе Коммунистической партии 1961 г., а о кардинальном повышении качества медицинских услуг[57].

Важнейшую особенность советской медицины составляло профилактическое направление, благоприятные возможности прогресса которого обусловил государственный характер системы охраны здоровья. Государственный курс на расширение профилактического направления советской медицины 1964–1991 гг. был отражён в Программах КПСС 1961 и 1986 гг., Конституции СССР 1977 г., решениях XXIII–XXVII съездов КПСС, постановлениях партии и правительства, Верховного Совета СССР, «Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (1969 г.). Программа КПСС 1961 г. подчёркивала наряду с существованием бесплатного медобслуживания введение бесплатного пользования санаториями для больных и отпуска медикаментов. С целью предоставления людям возможности отдыхать в загородных условиях осуществлялась постройка домов отдыха, пансионатов, загородных гостиниц и туристских баз, которыми рабочие и служащие могли пользоваться за доступную плату, а также в виде премии, по льготам или бесплатно[58].

Исходя из этих документов, государственную политику СССР 1964–1991 гг. в сфере здравоохранения можно разделить на два этапа. На первом этапе (1964–1976 гг.) акцент был сделан на модернизации материально-технической базы здравоохранения и борьбе с инфекционными болезнями. На втором этапе (1976–1991 гг.) в связи с взятым государственным курсом на повышение благосостояния народа, приоритет всё больше отдавался качеству и интенсивным методам лечебно-профилактического обслуживания.

Несмотря на достижения советского здравоохранения в 1980-х гг. стали проявляться недостатки, которые выразились в его отставании от зарубежной медицины. Причинами этого были недостаточность финансирования, низкие

[57] Программа КПСС. М., 1986. С. 67.
[58] Там же. С. 96.

темпы модернизации, запаздывание в сфере научных исследований[59]. Также прослеживалась неравномерность обеспечения регионов медицинской помощью. Государство не могло охватить всю территорию страны, но оно было способно сконцентрировать ресурсы для развития районов промышленного освоения. Именно таким приоритетным регионом стала Тюменская область, в которой реализовывался дорогостоящий экономический проект «Западно-Сибирский нефтегазовый комплекс». Неотъемлемой частью деятельности по созданию ЗСНГК стала работа по формированию коллективов нефтегазодобывающих предприятий и обеспечению их жильём и объектами здравоохранения, по улучшению условий жизни, развитию социальной инфраструктуры, обеспечению качества жизни во всех её проявлениях.

На первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) материально-техническая база Тюменской областной медицинской службы была развита слабо, существовала необходимость осуществлять постройку новых стационаров и поликлиник, оснащать их медицинским оборудованием и кадрами. В 1965 г. средняя численность жителей на терапевтическом участке составляла 3853[60], на каждые 10 тыс. человек приходилось 94,6 коек *(см. приложение 1, табл. 1)*. Обеспеченность врачами равнялась 15,8 на 10 тыс. населения. В то же время в Кемеровской, Новосибирской, Омской, Томской и Камчатской областях она составляла соответственно 19,7; 24,7; 26,4; 26,4 и 40,4 тыс. на 10 тыс. населения[61].

В справке о состоянии областного хирургического обслуживания населения за 1963–1967 гг. говорилось, что все хирургические учреждения обследованных городов (Тюмени, Сургута, Нижневартовска, Нефтеюганска, Тобольска, Ишима) расположены в старых приспособленных помещениях с оставляющими желать лучшего приёмными отделениями, с недостаточной площадью для лабораторий, аптек, рентген-кабинетов. По своим площадям они не соответствовали

---

[59] Тэннер Майкл. Пирамида Семашко // Эксперт. 01-08-2011. № 30-31 (764). С. 68–72; Шадеркина В.А., Болотова Е.В. Система советского здравоохранения Семашко [Электронный ресурс] // Информационно-консультативный портал для урологических пациентов. М., 2012. URL: https://03uro.ru/№ews/sistema-sovetskogo-zdravookhra№e№iya-semashko (дата обращения: 12.11.2020 г.).

[60] Здравоохранение Тюменской области в 1965–1975 гг. С. 57.

[61] Народное хозяйство РСФСР в 1965 г. М., 1966. С. 519.

санитарным нормам. В особенно неудовлетворительных условиях работали отделения Тюменской городской больницы № 3, где базировались часть кафедры госпитальной хирургии, Тобольское и Сургутское хирургические отделения. В первом из них размещалось 50 коек, и было так тесно, что между ними трудно было пройти даже боком. Операционная была очень мала. В единственном в Тюмени травматологическом отделении не было стационарного рентген-кабинета, в большинстве палат находилось 15–25 коек, поставленных вплотную[62].

Не менее сложная ситуация наблюдалась и в других сферах областного здравоохранения[63]. Коллегия Минздрава РСФСР в 1964 г. ознакомилась с состоянием дел в секторе охраны здоровья женщин и детей в Тюменском регионе и выявила, что за предшествующие десять лет не построили ни одной самостоятельной детской больницы, а коечная сеть лечебных заведений не позволяла в полной мере обеспечивать госпитализацию больных детей. В 1964 г. детское отделение Тюменской облбольницы насчитывало всего 45 мест[64]. Сеть детских поликлиник в городах севера и юга Тюменского региона оставалась недостаточной, особенно, в областном центре. Детские поликлиники в г.г. Салехарде, Ханты-Мансийске, Ялуторовске, Заводоуковске и Нижневартовске размещались в зданиях, не пригодных для организации необходимых лечебных и диагностических кабинетов. Не было условий для оказания специализированных медицинских услуг детям[65].

Абсолютное большинство зданий, принадлежавших Ямало-Ненецким и Ханты-Мансийским окружным органам здравоохранения в середине 1960-х гг. являлось деревянным, построенным Главсевморпутём в 1930-х гг. В 1958–1966 гг. на капитальный ремонт окружных медучреждений потратили 1,94 млн. руб., но

---

[62] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 615. Л. 2.
[63] Тюменский областной краеведческий музей (далее – ТОКМ). ОФ. Ед. хр. № 28094. Письмо бурильщика Ишимской нефтеразведки В.К. Залесского в ЦК КПСС о недостатках в работе руководства нефтеразведки, неудовлетворительном обеспечении рабочих продовольствием и медицинским обслуживанием и т. д..
[64] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 916. Л. 194, 202.
[65] Там же. Д. 917. Л. 127, 150, 162.

среди них ещё оставалось много обветшалых, аварийных и не подлежащих восстановлению сооружений[66].

С середины 1960-х гг., начался интенсивный процесс урбанизации Тюменского Севера, результатом которого стала постройка за короткий срок населённых пунктов в целях осуществления задач индустриального освоения. Согласно народному хозяйственному плану на 1966–1970 гг., разработанному ЦК КПСС и Советом Министров СССР по отраслям и предприятиям, ежегодный прирост народонаселения посёлков в местах промышленного освоения нефтяных и газовых месторождений должен был составить 45–50 тыс. человек. Для сохранения обеспеченности больничными койками 8–10 на 1000 населения нужно было ежегодно вводить в эксплуатацию лечебные учреждения общей мощностью не менее 450–500 койкомест. Необходимые капиталовложения должны были составлять 7–8 млн. руб. Однако региону ежегодно выделяли всего 1–2 млн. руб.[67]

При сравнении с другими регионами страны, по природным и культурно-экономическим условиям схожими с Тюменской областью, становится очевидным отставание в развитии здравоохранения последней. Например, на Камчатке в середине 1960-х гг. материальная база здравоохранения области интенсивно развивалась. Бюджет областного здравоохранения в 1958–1965 гг. вырос в 2 раза и к 1966 г. составил 20 млн. руб. Удалось развернуть 1100 коек, составивших прирост планируемого на 1959–1965 гг. коечного фонда. Уже к 1965 г. в Камчатской области обеспеченность населения больничными койками превысила среднереспубликанский в 1,5 раз. Камчатская область с 1964 г. по 1965 г. по этим показателям занимала первое место в РСФСР[68].

В Тюменском регионе объём капиталовложений на развёртывание предприятий лечебно-профилактического профиля в связи с промышленным освоением нефтяных и газовых месторождений заметно вырос только во второй половине 1960-х гг. Капиталовложения всех ведомств на постройку объектов

---

[66] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1.. Д. 712. Л. 37.
[67] Там же. Л. 38.
[68] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г. С. 4.

охраны здоровья увеличились за 1961–1970 гг. почти в 4 раза. Если до 1965 г. они исчислялись 8 млн. руб., то после 1965 г. – более 30 млн. руб.[69] Только на капитальный ремонт лечебно-профилактических заведений и перевод их на водяное отопление за 1967–1969 гг. израсходовали около 3,8 млн. руб.[70] В результате постройка предприятий медицинского профиля в северных округах стала вестись более быстрыми темпами. За периоды 1961–1965 и 1966–1970 гг. расходы выросли в 7 раз: соответственно с 1,9 млн. руб. до 13,4 млн. руб.[71]

Основным направлением стратегии модернизации советского здравоохранения в рассматриваемый период стало развёртывание специализированного медицинского обслуживания, тесно связанного с постройкой и вводом в эксплуатацию новых предприятий медицинского профиля и увеличением коечного фонда. На первом этапе (1964–1976 гг.) усовершенствования здравоохранения изучаемого периода намечалось развернуть строительство лечебниц, оснащённых современным лечебно-диагностическим оборудованием, увеличить сеть крупных многопрофильных городских и сельских районных стационаров и поликлиник, способных предоставлять специализированное обслуживание, выдвинув на первый план расширение сети женских и детских лечебно-профилактических заведений[72].

Ввод новых лечебно-профилактических учреждений являлся важной составляющей процесса модернизации системы здравоохранения, способствовавшей расширению доступности медицинских услуг, повышению их качества и эффективности. С увеличением капиталовложений в Тюменском крае возросли темпы медицинского строительства. В г. Тюмени построили новое типовое здание областной клинической больницы (ОКБ) на 605 больных на улице Котовского. В начале 1960-х гг. подобных зданий в Советском Союзе ещё не

---

[69] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 933. Л. 8.
[70] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 179. Л. 20.
[71] Шорохова И. И. Развитие материально-технической базы здравоохранения Тюменской области в период интенсивного нефтегазового освоения (1964–1991 гг.). Вестник Томского государственного педагогического университета. 2015. №. 2 (155). С. 52.
[72] Материалы XXIII съезда КПСС. С. 162; Головтеев В. В. Основные направления развития здравоохранения СССР в IX пятилетке // Советское здравоохранение. № 1. 1971. С. 3–7; Гомельская Г. Л., Коган Е. Я., Логинова Е. А. Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР. М., 1971. 233 с.

существовало: просторные палаты, лифты, облицованные кафелем операционные. В учреждении были открыты новые и расширены ранее существующие специализированные отделения. В 1965 г. открылась Тюменская областная психиатрическая больница.

Стал расти ввод объектов охраны здоровья в нефтегазодобывающих регионах севера Тюменского региона. С 1964 по 1966 гг. были открыты Ханты-Мансийская районная и Лабытнангская больницы вместимостью соответственно 35 и 100 человек, Берёзовский противотуберкулёзный диспансер на 100 коек, в п.п. Красноселькупске и Яр-Сале – туберкулёзные отделения по 40 мест, реконструировано и расширено детское отделение окружного противотуберкулёзного диспансера в г. Салехарде, введена больница в п. Горки, рассчитанная на 25 пациентов. На центральное отопление перевели 16 лечебниц[73].

За вторую половину 1960-х гг. были открыты Урайская, Сургутская, Нижневартовская и Мегионская больницы[74] *(см. приложение 2, фото 1–3)*. В 1967 г. для работников нефтяной промышленности в г. Тюмени была создана медсанчасть «Нефтяник», прошедшая путь от поликлиники до крупнейшего областного лечебного учреждения.

Важной отраслью здравоохранения в 1964–1991 гг. стала защита матери и ребёнка. В Программе Коммунистической партии 1961 г. подчёркивалась необходимость развертывания в городе и деревне линии медучреждений данного профиля[75].

В «Основах законодательства о здравоохранении» (1969 г.) в особом разделе указывалось на обязательную организацию для беременных женщин и матерей с детьми широкой сети консультаций, родильных домов, санаториев и домов отдыха, яслей, садов и других детских заведений[76]. Закон гарантировал каждой женщине квалифицированное врачебное наблюдение при беременности,

---

[73] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 37–38.
[74] Там же. Ф. 2146. Оп. 1. Д. 721. Л. 150-151, 300–301; Карма С. С. К истории развития здравоохранения города Нижневартовска. С. 82.
[75] Программа КПСС. С. 96; Гольфельд А. Я. Очерки истории педиатрии в СССР. М., 1970; Мананникова Н. В. Охрана здоровья детей в СССР. М., 1973. 184 с.
[76] Закон СССР 19.12.1969. Раздел V. Ст. 38–42.

стационарное и лечебно-профилактическое вспоможение матери и новорожденному, отпуск по беременности и родам с выплатой пособия по социальному страхованию, по рождению и за время ухода за больным ребёнком[77].

Состояние педиатрической службы было важным показателем социального развития региона. В 1960-е гг. в областном центре осуществились ввод новых корпусов инфекционных лечебниц и выделение нового помещения под детскую соматическую больницу. На базе детской городской больницы г. Тюмени, рассчитанной на 120 пациентов, состоялись создание центра неотложной помощи детям с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания и открытие детского хирургического отделения при областной больнице[78].

К концу 1960-х гг. в регионе развернули широкую сеть детских лечебно-профилактических заведений[79]: больницы с детскими консультациями и поликлиниками, детские сады, ясли, санатории. Во всех
детских больницах имелась рентгеновская физиотерапевтическая аппаратура, аппаратура для диагностики, клинико-диагностические лаборатории

В то же время в других регионах страны также шло строительство медучреждений. На Камчатке с 1966 по 1970 гг. было построено 9 медицинских объектов. Уже по итогам 9 месяцев 1967 г. Камчатская область заняла первое место в РСФСР по освоению средств, выделенных на строительство объектов здравоохранения[80].

Тюменский облисполком по выполнению плана строительства предприятий медицинского профиля местными советами за январь-сентябрь 1969 г., по данным ЦСУ РСФСР, находился на 10 месте из 73. Он выполнил 78 % годового плана и 94 % плана отчётного периода[81]. Застройку Тюменских областных медучреждений вели также «Тюменнефтегаз», «Тюменнефтегазстрой» и др.

---

[77] Закон СССР 19.12.1969. Раздел V. Ст. 38–42.
[78] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 916. Л. 26.
[79] Семовских Ю. Н. Здравоохранение Тюменской области за 50 лет // Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти. С. 9; Деркач Г. Благодатные перемены: интервью с врачом П. А. Полушиной об обслуживании населения города окружной больницей // Ленинская правда. 1968. 15 июня.
[80] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г. С. 45.
[81] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 159. Л. 52.

организации и предприятия нефтегазовой промышленности, но их доля не была существенной. С 1966 по 1970 гг. капиталовложения государственных и кооперативных организаций области на народное хозяйство составили 4,8 млрд. руб. В том числе на здравоохранение – 39,8 млн. руб. (т. е. всего 0,08 % от капиталовложений в народное хозяйство)[82].

К 1970 г. в Тюменском здравоохранении функционировало более 230 амбулаторий и стационаров, 1,2 тыс. здравпунктов, фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов[83]. Для сравнения: к концу 1960-х гг. лечебная сеть Горно-Алтайской области располагала 220 врачебными, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами[84].

Результаты по Тюменскому краю всё же не могли удовлетворить потребности быстроразвивающейся области в медучреждениях и больничных койках. Во второй половине 1960-х гг. региональная обеспеченность поликлиниками выражалась 56 %, койкоместами – 23 % от потребности[85]. В то же время в 1967 г. недостаток коек по г. Петропавловску-Камчатскому составлял 60 % к норме[86].

Причиной отставания по Тюменскому региону послужило невыполнение планов медицинского строительства. Народно-хозяйственный план на 1966–1970 гг. намечал постройку в северных округах всеми ведомствами предприятий лечебно-профилактического профиля общей мощностью на 4940 мест[87]. Тем не менее был осуществлён ввод стационаров только на 2730 больных[88].

Срывалось выполнение планов по строительству лечебниц в г.г. Урае, Сургуте, Нижневартовске, Нефтеюганске, п. Пионерском и ряде других населённых пунктов[89]

---

[82] Народное хозяйство Тюменской области за два года девятой пятилетки (1971–1972). С. 300.
[83] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 43.
[84] Гончарова О. А., Ложкина Н. Н. Условия и особенности развития системы здравоохранения в Горном Алтае в 1965–1985 годы. Манускрипт. 2020. Т. 13. Вып. 10. С. 93.
[85] ГАТО. Ф. 2146. Оп. 1. Д. 721. Л. 150–151, 300-301.
[86] Князькина Т.А. Становление и развитие здравоохранения … С. 45.
[87] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 39.
[88] Там же. Ф. 2146. Оп. 1. Д. 721. Л. 150–151, 300–301.
[89] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 66.

Необходимо отметить важность вопросов оснащённости новых лечебниц. Модернизация предполагает обновление и улучшение существующих структур, внедрение новых технологий и методов работы. В приказе Министра здравоохранения 1964 г. предлагалось улучшить обеспечение лечебных заведений округов медицинским оборудованием и транспортом. В 1964–1965 гг. в округа направили 16 санитарных автомашин УАЗ-450 и 13 катеров марки Р-376-У. «Тюменнефтегаз» и «Тюменнефтегазстрой» выделили для лечебниц 6 санитарных автомашин. В медицинские учреждения округов в 1964–1965 гг. направили медоборудование и инструментарий на сумму примерно 150 тыс. руб. Медоборудование, предусмотренное постановлением Совета Министров РСФСР от 18 ноября 1964 г. № 205, получили полностью[90].

Вместе с тем многие медицинские учреждения оставались в зданиях, не соответствующих санитарным нормам. В одном из выступлений на XII конференции Тюменского областного профсоюза медицинских работников в 1967 г. отмечалось, что здание Ханты-Мансийской окружной больницы, рассчитанное на 150 койкомест, в 1967 г. насчитывало 320 больных, располагавшихся на той же площади. Поликлиника рассчитывалась на 100 посещений в день, но принимала по 800 человек. Она являлась одновременно городской, окружной и консультативной[91].

Подобное положение наблюдалось и в других регионах РСФСР. В Горно-Алтайской области часть медучреждений хоть и находилась в доступности для населения, но размещалась в приспособленных зданиях. Местные органы сделали вывод, что большая часть медучреждений «не по всем показателям соответствовала современным требованиям»[92].

В Тюменском регионе выделенные средства регулярно не осваивались: из выделенных в 1967 г. на возведение и ремонт лечебниц 2,73 млн. руб. в Ханты-Мансийском округе освоили только 738 тыс. руб.[93]

---

[90] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 39.
[91] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 52.
[92] Гончарова О. А., Ложкина Н. Н. Условия и особенности развития системы здравоохранения в Горном Алтае в 1965–1985 годы. С. 93.
[93] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 66.

Комиссия из представителей правительства СССР и РСФСР в 1970 г., отметила значительно отстающее от темпов роста промышленного строительства создание социально-культурных учреждений в нефтегазодобывающих районах. Комиссия указала на необходимость увеличения централизованных капиталовложений в медицинское строительство 1971–1975 гг. по Тюменскому региону до 27,5 млн. руб. В том числе на 1971 г. – до 5 млн. руб. Капитальные вложения, намеченные на 1971–1975 гг., составляли 215 % по сравнению с текущим пятилетием. В то время как в целом по РСФСР это увеличение не превышало 140 %[94].

План развития тюменского здравоохранения на 1966–1975 гг.[95] предусматривал в местах развивающихся нефтегазодобывающей и лесной промышленности развитие сети заведений охраны здоровья преимущественно за счёт средств им соответствующих ведомств

В декабре 1971 г. правительство СССР одобрило постановление по строительству социальной инфраструктуры в городах и посёлках Тюменского Севера располагающимися в них промышленными объединениями Миннефтепрома, Мингазпрома и Миннефтегазстроя СССР[96].

На 1971–1975 гг. ставилась задача осуществить укрупнение и развитие центральных районных больниц (ЦРБ) в целях создания сельских центров первичного специализированного медицинского обслуживания. Без увеличения их коечного фонда оказывать подобные услуги было невозможно[97].

Однако за это время в области количество ЦРБ увеличилось всего с 39 до 42[98]. Регион отставал по темпам их укрупнения и оказанию услуг сельскому населению[99]. Слабость базы ЦРБ подтверждало существование большого

---

[94] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5257. Л. 30, 32, 34.
[95] Там же. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 148. Л. 36.
[96] О мерах по дальнейшему развитию городов и посёлков в районах добычи нефти и газа Тюменской области: постановление Совмина СССР 21.12.1971 г. // ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 1657. Л. 114–119.
[97] Головтеев В. В. Основные направления развития здравоохранения СССР в IX пятилетке. С. 3–7.
[98] Здравоохранение Тюменской области ... С. 19.
[99] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп.1. Д. 6. Л. 71.

количества маломощных стационаров[100]. В посёлках работников лесной промышленности построили больницы на 25–50–100 больных, не обеспечивавшие специализированную помощь из-за своей маломощности[101].

По РСФСР намечалось построить и ввести в эксплуатацию в 1971–1975 гг., преимущественно в крупных городах, не менее 31 крупной клинической больницы с поликлиниками, в которых помещалось бы 1000 и больше больных, 22 онкологических диспансера на 450 пациентов с пансионатами на 120 и больше мест каждый. Предполагалось развернуть 17 больниц скорой помощи с центрами реанимации, в любом отдельно взятом из которых, могло находиться 600–1000 и больше больных. Планировалось ввести в эксплуатацию 19 больниц восстановительного лечения с поликлиниками для взрослых вместимостью 520 и больше мест каждая, 9 подобных детских лечебниц, любая отдельно взятая из которых, рассчитывалась бы на 360 и свыше детей, не менее 125 психиатрических стационаров на 500 и более мест каждый, а также СЭС, предприятия по ремонту медицинской техники и складские помещения[102].

В начале 1970-х гг. основным направлением модернизации здравоохранения оставалось более полное предоставление гражданам всех видов специализированных лечебно-профилактических услуг через сооружение крупных специализированных многопрофильных стационаров, поликлиник, диспансеров; расширение линий санэпидемстанций и станций скорой помощи; доведение к 1975 г. количества больничных коек до 3 млн.; усовершенствование оснащения лечебно-профилактических заведений новейшей лечебно-диагностической техникой[103].

Важным направлением государственной политики являлось развитие здравоохранения Сибири и Дальнего Востока. В официальном ответе Совета Министров РСФСР от 27 апреля 1967 г. на обращение Владимирского обкома партии о выделении средств на строительство больниц сообщалось: «В связи с

---

[100] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 343.
[101] Бенклер Б. Л. Слово о товарище // Жизнь, отданная людям. С. 34.
[102] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 05.07.1968 г. С. 8–19.
[103] Материалы XXIV съезда КПСС. С. 181.

ограниченностью капитальных вложений, предусмотренных для РСФСР на 1966–1970 годы по отрасли «Здравоохранение», и необходимостью преимущественного направления их на строительство учреждений здравоохранения в районах Сибири и Дальнего Востока, а также в районах с низкой обеспеченностью больничными койками, Совет Министров РСФСР не имеет возможности увеличить Владимирскому облисполкому объем капитальных вложений по этой отрасли»[104].

Продолжалось сооружение предприятий медицинского профиля в областном центре. В 1972 г. в г. Тюмени была введена в эксплуатацию студенческая поликлиника, в 1973 г. – травматологическая поликлиника, в 1975 г. – поликлиника городской клинической больницы № 2. В п. Мыс был открыт больничный комплекс, начал функционировать стационар на 300 мест и общепрофильная поликлиника на 576 посещений в смену.

В Ямало-Ненецком округе за счет привлеченных средств нефтегазовой промышленности с 1971 г. велось строительство многопрофильных больниц на 400–800 больничных коек с поликлиниками на 360–600 посещений в смену[105].

Обеспеченность больничными койками с 1965 по 1975 гг. выросла с 94,6 до 123,5 на 10 тыс. населения *(см. приложение 1, табл. 1, 2)*.

Вместе с тем в регионе не выполнили постановления Совета Министров СССР № 919 от 21 декабря 1971 г.[106]. За 1971–1975 гг. из 40 млн. руб., предусмотренных народно-хозяйственным планом на капитальное строительство, освоили 31,2 млн. руб. или 77 %. Особенно медленно осваивались капиталовложения по линии ведомств[107], но при сравнительном анализе показателей системы здравоохранения 1975-го г. с данными 1965-го г. следует отметить, что показатели 1975-го г. демонстрировали впечатляющие результаты *(см. приложение 1, табл. 8)*.

---

[104] Российский государственный архив новейшей истории (далее – РГАНИ). Ф. 5. Оп. 59. Д. 51. Л. 56.
[105] Государственный архив Ямало-Ненецкого автономного округа (далее –ГАЯНАО). Ф. 56. Оп. 1. Д. 379. Л. 33.
[106] О мерах по дальнейшему развитию городов и посёлков в районах добычи нефти и газа Тюменской области: постановление Совмина СССР 21.12.1971 г. Л. 115.
[107] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 6. Л. 58.

Вопросы организации обеспечения Тюменского региона медицинским имуществом решались недостаточно грамотно. На II пленуме Тюменского обкома профсоюза медицинских работников в мае 1970 г. отмечалось, что в заявках часто указывали снятое с производства или морально устаревшее оборудование. Только за первый квартал 1970 г. выявили неисправного оборудования на 16,5 тыс. руб. Часто медучреждения предъявляли на списание оборудование, которое ещё можно было эксплуатировать. Шприцы, кровоостанавливающие зажимы и некоторые другие инструменты являлись дефицитным оборудованием: из 178 тыс. заявленных шприцев выделили 37 тыс., т. е. 1/5 часть[108].

Главное управление «Росмедтехника» Минздрава РСФСР уделяло особое внимание обеспечению организаций Тюменской системы сохранения здоровья медицинским оборудованием и аппаратурой. В лечебно-профилактических учреждениях региона к 1970 г. находилось оборудования на 5 млн. руб.[109] В 1971 г., при установленном Министерством финансов РСФСР плане товарооборота по медицинской технике в объёме 1,31 млн. руб., Главное управление выделило фондов на сумму 1,76 млн. руб., что составило 125 % плана. Всё оборудование в 1971 г. реализовали, смонтировали и пустили в эксплуатацию. Аналогичное положение фиксировалось и в 1972 г. Заявка облздравотдела на медицинское оборудование была удовлетворена с учётом значимости Тюменского края. Начальнику Главного управления Минздрав РСФСР сообщал о выделенных Тюменскому краю в максимально возможных количествах фондах с учётом особенностей региона на 1972 г.[110]

Уделялось значительное внимание вопросам проектирования и строительства медучреждений. Разработкой технической документации для строительства заведений охраны здоровья за счёт капиталовложений местных Советов занимался институт «Тюменьгражданпроект». При привязке типовых проектов к строительству медицинских заведений Тюменского региона сметная

[108] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 173. Л. 18–19.
[109] Там же. Д. 173. Л. 14.
[110] Там же. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5566. Л. 20.

стоимость повышалась в среднем на коэффициент 1,7. Удорожание происходило за счёт отдалённости строек, инженерных сетей и сурового местного климата[111].

Тем не менее больничный комплекс медсанчасти НГДУ «Сургутнефть» был сдан в 1973 г. по проекту 1963 г., при этом не были предусмотрены складские и хозяйственные помещения, автоклавная расположена в подвале, чего не допускали санитарные нормы в 1973 г.[112].

Следует так же отметить, что в дальнейшем давалось задание снова пересмотреть типовые и специальные проекты предприятий медицинского профиля с учётом требования передовой технологии и достижений науки и техники[113].

Несмотря на важность проектирования типовых зданий, для многих новых северных городов в связи с быстрым ростом народонаселения являлись неприемлемыми несколько лет на согласование для планирования строительства и его начала. С 1963 по 1973 гг. в городах Тюменского региона открыли 12 детских поликлиник, но большинство расположились в нижних этажах вновь выстроенных жилых или административных зданий[114].

Исполкомы райсоветов сами выносили решение о строительстве медицинских объектов. В.М. Сабанов, бывший главный врач Нижневартовского района, вспоминал, как после такого решения Нижневартовского райисполкома, он сам рисовал схему планировки, и строители в короткие сроки возводили здания в деревянном исполнении. Так построили стационар с хирургическим отделением в г. Мегионе и здание новой поликлиники, детского и инфекционного отделений в Нижневартовске[115].

К 1970 г. в ветхих зданиях с печным отоплением находилось примерно 30 % участковых больниц и сельских лечебных пунктов области. В сооружении,

---

[111] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 261 а. Л. 43.
[112]. Там же. Д. 240. Л. 2.
[113] О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения: приказ Минздрава СССР 05.07.1988 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 51. Д. 3419. Л. 195.
[114] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 917. Л. 127, 150, 162.
[115] Сабанов В. М. Неповторимая громада // Жизнь, отданная людям. С. 97.

построенном по типовому проекту, располагалась из 14 районных больниц одна – Ханты-Мансийская[116].

В 1975 г. в типовых зданиях разместили 42 % больничных коек, а более 2 тыс. из них разместили в приспособленных и непригодных помещениях. Многие больничные здания не имели водопровода, современного отопления, были чрезмерно переполнены[117].

Вопросы своевременного строительства, качества работ оставались актуальными: по РСФСР Тюменская область в 1975 г. занимала по строительству лечебниц одно из последних мест[118]. Проблемы предоставления земли под медучреждения, снесения построек, предъявления исходных данных для планирования объектов проектному институту решались недопустимо медленно.

Примером долгостроя может служить Тюменская городская клиническая больница (ГКБ) № 2, которая начала строиться в 1963 г. После закладки фундамента постройка прекратилась, и только благодаря деятельности заведующего облздравотделом Ю. Н. Семовских и первого главного врача данной больницы М. И. Марголина, в 1973 г. возведение ГКБ № 2 продолжили. В январе 1975 г. открылась первая в регионе многопрофильная поликлиника, а спустя 3 года – стационар. Позднее министр здравоохранения Н.Т. Трубин назвал ГКБ № 2 «одной из лучших больниц из 17 аналогичных в стране»[119].

Начиная с середины 1960-х гг., планировались меры, направленные на усиление профилактики болезней. Ставились задачи: поднять уровень всей профилактической деятельности, повысить качество и культуру медобслуживания людей, осуществить законодательное ограничение максимальной рабочей недели[120]. В 1967 г. трудящиеся были переведены на неделю из пяти восьмичасовых рабочих и двух выходных дней[121]. В соответствии с трудовым

---

[116] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 67.
[117] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 6. Л. 58.
[118] Там же. Л. 71.
[119] Никонова Е. А. Строгий спрос и добрая забота // Жизнь, отданная людям. С. 113.
[120] Материалы XXIII съезда КПСС. С. 162.
[121] О переводе рабочих и служащих предприятий, учреждений и организаций на 5 дневную рабочую неделю с двумя выходными днями: постановление ЦК КПСС, Совмина СССР и ВЦСПС 07.03.1967 г. // Решения партии и правительства ... Т. 6. С. 352.

законодательством многие категории рабочих и служащих, занятые на тяжёлых работах и работах с вредными условиями, подростки в возрасте до 18 лет имели меньшую продолжительность рабочей недели (26–36 часов). В 1985 г. средняя продолжительность трудовой недели в промышленности сократилась до 40,5 часа.

«Основы законодательства о здравоохранении» регламентировали стройную систему законов о вопросах охраны здоровья и сыграли положительную роль в улучшении здоровья граждан, санитарного состояния населённых пунктов и оздоровлении внешних природных условий. В них не только определялись права и обязанности медработников, но и регламентировалось отношение к сохранению народного здоровья государственных и общественных учреждений, организаций, предприятий и т. д.[122].

В соответствии с приказом министра здравоохранения в Тюменской области проводились профилактические осмотры на предприятиях нефтяной промышленности и в строительных организациях[123].

Большое внимание уделялось летнему оздоровлению детей. Планировалось утвердить перспективный план строительства и расширения 41 загородного пионерского лагеря на 8650 мест предприятиями, организациями, совхозами и колхозами области на 1969–1975 гг.[124].

В 1971–1975 гг. планировалось обеспечить дальнейшее совершенствование санаторно-курортного лечения и организованного оздоровления и досуга граждан[125]. В Тюменском регионе осуществлялось развёртывание баз отдыха, санаториев-профилакториев *(см. приложение 2, фото 4, 5)*. С 1969 г. «Тюменнефтегаз» возводил в Краснодарском крае пансионаты «Нефтяник Сибири» и «Лермонтово», участвовал в постройке санаториев в г.г. Ессентуки,

[122] Закон СССР от 19.12.1969. С. 56.
[123] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 311. Л. 33.
[124] Там же. Д. 148. Л. 127.
[125] Материалы XXIV съезда КПСС. С. 181.

Сочи, Кисловодске. В ведении «Тюменгазпрома» в 1970-е гг. уже находился пансионат «Факел» на 1250 мест в Грузии[126].

В рассматриваемый отрезок времени большинством санаторно-курортных заведений страны стали управлять профсоюзы На профсоюзные деньги с привлечением средств социальных фондов было построено большинство советских санаторно-курортных заведений, туристских баз и баз отдыха.[127].

Таким образом, на первом этапе четко прослеживается приоритетное развитие медицинского обслуживания в Тюменской области на фоне развития Западно-Сибирского нефтегазового комплекса. Вместе с тем оно отставало от потребностей быстро растущего населения.

На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.) Тюменский облисполком принял решение «Об организации колхозно-совхозных профилакториев в области» (1975 г.). Первыми были организованы здравницы в совхозах «Луговской» в 1976 г. и «Пышминский» в 1977 г.[128]. В 1977 г. начала функционировать одна из лучших здравниц страны – санаторий «Большой Тараскуль», с 1978 г. – санатории в совхозах «Червишевский», «Переваловский», «Салаирский» и др. За вторую половину 1970-х гг. обком профсоюза рабочих нефтегазовой промышленности ввёл в эксплуатацию санатории-профилактории на 200 мест, пансионат «Тюмень» на 200 мест в п. Лазаревское, базу отдыха «Северянка» на 300 мест в г. Геленджике Краснодарского края[129].

Продолжилось начатое еще в 1970-е гг. открытие санаториев на юге страны. В 1980-е гг. были введены санатории в Краснодарском крае, в Крымской, Запорожской и Новгородской областях «Тюменнефтегазом»,

---

[126] ГАТО. Ф. 2101. Оп. 1. Д. 700. Л. 406; ГАСПИТО. Ф. 2037. Д. 123. Л. 4.

[127] 50 лет советского здравоохранения (1917–1967). С. 128; Козлов И. И. Достижения курортного дела в СССР // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 1982. № 6. С. 1–6; Полторанов В. В., Слуцкий С. Я. Здравницы профсоюзов СССР: курорты, санатории, пансионаты, дома отдыха. М., 1986. 704 с.; Якушев Ю. В. Организация санаторно-курортного лечения и отдыха трудящихся // Санаторно-курортное обслуживание и отдых трудящихся. М., 1985. С. 3–35.

[128] Иваненко А. С. Тюменский район. Тюмень, 2008. С. 272.

[129] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 311. Л. 8; Бубнов Ю. С днем рождения, курорт «Тараскуль» // Тюменские известия. 1997. 18 марта.

«Тюменнефтегазстроем», «Миннефтегазстроем», трестом «Сургутнефтегазремстрой» и ПК «Нижневартовскнефтегаз»[130].

Нефтяники, строители имели возможность вместе с семьями отдыхать и получать необходимое лечение в четырёх южных пансионатах на 1,8 тыс. мест. Ежегодно по путёвкам на лечение и отдых оздоравливалось свыше 30 тыс. трудящихся, отдыхало в пионерских лагерях свыше 20 тыс. школьников. Основная доля в оздоровлении трудящихся без отрыва от производства принадлежала заводским здравницам – санаториям-профилакториям. Действовало 3 санатория-профилактория для работников нефтегазовой промышленности в г.г. Урае, Сургуте и Тюмени всего на 300 мест[131]. В Сорокинском районе функционировало 5 совхозно-колхозных профилакториев. Были открыты профилактории в центральных усадьбах колхозов «Заветы Ильича» и имени Кирова[132]. Ввели в эксплуатацию пансионат «Нефтяник». Однако этого было недостаточно, а сроки ввода новых санаториев-профилакториев ежегодно затягивались.

В целом в Тюменском регионе медленно развивалась сеть лечебно-профилактических заведений и материальная база системы сохранения здоровья, что в значительной мере затрудняло решение вопросов, связанных с профилактикой и снижением заболеваемости[133].

На втором этапе (1976–1991 гг.) модернизации здравоохранения изучаемого периода было продолжено формирование специализированной медпомощи путём рационального сочетания постройки многопрофильных и специализированных медицинских учреждений с усилением акцента на повышение эффективности кардиологических, онкологических, стоматологических, офтальмологических и других видов услуг. Оговаривалось дальнейшее развёртывание и совершенствование материально-технического оснащения системы сохранения здоровья на основе внедрения в лечебно-профилактическую практику достижений

---

[130] Шорохова И. И. Развитие материально-технической базы здравоохранения Тюменской области … С. 56.
[131] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 311. Л. 8.
[132] Там же. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7298. Л. 50.
[133] Там же. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 320. Л. 548.

современной науки, новых методов диагностики и лечения, усиления профилактики болезней, более полного удовлетворения потребности людей и лечебно-профилактических учреждений в лекарственных средствах и изделиях лечебно-диагностической техники. Намечалось довести в 1980 г. общее количество больничных коек примерно до 3,3 млн., расширить сеть амбулаторно-поликлинических учреждений и аптек, особенно в районах новостроек и сельской местности. Важнейшей задачей органов и организаций системы сохранения здоровья оставалось повышение качества и культуры медслужб[134].

С начала 1980-х гг. на первый план выдвинулось создание районных специализированных структурных подразделений на основе укрепления материального оснащения медучреждений, расширения линии медико-санитарных частей, усиления центральных районных больниц (ЦРБ) и других медицинских организаций, оказывающих врачебные услуги рабочим промышленных предприятий и сельским жителям. Отмечалась важность обновления института экстренной медпомощи. Ради этого намечалось осуществить в 1978–1985 гг. мероприятия по формированию линии стационаров скорой помощи и укомплектованию их медработниками[135].

В Тюменской области продолжилось выполнение поставленных задач. Характерной особенностью политики развития ЗСНГК явился усиливающийся интерес к социальным вопросам.

Возведение тюменских региональных учреждений охраны здоровья осуществлялось за счёт государственных и ведомственных капиталовложений. В 1977 г. на постройку предприятий медицинского профиля привлекались средства резервного фонда Совета Министров РСФСР в объёме 230 тыс. руб. Выполнение составило 228 тыс. руб.[136] Использовались также внеплановые инвестиции. В 1977 г. выделили бюджетные средства на медицинское строительство сверх народного хозяйственного плана в объёме 700 тыс. руб., в 1978 г. – 1 млн. руб.[137]

---

[134] XXV съезд КПСС. Стенографический отчёт. Т. 1. С. 65, 68.
[135] О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 22.09.1977 г. // ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. Д. 836. Т. 2. Л. 262–269.
[136] Там же. Д. 173. Л. 46.
[137] Там же.

По региону приняли большую программу строительства медучреждений. Для роста количества больниц и поликлиник на Тюменском Севере и увеличения объёмов жилищно-гражданского строительства в область съехались подразделения строителей всего Советского Союза[138]. В 1981 г. областной бюджет системы охраны здоровья вырос по сравнению с 1979 г. на 11 % и составил 134 млн. руб. против 120,3 млн. руб. в 1979 г.[139].

Государственные вложения на развёртывание тюменских региональных стационаров, амбулаторно-поликлинических заведений в разы превышали таковые по РСФСР. Если за 1970–1983 гг. в РСФСР ввод в действие больниц за счёт государственных капиталовложений уменьшился, то в Тюменском регионе увеличился.

Таблица 1

Государственные вложения на развёртывание медицинских заведений в 1970–1983 гг., в тыс. руб. на 10 тыс. населения

Регион	1970 г.	1983 г.
Тюменская область	49	74
РСФСР	20	27

Сост. автором: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп.1. Д. 7955. Л. 110.

Таблица 2

Ввод в действие больниц за счёт государственных капиталовложений в 1970–1983 гг., единиц на 10 тыс. населения

Регион	1970 г.	1983 г.
Тюменская область	29	66
РСФСР	24	21

Сост. автором: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп.1. Д. 7955. Л. 115.

[138] О мерах по дальнейшему улучшению социально-бытовых условий работников предприятий, организаций и строек нефтяной и газовой промышленности: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 09.02.1978 г. // ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. Д. 855. Л. 165 об–168 об.; О неотложных мерах по усилению строительства в районах Западно-Сибирского нефтегазового комплекса: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 20.03.1980 г. // ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. Д. 1673. Л. 202–229.

[139] ГАСПИТО. Ф. 3185. Оп.1. Д. 324. Л. 10.

Таблица 3

Ввод амбулаторно-поликлинических заведений за счёт государственных капиталовложений в 1970–1983 гг., в посещениях в смену на 10 тыс. населения

Регион	1970 г.	1983 г.
Тюменская область	103	110
РСФСР	58	52

Сост. автором: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп.1. Д. 7955. Л. 115.

Ввод амбулаторно-поликлинических заведений по РСФСР также снизился, а в Тюменском крае вырос.

Согласно принятым документам во второй половине 1970-х гг. в Тюменском регионе развернулось широкое строительство медучреждений, что было важной составляющей процеса модернизации системы здравоохранения. Вводимые в эксплуатацию крупные больничные комплексы оснащались сложным диагностическим и лечебным оборудованием отечественного и импортного производства[140]. В 1976–1980-х гг. ежегодно для них направлялось такого оборудования на 800–900 тыс. руб.[141].

За 1976–1981 гг. количество Тюменских областных ЦРБ увеличилось до 115 с количеством койкомест в них 6305[142]. За 1977–1979 гг. были введены в эксплуатацию Голышмановская на 220 мест, Викуловская и Упоровская районные больницы вместимостью 80 больных каждая. В Абатском и Ишимском районах – инфекционные корпуса, в г. Тобольске – санэпидемстанция, в г.г. Сургуте, Нефтеюганске, п. Мегионе, Исетском районе, п. Боровском Тюменского района и др. – поликлиники. Параллельно со строительством новых осуществлялось расширение действующих медучреждений путём пристроек, на что ежегодно расходовалось 3 млн. руб.[143] В 1978 г. в г. Тюмени ввели в эксплуатацию стационар ГКБ № 2.

Следует отметить, что к предприятиям Западно-Сибирского нефтегазового комплекса относилось 35 % новых региональных стационаров и 71 %

[140] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп.1. Д. 6681. Л. 4.
[141] Там же. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 311. Л. 21.
[142] Демографические процессы и развитие здравоохранения в РСФСР. С. 92.
[143] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 261 а. Л. 10–11.

поликлиник. В 1980 г. насчитывалось 98 объектов, в которых на каждые 10 тыс. населения приходилось 140 больничных коек, и 49 врачей[144].

В итоге модернизации материально-технической базы Тюменской системы сохранения здоровья получила развитие специализированная медицинская служба. К концу 1970-х гг. в областной больнице освоили применение аппарата «искусственное сердце-лёгкие», успешно осуществлялись операции на сердце и крупных сосудах, производилось протезирование тазобедренного сустава титанокабельтовым протезом Сиваша, применялся бескровный компрессионный метод лечения переломов с использованием аппарата Илизарова, работала лаборатория «искусственная почка». В городской больнице № 1 функционировало кардиологическое отделение для больных с болезнями сердца с дистанционным электрокардиографическим пультом. Организовали новые специализированные отделения в облбольнице г. Тюмени, в областном онкологическом диспансере, в г.г. Тобольске, Сургуте, Нижневартовске, Нефтеюганске, р.п. Пионерском Советского района. Открылись специализированные кабинеты профессиональной патологии, наркологии и др. в областной, окружных, ряде городских больниц и медико-санитарных частей. Во всех районных больницах функционировали кабинеты электрокардиографии[145].

Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР предусматривали ввод в эксплуатацию в 1971–1980 гг. 5745 больничных мест и поликлиник на 12195 посещений в смену. Тем не менее к 1980 г. сдали в эксплуатацию 1885 койкомест (32 %) и поликлиник на 8540 посещений в смену (72 %)[146]. Подобные процессы происходили в других областях РСФСР. Так на Камчатке прирост коек за период 1971–1980 гг. был меньше определенного Областным Советом народных депутатов числа коек в среднем в 1,5 раза[147].

---

[144] ГАТО. Ф. 1112. Оп. 2. Д. 3046. Л. 45.
[145] Там же. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 3.
[146] О мерах по дальнейшему развитию городов и посёлков в районах добычи нефти и газа Тюменской области: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 21.12.1971 г. // ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 1657. Л. 114–119; О развитии нефтяной и газовой промышленности в Западной Сибири в 1977–1980 гг.: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 16.05.1977 г. // ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. Д. 835. Л. 281 об-288 об.
[147] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 47.

Причиной данных процессов в здравоохранении Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского округов являлось то, что развитие здравоохранения происходило медленнее роста численности населения. Материалы Ямало-Ненецкого окружного управления здравоохранения[148] демонстрируют эту тенденцию: в 1960–1978 гг. число больниц выросло в 1,4 раз (с 23 до 33), число коек – в 2,7 раза (с 720 до 1965), количество врачей за этот же период – в 3,3 раз (со 131 до 430). Численность населения с 1960 по 1978 гг. возросла в 2,6 раз. В конечном итоге окружные уровни обеспеченности населения больничными койками и медработниками, охват населения профосмотрами достигли среднеобластного уровня только к 1984 г.[149]

В Ханты-Мансийском округе особенно тяжёлое положение фиксировалось в г. Нижневартовске: 52 % отделений и 50 % коечного фонда города в 1981 г. размещалось в приспособленных зданиях и помещениях. Большинство отделений стационара были переуплотнены, площадь на одну койку не выдерживалась[150].

Многие из северных посёлков к началу 1980-х гг. уже начали быстро расти, но медобслуживание было организовано слабо. В п. Когалымский с населением 5,2 тыс. человек в 1980 г., медицинское обслуживание осуществлялось врачебной амбулаторией железнодорожников, где работало 2 врача. В п. Ноябрьский с населением 16 тыс. человек амбулатория размещалась в общежитии. В ней работали 11 врачей, тогда как по нормативам полагалось иметь 40–45 врачей[151]. В развитии сети медучреждений большое отставание допустили в северных г.г. Новый Уренгой, Ноябрьск, р.п.п. Радужный, Лангепас, Когалым и ряде других новостроек. Крайне медленно устранялись недостатки в организации стоматологических услуг, особенно в областном центре[152].

Централизованных средств на создание предприятий лечебного профиля выделялось недостаточно, поэтому использовались средства местных бюджетов, выделялись помещения из местного фонда, не всегда соответствовавшие

[148] ГАЯНАО. Ф. 56. Оп. 1. Д. 330. Л. 64.
[149] Там же. Д. 341. Л. 198–199.
[150] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7298. Л. 74.
[151] Там же. Оп. 245. Д. 311. Л. 25.
[152] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 66.

санитарно-гигиеническим нормам и не обеспечивающие полностью госпитализацию нуждающихся. Продолжалось приспособление общежитий, жилых домов, других зданий для этих целей. Все медучреждения северных городов и посёлков размещались в подобных помещениях[153].

Рост народонаселения значительно опережал медицинское строительство, начало возведения типовых медучреждений в новых населённых пунктах, по-прежнему, отсрочивалось напоследок[154].

Тюменский регион не являлся единственным в РСФСР по недостаточному развитию материально-технической базы. В Камчатской области в 1976–1980 гг. было введено амбулаторно-поликлинических учреждений на 3550 посещений – почти в 8 раз больше запланированного[155], однако мощность амбулаторно-поликлинических учреждений не удовлетворяла потребность населения в медицинской помощи. Перегруженность поликлиник превышало норму в 1–3 раза, а по некоторым из них – в 5–6 раз. Мощность больниц г. Петропавловска-Камчатского была рассчитана на 1540 мест, но в них было развернуто 2600. Среднее пребывание больного на койке в 1978 г. было ниже среднесоюзных нормативов[156]. В Горно-Алтайской области «большинство участковых больниц к 1978 г. не имели водопроводов и канализаций, 90 % фельдшерских пунктов не были телефонизированы»[157].

В разработке планов строительства лечебно-профилактических заведений на 1981–1985 гг. участвовало руководство «Тюменнефтегазстроя», «Тюменнефтегаза», всесоюзного промышленного объединения «Тюменгазпром» и другие структурные подразделения[158]. В 1980-е гг. с Западно-Сибирским нефтегазовым комплексом сотрудничали 26 министерств, но в общей структуре

---

[153] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 75.
[154] Там же.
[155] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 48.
[156] Там же. С. 47
[157] Гончарова О. А., Ложкина Н. Н. Условия и особенности развития системы здравоохранения … С. 94.
[158] ГАТО. Ф. 1112. Оп. 2. Д. 2484. Л. 29, 31, 83, 89.

финансовых вложений 83,5 % приходилось на Мингазпром, Миннефтепром и Миннефтегазстрой[159].

Для улучшения медицинской службы нефтяников и газовиков Тюменского региона планировалось увеличить обеспеченность жителей в отдалённых рабочих посёлках и полевых городках больничными койками, поликлиниками[160]. Намечалось обеспечить ввод в эксплуатацию в 1985 г. лечебниц на 200 койкомест в с. Абатском и на 25 – в п. Яр-Сале, поликлиники на 150 посещений в смену – в с. Викулово.

В начале 1980-х гг. ещё более увеличился приоритет развития специализированного медицинского обслуживания, являющегося важной составляющей процесса модернизации системы здравоохранения. Предусматривался рост количества медучреждений, разрешалось новое строительство, увеличение площади и ремонт объектов лечебно-профилактического профиля для женщин и детей на инвестиции, отчисляемые на создание таковых в промышленном направлении[161].

В решениях II сессии XVIII созыва Тюменского областного Совета народных депутатов от 29.09.1982 г. совершенствование качества специализированной медицинской помощи отметили как одно из главных направлений на 1981–1985 гг.[162]

Политика, направленная на преимущественное развитие специализированных медицинских услуг успешно реализовывалась. В 1980 г. в г. Тюмени начала работу областная стоматологическая поликлиника на 402 посещений в смену. В 1982 г. в г. Салехарде был организован психоневрологический диспансер вместимостью 50 пациентов[163], в г. Тюмени был построен хирургический корпус облбольницы. В.В. Шевчук, бывший главный

---

[159] ГАТО. Ф. 1112. Оп. 2. Д. 2484. Л. 29, 31, 83, 89.
[160] О медико-санитарном обслуживании работников предприятий и организаций Западно-Сибирского нефтегазового комплекса: постановление Совмина РСФСР 15.06.1984 г. // ГАРФ. Ф. А482. Оп. 56. Д. 4671. Л. 117.
[161] Постановление ЦК КПСС и Совмина 19.08.1982 г. С. 30–309.
[162] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 84.
[163] Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа: к 70-летию образования Ямало-Ненецкого автономного округа. С. 51.

врач ОКБ, в своих воспоминаниях отмечал, что 1982 г., когда вступил в строй хирургический корпус на 300 мест, был «переломным для Тюменской областной медицинской службы. С его появлением в больнице начался период активного формирования новых специализированных отраслей. Число пациентов, получающих лечение в стационаре, увеличилось с 9 до 16 тыс. в год»[164].

В начале 1980-х гг. большинство городских поликлиник являлись многопрофильными и оказывали медицинскую помощь по 20–22, а на селе по 17–18 специальностям[165]. Значительно улучшилась оснащённость лечебно-профилактических заведений медицинским оборудованием и инструментарием, которого в 1981 г. приобрели на 20 млн. руб.[166]

Продолжился ввод крупных медучреждений. В 1983 г. в г. Тюмени начала работу медсанчасть «Геолог», через 20 лет реорганизовавшаяся в окружное государственное учреждение охраны здоровья Ямало-Ненецкого округа, получившее имя Е. Нигинского. В 1985 г. ввели филиал Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР с клиникой. В дальнейшем в 1986 г. в г. Тюмени открылся областной наркологический диспансер, в 1989 г. – областной роддом и областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

За первую половину 1980-х гг. количество больничных мест по региону увеличилось на 30 %[167].

Тем не менее в 1984 г. показатель обеспеченности граждан больничными койками, в Тюменском регионе по сравнению с 1980 г. сократился, в то время как во всех других территориях РСФСР увеличился[168]. Особенно остро недостаток койкомест отмечался в районах добычи нефти и газа – г.г. Надыме, Нефтеюганске, Нижневартовске, Новом Уренгое и Сургуте. Большое число больных не госпитализировалось при острых заболеваниях[169].

---

[164] Шевчук В. В. Бурное время «застоя» // За полчаса до боя курантов. С. 28, 30.
[165] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 60.
[166] ГАСПИТО. Ф. 3185. Оп.1. Д. 324. Л. 11.
[167] Там же. Ф. 124. Оп.1. Д. 8063. Л. 34.
[168] Постановление Совмина РСФСР 15.06.1984 г. Л. 156–162.
[169] ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. Д. 969. Л. 156–162.

В районах проживания народностей севера в середине 1980-х гг. обеспеченность больничными койками была на 26 % ниже, чем по области[170]. Самая низкая обеспеченность койками на 10 тыс. человек в середине 1980-х гг. отмечалась в ноябрьских (52,5), новоуренгойских (59,6), сургутских (69,9), стационарах, Пуровском районе (8,0), (для сравнения по области – 118,8). К этой негативной картине добавлялась при низкой средней занятости койкомест госпитализация в основном экстренных больных[171].

Установка на продвижение специализированной медицинской помощи продолжалась в середине 1980-х гг. На 1986–1990 гг. и на период до 2000 г. ставилась задача полностью удовлетворить потребности всех граждан в существующих формах медобслуживания на высоком уровне. Этому способствовало широкое развёртывание многопрофильных и специализированных лечебниц, стационарных, поликлинических и лечебно-диагностических корпусов, оснащение их современной аппаратурой и лечебно-диагностической техникой [172].

Ради улучшения врачебного обслуживания жителей села предусматривалось возведение ЦРБ и амбулаторий, рост линии амбулаторно-поликлинических заведений, детских лечебниц и родильных домов. Поручалось за 5 лет включить в работу больницы на 350 тыс. больных и амбулаторно-поликлинические учреждения на 900 тыс. посещений в смену, реализовывать переустройство функционирующих лечебно-профилактических организаций, улучшать их обеспеченность лекарственными средствами, современным диагностическим и лечебным оборудованием и техникой. Планировалось примерно в 1,5 раза увеличить постройку амбулаторий, поликлиник и производство медтехники[173].

23 апреля 1985 г. Михаил Горбачев на Пленуме ЦК КПСС заявил о реформировании государственной системы в СССР. Начались масшТаблные

---

[170] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 8434. Л. 36.
[171] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а. Л. 36.
[172] Материалы XXVII съезда КПСС. С. 314.
[173] Там же.

преобразования, вошедшие в историю как Перестройка. В соответствии с решениями апрельского Пленума ЦК КПСС социально-экономическое развитие страны было направлено на ускорение, повлекшее качественные изменения во всех сферах жизни. В разработке программ для ЗСНГК, выработанных Политбюро ЦК КПСС, мероприятия и постановления правительства особое внимание уделяли ускорению развития отраслей, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность людей в новых промышленных районах[174]. В регионах нового экономического освоения во второй половине 1980-х гг. планировалось создать качественно более высокий социально-культурный уровень. Примерно в 1,5 раза увеличить постройку амбулаторно-поликлинических заведений и производство медицинской техники. Достижение этих целей требовало принципиально поменять сформировавшийся у хозяйственных органов, в том числе плановых, подход к развитию социально-культурной сферы, как к отрасли мало значимой[175]. Для повышения качества медицинского обслуживания региона Совет Министров СССР поручил министерствам, Советам Министров союзных республик, Мосгорисполкому и Ленгорисполкому обеспечить в 1987–1990 гг. выполнение работ по строительству и вводу в эксплуатацию стационаров и поликлиник в городах и посёлках Тюменской области[176]. Планировалось сооружение и ввод в эксплуатацию 1986–1990 гг. стационаров вместимостью 2 тыс. больных и поликлиник на 2,7 тыс. посещений в смену, 2-х акушерских корпусов на 100 женщин каждый в г. Тюмени[177].

Приоритет совершенствования специализированных служб сохранялся в конце 1980-х гг. Предусматривалось организовать до 1993 г. в городах с населением свыше 300 тыс. человек больницы скорой помощи. В 1989–1995 гг. – республиканские, краевые и областные объединения «Скорая медицинская

[174] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 8063. Л. 11–13.
[175] Материалы XXVII съезда КПСС. С. 122.
[176] О дополнительном строительстве объектов социального и культурно-бытового назначения в городах и посёлках, расположенных на территории Западно-Сибирского нефтегазового комплекса в 1987–1990 гг.: постановление Совмина СССР 08.02.1986 г. // ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 2243. Л. 305–309.
[177] Постановление Совмина РСФСР 15.06.1984 г. Л. 117.

помощь» с санитарной авиацией, станциями и больницами скорой помощи[178]. В столицах республик, краёв и областей планировалась организация кардиологических структурных подразделений, укрупнение и постройка онкологических учреждений (не менее чем на 240–450 пациентов) с пансионатами и ввод в эксплуатацию радиологических корпусов, оснащенных современной лечебно-диагностической аппаратурой[179]. Проектировалось расширение линии отделений сосудистой хирургии, создание в 1989–1995 гг. республиканских, краевых и областных реабилитационных центров для лиц с патологией периферической нервной системы и нарушением кровообращения мозга[180]. Предлагалось обеспечить постройку и ввод в эксплуатацию в 1991–1995 гг. психиатрических лечебниц на 500 и свыше мест и психоневрологических диспансеров на 150 и больше посещений в смену с дневными стационарами на 150 пациентов, развёртывание в 1989–1995 гг. хозрасчетных кабинетов и амбулаторий, наркологических диспансеров на 120–240 мест с целью оказания врачебных услуг больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией[181].

С 1985 по 1987 гг. количество больничных мест и посещений в смену за счёт строительства новых лечебниц увеличилось в 4 раза, а по ЗСНГК – в 5,3 раза.

Таблица 4

Мощность введённых стационаров в 1985–1987 гг., коек

Год	Тюменская область	ЗСНГК
1985	357	1445
1987	217	1140

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп.1. Д. 8818. Л. 19.

[178] О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 20.06.1988 г. // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов «Консорциум кодекс». URL: https://docs.c№td.ru/docume№t/765705015 (дата обращения: 27.09.2020).
[179] Там же.
[180] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 20.06.1988 г.
[181] Там же.

Таблица 5

Мощность введённых поликлиник в 1985–1987 гг., посещений в смену

Год	Тюменская область	ЗСНГК
1985	357	1445
1987	217	1140

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп.1. Д. 8818. Л. 19.

Повышенный интерес к проблемам улучшения здоровья людей, особенно женщин и детей, стало уделяться на втором этапе (1976–1991 гг.) формирования системы здравоохранения изучаемого периода. В законодательных актах того времени акцентировалось поддержка семьи, материнства и детства[182].

Предполагалось расширить в 1978–1985 гг. сеть детских лечебно-профилактических учреждений, женских консультаций, роддомов. Особое внимание обращалось на наращивание численности детских лечебниц и отделений для пациентов недоношенных и новорожденных, с патологиями дыхательных путей. Представлялось важным улучшить оснащение указанных заведений современной лечебно-диагностической аппаратурой. С 1978 по 1982 гг., рассчитывалось довести численность пациентов на педиатрических участках до 800 человек на одного участкового педиатра; провести мероприятия по усовершенствованию медицинского обслуживания детей-дошкольников.

Минздраву СССР поручалось учредить в 1979 г. в г. Москве на базе Всесоюзного НИИ акушерства и гинекологии Минздрава СССР Всесоюзный научно-исследовательский центр по охране здоровья матери и ребенка. Намечалось разработать и осуществить в 1978–1985 гг. мероприятия по улучшению самочувствия и предоставлению врачебной помощи учащимся средних и высших образовательных заведений[183].

Реализация решений XXVI съезда КПСС, последующих Пленумов ЦК КПСС, постановлений ЦК КПСС и Совета Министров СССР по здравоохранению

[182] Шаповалова Я А. Государственная политика в области семейно-брачных отношений в 1945–1991 гг. (на материалах Краснодарского края): дис. ...канд. ист. наук. Краснодар, 2014. С. 50; Белова А.П. Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города. Л., 1978. 304 с.

[183] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 22.09.1977 г. Л. 262–269.

способствовали совершенствованию качества медицинского обслуживания женщин и детей.

В 1980-е гг. в области получило дальнейшее развитие охрана материнства и детства. Росло число женских консультаций, детских поликлиник, стационаров, родильных домов, улучшалось их оснащение современным медицинским оборудованием и аппаратурой, открывались отделения по выхаживанию новорожденных, увеличивалась укомплектованность медицинскими кадрами медучреждений, налаживалась диспансеризация детей первого года жизни[184]. Основные направления борьбы с младенческой смертностью разрабатывались с учетом причин смертности[185].

С 1980 г., объявленного годом ребёнка, особое внимание обращалось на улучшение качества медицинского обслуживания женщин и детей. При вводе в эксплуатацию новых больничных комплексов лучшие помещения выделялись для детских и родовспомогательных заведений. Программой стало принятое в 1980 г. соответствующее решение облисполкома в связи с проведением Международного года ребёнка. Среди важнейших объектов находились лечебный комплекс, рассчитанный на 300 детей в г. Тюмени и ряд других предприятий лечебно-профилактического профиля[186]. Была значительно укреплена материально-техническая база детских заведений[187]. В 1981 г. открылся детский стационар ГКБ № 2, к 1982 г. во всех ЦРБ имелись детские отделения[188].

В 1980 г. в Тюменской области насчитывалось 238 женских консультаций и детских поликлиник. Для сравнения: в Кемеровской, Новосибирской, Омской, Томской, Камчатской областях их было, соответственно, 272, 120, 103, 69, 74[189].

В результате в 1980-х гг. детская смертность в регионе стала активно снижаться[190] *(см. приложение 1, табл. 3)*. Появились детские

---

[184] ГАЯНАО. Ф. 56. Оп. 1. Д. 351. Л. 79–81.
[185] О демографических процессах и анализе причин смертности населения Тюменской области в 1980–1986 гг.: информационное письмо // ГАЯНАО. Ф. 56. Оп. 1. Д. 351. Л. 235–256.
[186] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1105. Л. 12.
[187] Там же. Д. 1151. Л. 21.
[188] Там же. Л. 2.
[189] Народное хозяйство РСФСР в 1980 г. М.: Статистика, 1981. С. 309.
[190] ГАСПИТО. Ф. 3185. Оп.1. Д. 324. Л. 12.

кардиоревматологические (10), гастроэнтерологические (100), пульмонологические (85), токсикологические (40) койки. Всего койкомест педиатрического соматического профиля насчитывалось 4051[191]. Однако в 1986 г. в области ещё не существовало и не планировалось возведение областной детской больницы.

Постепенно росли расходы государственных и кооперативных предприятий области на здравоохранение. Партийные и правительственные постановления были направлены на преодоление недостатков в медицинском обслуживании детей раннего возраста[192].

Таблица 6

Число больничных мест по областям Сибири и Дальнего Востока в 1965–1986 гг., тыс.

Область	1965 г.	1986 г.
Тюменская	12,2	32,5
Кемеровская	34,3	46,1
Новосибирская	22,4	36,6
Омская	15,9	28,3
Томская	8,9	13,6
Камчатская	3,1	6,5

Составлено по данным: Народное хозяйство РСФСР в 1965 г. Ст. сб. М.: Статистика, 1966 г. С. 509; Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. Ст. сб. М.: Статистика, 1986 г. С. 360.

В целом с 1965 по 1986 гг. число койкомест по Тюменскому региону увеличилось в 2,7 раза, тогда как по областям Новосибирской, Омской, Кемеровской, Томской, соответственно – в 0,2; 0,2; 1,3; 1,5 раза и по Камчатской – в 2 раза. Обеспеченность граждан койками на 10 тыс. населения выросла в 1965–1986 гг. с 94,6 до 114,6, т. е. в 1,2 раза *(см. приложение 1, табл. 1, 2)*. В 1980–1985 гг. – в 1,1 раза. Если сравнить показатель на 10 тыс. населения с

[191] Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1986 г. С. 80.

[192] О мерах по устранению серьёзных недостатков в работе по охране здоровья детей раннего возраста и снижению детской смертности: приказ Минздрава СССР 23.12.1986 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 50. Д. 6979. Л. 134–139; О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 20.06.1988 г. [Электронный ресурс] // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов «Консорциум кодекс». URL: https://docs.c№td.ru/docume№t/765705015 (дата обращения: 27.09.2020).

другими регионами, то в Омской области он вырос в 1 раз, в Камчатской – в 1,1 раза. В остальных областях он не увеличился.

Таблица 7

Обеспеченность больничными местами по областям Сибири и Дальнего Востока в 1980–1985 гг., на 10 тыс.

Область	1980 г.	1985 г.
Тюменская	123	141
Кемеровская	152	148
Новосибирская	131	133
Омская	129	137
Томская	143	140
Камчатская	123	141

Составлено по данным: Народное хозяйство РСФСР в 1980 г. Ст. сб. М.: Статистика, 1981 г. С. 509; Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. С. 360.

Количество ведомственных поликлиник по области увеличивалось. По Минздраву оно выросло в 1,4 раза, количество поликлиник прочих ведомств – в 1,3 раза.

Таблица 8

Количество амбулаторно-поликлинических учреждений в Тюменской области в 1970–1984 гг. по ведомствам

Ведомственное учреждение	1970 г.	1984 г.
Министерство здравоохранения	252	349
Министерство путей сообщения	13	15
Прочие ведомства	28	37
Всего	293	401

Составлено по данным: Культура, здравоохранение и население. Тюмень, 1985. С. 8.

Большинство вводимых в эксплуатацию медучреждений относились к предприятиям ЗСНГК[193]. Однако происходило это в основном в районах нефтегазодобычи, и существенного влияния на развитие медицинского обслуживания всей области нефтегазодобывающие предприятия не оказали, если не считать то обстоятельство, что учреждения Минздрава подтягивались к уровню подведомственных ЗСНГК лечебниц.

[193] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 245. Д. 126. Л. 51.

Несмотря на это целесообразно отметить скорее отрицательную роль подведомственного нефтегазовым предприятиям строительства в развитии здравоохранения Тюменской области. Государственная политика по формированию Западно-Сибирского комплекса осуществлялась на базе корпоративных соглашений министерств нефтяной и газовой промышленности с руководством территорий. В процессе создания комплекса произошли изменения в структуре региональной экономики, приведшие к упадку традиционных отраслей и к ущербу окружающей природной среде[194].

Субсидирование непроизводственных отраслей производилось по «остаточному принципу», но на Тюменское здравоохранение 1964–1991 гг. государством выделялись большие финансовые ресурсы.

Таблица 9

Объём государственных инвестиций в здравоохранение Тюменской области в 1964–1990 гг., в млн. руб.

Год	1964	1980	1990
Объём инвестиций	34,9	195,85	375,554

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5000. Л. 1.

Можно констатировать, что объём государственных инвестиций увеличился в 10,7 раза.

Таблица 10

Объём государственных инвестиций на одного жителя в год в здравоохранении Ямало-Ненецкого округа в 1970–1990 гг., в руб.

Год	1970	1986	1990
Объём инвестиций	92,4	76,0	127,5

Составлено по данным: Здравоохранение Тюменской области ... . С. 5, 18, 28; Основные показатели … за 1986 г. С. 41, 42; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах. С. 40.

За 1965–1990 гг. расходы по оказанию медицинских услуг на душу населения увеличились с 32,2 до 118,8 руб., т. е. в 3,7 раза. Особенно большие средства, уже во второй половине 1960-х гг. в 2 раза превысившие среднеобластные показатели, уходили в Ямало-Ненецкий округ.

[194] Хорев Б. С. Региональная политика в СССР. М., 1989. С. 156.

В начале 1980-х гг. самые большие средства уходили на Салехардское (237,3 руб.), Ханты-Мансийское (187,5 руб.), Лабытнангское (98,4 руб.) направления здравоохранения, более низкие показатели отличали г. Новый Уренгой (25,1 руб.), г. Когалым (29,4 руб.), п. Радужный (37,2 руб.)[195]

Интерес властей к вопросам охраны здоровья граждан постепенно уменьшался. В период перестройки советское правительство значительно увеличило общие расходы на здравоохранение в номинальном выражении, но в эти годы уровень инфляции превышал рост расходов. Расходы на здравоохранение в постоянных ценах увеличились с 22,5 млрд. руб. в 1985 г. до 28,7 млрд. руб. в 1989 г., а затем сократились до 24,1 млрд. руб. в 1991 г.[196] Капитальные вложения росли в абсолютных цифрах: в 1980 г. фактические расходы Тюменского областного бюджета на здравоохранение составляли 131, 98 млн. руб., в 1986 г. – 195,85 млн. руб., в 1990 г. – 375,55 млн. руб. *(см. приложение 1, табл. 4).*

Аналогичные процессы происходили по всей стране. Например, на Камчатке в 1988 г. снизились расходы на капиталовложения и составили 2,1 % от расходов по бюджету области на здравоохранение, что было в 2 раза меньше подобных расходов в 1985 г.[197]

Таким образом, на первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) увеличение коечного фонда за счёт нового строительства являлось одним из самых важных областных мероприятий в процессе модернизации здравоохранения. Приоритет отдавался развитию крупных медицинских учреждений, способных оказывать специализированную помощь. Развитие сети медицинских учреждений осуществлялось за счёт нового строительства и путём приспособления зданий. На втором этапе (1976–1991 гг.) развитие специализированной помощи углубилось, началось интенсивное развёртывание

---

[195] Основные показатели … за 1980 г. С. 41, 42.
[196] Системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной Европы: 1965–1991 гг. // Ugra-№ews.ru 20/04/2017. URL: http://uchеb№ik.o№li№e/byudjet№aya-sistema-a№aliz/sistemyi-fi№a№sirova№iya-zdravoohra№e№iya-sssr-37829.html (дата обращения: 02.02.2018).
[197] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения …. С. 50.

центральных районных больниц. В итоге была создана разветвлённая система учреждений здравоохранения: больницы, амбулатории, поликлиники, заведения по охране материнства и детства, станции переливания крови, скорой помощи. Произошли позитивные изменения в развитии педиатрической службы. В связи с тем, что внимание Западно-Сибирского нефтегазового комплекса к социальным проблемам возросло, большинство вводимых медицинских учреждений относились к принадлежавшим ему предприятиям. Вместе с тем сохранялось большое количество маломощных стационаров, мешающих развитию специализированной медицинской помощи. Медицинские учреждения в период становления Тюменского здравоохранения в 1964–1991 гг. располагались в основном в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Планирование прироста койкомест реализовывалось, но не удовлетворяло потребностей граждан.

1.2. Становление специализированных медицинских служб

В сфере медицинского обслуживания Тюменской области в связи с развёртыванием и усилением мощности сети медучреждений развивалась специализированная помощь, являющаяся существенным компонентом модернизации системы здравоохранения. Со вступлением в строй областной больницы (1962 г.), открыли новые структурные подразделения: грудной хирургии, урологическое, нейрохирургическое, детское, глазное, гинекологическое. ОКБ являлась самым большим, вместимостью 605 больных, и самым современным в регионе лечебным учреждением.

Особенно важными были специализированные службы по направлениям, где наблюдалась самая высокая заболеваемость и смертность.

В СССР причинами смерти городского населения в 1965 г. в основном были болезни сердечно-сосудистой системы, на втором месте находились

злокачественные новообразования, на третьем – несчастные случаи, травмы и отравления, на четвертом – болезни органов дыхания[198].

Поэтому особую заинтересованность с 1970-х гг. стал вызывать прогресс кардиологической службы. В целях повышения качества профилактики и лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями перед Минздравом СССР и Советами Министров союзных республик ставились задачи дальнейшего поступательного движения в сфере кардиологии. Планировалось организация в республиканских, краевых и областных центрах кардиологических диспансеров, расширение линии подобных структурных подразделений в больницах и поликлиниках, увеличение числа кардиологических бригад скорой помощи[199].

В Тюменской области в начале первого этапа изучаемого периода (1964–1976 гг.) одно из первых мест в структуре общей заболеваемости народонаселения также занимали болезни сердечно-сосудистой системы *(см. приложение 1, табл. 5)*. Несмотря на это в регионе не было специализированных кардиологов и ревматологов. Так как все больные лечились у врачей-терапевтов, то диагностика сердечно-сосудистых заболеваний находилась на низком уровне и зависела от клинического опыта врача[200]. В результате предпринимаемых правительством мер в регионе началась организация кардиоревматологических кабинетов[201]. Первым учредили в 1963 г. кардиоревматологический центр в облбольнице, осуществлявший организационно-методологическое руководство ревматологическими кабинетами города и врачами-терапевтами районов, закреплёнными за диспансеризацией больных ревматизмом. Кардиоревматологический центр укомплектовали терапевтом и педиатром, к работе центра привлекли узких специалистов: отоларингологов, стоматологов, кардиохирургов, рентгенологов и др. Вновь создаваемые кабинеты укомплектовывались терапевтами, подготовленными в институте

[198] РГАНИ. Ф. 5. Оп. 58. Д. 41. Л. 181, 182.
[199] Материалы XXIV съезда КПСС. С. 182; Чазов Е.И. Итоги, задачи и перспективы развития кардиологии и кардиологической службы // Советское здравоохранение. 1982. № 5. С. 3–10.
[200] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 243.
[201] Там же. Л. 151.

усовершенствования и на базе Тюменской ОКБ. Кабинеты возглавляли врачи-ревматологи, специализирующиеся по ревматологии и электрокардиографии[202].

В 1968 г. частота встречаемости болезней сердечно-сосудистой системы равнялась 19,1 % (1917), в 1969 – 17,1 % (1817)[203]. Потери рабочего времени составляли 21 млн. дней в год[204]. В 1969 г. признали инвалидами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 500 человек (17 %)[205]. В Тюменской области в 1968–1969 гг. умерло от болезней кровообращения 26,4 % от общего числа умерших. Для сравнения: в 1969 г. по РСФСР эта цифра составляла 30 %[206]. На долю атеросклероза, гипертонии и инсульта центральной нервной системы в 1968 г. приходилось 82,5 %, а в 1969 – 87,3 % смертей по причине болезней кровообращения[207].

В связи с этим в областной больнице в 1970 г. создали отделение функциональной диагностики, где проводились различные виды исследований[208]. С самого начала отделением руководила врач Н.Д. Доронина, намного расширившая диагностические возможности службы. Главными задачами структурного подразделения являлись диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и центральной нервной системы, контроль над эффективностью лечения и динамическое наблюдение за больными. В региональных городах и районах развернули 6 кабинетов функциональной диагностики и 35 кабинетов электрокардиографии[209].

В областной консультативной поликлинике имелся кардиокабинет, где ежедневно вёлся консультативный приём пациентов. За 1969 г. прошло 2192 человека, в том числе, с ревматизмом – 42,6, с атеросклерозом – 77, с гипертонией – 163[210].

---

[202] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 5, 151.
[203] Там же.Л. 155.
[204]Там же. Л. 151.
[205] Там же. Л. 155.
[206] Там же. Л. 157.
[207] Там же.
[208] Там же. Л. 7; Д. 915. Л. 127.
[209] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 7.
[210] Там же. Л. 152.

В 1974 г. стационарная специализированная помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществлялась в двух, а в 1975 г. – в трёх кардиоревматологических отделениях на 25 мест, развёрнутых на базе ОКБ, Тюменской ГКБ № 2 и Ялуторовской ЦРБ. В г. Ишиме выделили 10 специализированных кардиоревматологических коек[211].

На втором этапе рассматриваемого периода (1976–1991 гг.) к середине 1980-х гг. в Тюменском регионе фиксировалось уже 100 кардиологов и 15 ревматологов[212].

В связи с тем, что ревматологические заболевания продолжали занимать по распространённости одно из первых мест в регионе, в 1983 г. в облбольнице создали ревматологический центр под руководством областного главного внештатного ревматолога Г. Р. Фадиенко[213].

Важным шагом являлось учреждение кардиологического центра в г. Тюмени. Открытие кардиологической клиники состоялось 21 мая 1985 г. В 1998 г. она стала называться «Тюменский кардиологический центр» и превратилась в Филиал НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН.

С середины 1960-х гг. в тюменском здравоохранении началось формирование специализированной медицинской службы хирургического направления. В данной отрасли в первую очередь выделялись специализированные службы, контингенты населения по заболеваемости и смертности в которых занимали первые места. Наряду с сердечно-сосудистой, в их число входили онкологическая и травматологическая службы *(см. приложение 1, табл. 5).*

В 1965 г. в областной больнице основали сердечно-сосудистое отделение[214]. С начала 1960-х гг. там работало структурное подразделение грудной хирургии, которым руководили Н. Ф. Митряков и А. И. Ральченко. С 1966 г. отделение

---

[211] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 915. Л. 32, 6.
[212] Основные показатели … за 1986 г. С. 50.
[213] За полчаса до боя курантов. С. 165.
[214] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 614. Л. 64.

специализировалось также по сосудистой хирургии под руководством М. П. Вилянского. Значительное внимание «службе сердца» уделял главный врач больницы А. А. Моисеенко. По его инициативе бригада врачей (хирурги А. И. Клепалов, М. Т. Савицкий, терапевт В. М. Шульман, анестезиолог Г. М. Молчанов) прошла подготовку в клинике известного кардиохирурга Е. Н. Мешалкина в г. Новосибирске. В 1968 г. в облбольнице открылось отделение сердечно-сосудистой хирургии вместимостью 35 койкомест, возглавляемое А. И. Клепаловым[215].

В начале первого этапа изучаемого периода (1964–1976 гг.) в Тюменском регионе отмечался рост числа онкологических заболеваний *(см. приложение 1, табл. 5)*. Только за 1964 г. выявили с запущенными формами рака 41,7 % человек, а по РСФСР – 22,2 %. В основном это был рак желудка и лёгкого[216]. Профилактические осмотры являлись некачественными и охватывали небольшое количество людей, поэтому требовалось принятие в этой сфере решительных мер.

Онкологическая служба в первой половине 1960-х гг. была представлена областным онкологическим диспансером (созданным в 1946 г.) и специализированными койками городских и нескольких районных больниц. В 1963 г. в регионе фиксировалось всего 115 штатных онкологических коек. Обеспеченность ими равнялась 0,01 на 1000 населения вместо нормативных 0,3[217].

В 1967 г. в областном центре открылся онкологический стационар на 200 мест. В новом диспансере функционировали: хирургическое, гинекологическое, торакальное, анестезиологическое, рентгенологическое отделения, клинико-диагностическая и цитологическая лаборатории, операционный блок[218].

Происходило выделение новых направлений онкологии: в новом онкодиспансере открыли пульмонологическое отделение, проводилась работа по

---

[215] За полчаса до боя курантов. С. 153; В. Кубочкина. Жизнь отданная людям // Тюменская область сегодня. 2013. 2 октября; В.Б. Криницкий. Право на риск // За полчаса до боя курантов. С. 92–93; Коллектив отделения анестезиологии и реанимации № 1 экспресс-лаборатории ТОКБ. Основоположник тюменской кардиохирургии // Тюменская область сегодня. 2008. 28 октября.
[216] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 614. Л. 8.
[217] Там же. Л. 6.
[218] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 57.

организации узкоспециализированного амбулаторно-консультативного обслуживания в г.г. Ишиме и Тобольске[219].

В 1968 г. областную онкологическую службу возглавила С. Н. Шишкина. При ней открыли цитологический центр, химиотерапевтическое отделение, отделение опухолей головы и шеи (1973 г.). В эти годы широко внедрялись в клиническую практику новые лекарственные препараты и схемы полихимиотерапии. Ежегодно увеличивалась численность пролеченных пациентов[220]. В результате уже в 1969 г. удельный вес запущенных форм злокачественных новообразований сократился до 29,6 % против 33,3 % в 1967 г.[221]

Вместе с тем в 1970 г. в поликлиниках г. Тюмени приёмы представлялись только общими хирургами, отсутствовали специализированные кабинеты, не были организованы приёмы онкологов[222].

На втором этапе рассматриваемого периода (1976–1991 гг.) уровень тюменской региональной онкологической заболеваемости оставался высоким. Смертность от новообразований занимала 3 место в причинах смертности граждан *(см. приложение 1, табл. 5)*. В 1980 г. контингенты больных злокачественными новообразованиями составляли по региону 9,9 на 1000 человек. Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 10 тыс. населения по области в 1980 г. равнялась 15,2, но была ниже республиканских показателей – 21,8 случаев[223].

В 1982 г. умерло от онкологических болезней 1976 человек, что составляло 11,3 % от общего числа умерших. Показатель смертности снизился в 1979–1982 гг. с 98,8 до 88,8 на 100 тыс. населения[224].

Более высокий показатель на 100 тыс. человек держался в населённых пунктах юга области. Низкий показатель – в автономных округах. Смертность по

---

[219] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 759. Л. 10.
[220] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 57.
[221] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 614. Л. 64.
[222] Там же. Д. 615. Л. 73.
[223] Основные показатели … за 1980 г. С. 13, 14, 511.
[224] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 38.

региону от злокачественных новообразований в 1982 г. была в 2 раза ниже, чем по РСФСР. Если в 1976 г. она равнялась 98,3, то в 1982 г. – 86,8, по РСФСР в 1982 г. – 167,0[225].

Таблица 11

Показатель смертности от онкологических болезней по Тюменской области в 1982 г., в случаях на 100 тыс. человек

Регион области	Показатель смертности
Бердюжский район	184,3
Ялуторовский район	178,0
Абатский район	165,4
Заводоуковский район	164,5
Юг области	128,7
Ханты-Мансийский округ	48,7
Ямало-Ненецкий округ	36,3

Составлено по данным: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 38.

Для достижения более низкого уровня смертности от онкологических заболеваний необходимы были квалифицированные кадры врачей-онкологов, поэтому большое внимание уделялось подготовке специалистов. В 1981 г. по области подготовили 4, а в 1985 г. – 6 онкологов[226].

Укомплектованность врачебных должностей по онкологии в региональных лечебных заведениях в 1986 г. составила 98,5 %, в амбулаторно-поликлинических учреждениях была ниже – 88,5 %[227].

Тюменская областная онкологическая служба на протяжении 1964–1991 гг. эволюционировала и достигла современного уровня. Областной онкологический диспансер в этот период являлся единственным специализированным больнично-поликлиническим комплексом Тюменского региона, способным оказывать помощь по своему профилю подавляющему большинству пациентов в соответствии с современными требованиями.

Растущий динамизм региональной экономической и социальной жизни сопровождался и ростом травматизма *(см. приложение 1, табл. 5)*. Главный врач

[225] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 38.
[226] Там же. Д. 1109. Л. 5, 89.
[227] Основные показатели … за 1986 г. С. 78, 135.

облбольницы В. В. Шевчук в своих воспоминаниях писал: «Надо было готовиться и к высокому травматизму – неизбежному спутнику «ударных строек»[228].

Дефицит хирургических мест, отсталость материально-технической базы хирургической службы в регионе, замедляли прогресс специализированных видов услуг. Не существовало отделений детского хирургического, лечения ожогов и реанимации травматологических больных, не выделялись нейрохирургические и травматологические больные в хирургических отделениях городских больниц, не функционировало ни одной травматологической поликлиники[229].

В начале первого этапа рассматриваемого периода (1964–1976 гг.) самый высокий травматизм наблюдался в лесной промышленности – 19,6 %. В региональной нефтяной и химической промышленности коэффициент частоты травматизма в 1965 г. равнялся 8 %, тем не менее в последующем проявилась тенденция к увеличению показателей[230].

Ошибки в лечении пациентов, недостаточная борьба за снижение травматизма вели к тому, что в 1965 г. 496 человек ушло на инвалидность после травмы. В 1965 г. из каждых 100 человек, получивших группу инвалидности, 14,8 % получили её в результате последствий травм, половина их имели производственные травмы[231].

Формирование областного травматолого-ортопедического отделения Тюменской ОКБ, открытого в 1962 г., связано с именем Т. Д. Сатюковой[232].

Она руководила данным отделением 25 лет и является знаменитым на всю страну хирургом-травматологом. Тамара Дмитриевна прошла курсы обучения у Г. А. Илизарова, создавшего уникальный метод излечения пациентов с переломами. В 1960-е гг. она привезла в областной центр его личный подарок – 6

---

[228] Шевчук В. В. Бурное время «застоя» // За полчаса до боя курантов. С. 26.
[229] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 615. Л. 73.
[230] Там же. Д. 614. Л. 31.
[231] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 614. Л. 31.
[232] Клименко С. Полвека в медицине // Тюменская область сегодня. 2009. 24 апреля; Тереб Н. Тревожный чемоданчик Тамары Сатюковой // Тюменские известия. 2013. 14 февраля; Межецкая Е. Профессия Тамары Сатюковой // Тюменская область сегодня. 2005. 5 мая; Потёмкина Т. От сумы и от … травмы не зарекайся! // Тюменская правда. 1998. 21 ноября.

аппаратов Илизарова, и Тюмень стала вторым городом после Кургана, где начали применять метод Илизарова.

В середине 1960-х гг. в регионе работало 44 хирурга-травматолога, прошедших специализацию в различных институтах. Каждый второй хирург готовился по травматологии, увеличивалось количество медиков, специализирующихся по детской ортопедии и травматологии[233]. Во второй половине 1960-х гг. в г.г. Ишиме и Тобольске создали травматологические отделения[234]. Одна за другой в Тюменском регионе стали выделяться новые направления травматологической службы – ортопедическая, нейрохирургическая, помощь пострадавшим от полученных ожогов.

Сначала в травматолого-ортопедическом отделении преобладал консервативный метод заживления переломов. Впоследствии отделение специализировали для терапии пациентов с травмами опорно-двигательной системы и ортопедических больных с врождёнными деформациями и последствиями перенесённых травм, системных заболеваний скелета. Здесь развернули 60 койкомест, в т. ч. 30 – детских[235].

Создание различных направлений травматологической службы
являлось актуальным, так как показатель травматизма продолжал увеличиваться и в 1967 г. на 1000 населения вырос до 22,7 случаев на селе и с 61,7 до 105,0 – в городе (для сравнения в 1957 г. он составлял 7,7 случаев на 1000 человек)[236].

Тем не менее, в 1970 г. в поликлиниках г. Тюмени не организовали приёмы травматологов-ортопедов, отсутствовали специализированные кабинеты[237].

Поскольку 40 % травматологических больных составляли больные с черепно-мозговыми травмами, очень важным направлением являлось улучшение нейрохирургической службы[238]. В 1964 г. в новом корпусе ОКБ открылось нейрохирургическое отделение на 40 больных. Большой вклад в организацию и

[233] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 614. Л. 60.
[234] Там же. Д. 615. Л. 72.
[235] За полчаса до боя курантов. С. 137.
[236] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 615. Л. 8.
[237] Там же. Л. 73.
[238] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 615. Л. 4, 11.

функционирование этой службы внесли врачи Ю. Я. Сиверцев, Н. А. Сурженко, И. М. Тимощук. Специалисты облбольницы помогли создать нейрохирургические службы в г.г. Сургуте, Нижневартовске, Тобольске, Ишиме, проводили большую работу по внедрению новых методов диагностики и врачевания в этих коллективах[239]. В дальнейшем, с 1978 г. отделением руководил М. Д. Раца, внештатный главный областной нейрохирург. В 1970 г. в регионе числилось 4 врача-нейрохирурга *(см. приложение 1, табл. 6).*

С конца 1960-х гг. стало выделяться новое направление специализированной лечебной службы – помощь пострадавшим от полученных ожогов. В 1970 г. развернули ожоговые койки. В 1973 г. в Тюмени открылась травматологическая поликлиника[240].

На втором этапе изучаемого периода (1976–1991 гг.) с середины 1970-х гг. начала проводиться подготовка хирургов центральных районных больниц по травматологии, нейротравматологии. В ЦРБ направлялись в целях работы врачи-травматологи[241].

К началу 1980-х гг. травматологическая служба сделала значительный шаг вперёд. С 1970 по 1980 гг. количество ожоговых коек увеличилось с 5 до 35. Вместе с тем в начале 1980-х гг. их дефицит в области сохранялся *(см. приложение 1, табл. 6).*

В 1983 г. стационарная травматологическая помощь населению оказывалась в 15 лечебных заведениях г.г. Тюмени, Сургута, Нефтеюганска, Ханты-Мансийска, Ишима, Тобольска, п.п. Голышманово, Пионерского, Новотарманска. Имелось 25 мест в Ялуторовской ЦРБ, по 15 мест в Октябрьской, Исетской, Заводоуковской центральных районных больницах, 30 койкомест в Мегионской медсанчасти, 25 – в Новоуренгойской и 30 – в Ноябрьской больницах, что составляло 185 койкомест. Таким образом, в 1983 г. развернули 970

[239] За полчаса до боя курантов. С. 129.
[240] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 13.
[241] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 3.

специализированных травматологических коек, а обеспеченность ими на 1000 населения составляла 0,35, так же как и по РСФСР[242].

Экстренная амбулаторная травматологическая помощь оказывалась круглосуточно в травмпункте г. Тюмени и травмпунктах г.г. Сургута, Нижневартовска, Ноябрьска, детских травмпунктах и травмкабинетах[243].

Экстренная стационарная помощь предоставлялась в приёмных отделениях дежурных больниц, ГКБ № 2 г. Тюмени, во всех районных, городских, окружных больницах дежурными врачами травматологами. Консультативная помощь ортопеда-травматолога детям и взрослым проводилась ежедневно в областной консультативной поликлинике г. Тюмени[244].

За 20 лет к 1986 г. удалось увеличить численность травматологических коек со 160 до 995. Обеспеченность ими граждан на 10 тыс. человек составила 3,5, приблизившись к показателям по РСФСР – 4,0[245] *(см. приложение 1, табл. 6, 7)*. К 1991 г. численность травматологических койкомест увеличилось в 7,4 раза *(см. приложение 1, табл. 6)*. С 1970 по 1991 гг. количество ожоговых коек выросло в 32 раза, с 5 до 160 *(см. приложение 1, табл. 6)*. Обеспеченность жителей региона ожоговыми койками с 1970 г. по 1991 г. увеличилась с 0,03 до 0,5 на 10 тыс. человек, то есть в 16 раз *(см. приложение 1, табл. 7)*. Тем не менее на конец 1980 гг. их дефицит составлял 45 единиц. На конец 1980 г. в регионе имелось 90 нейрохирургических коек, потребность в таковых на 1985 г равнялась 176, а дефицит, таким образом, – 86 единиц.[246].

С 1965 по 1986 г. количество травматологов увеличилось с 13 до 142, т. е. в 10,9 раз *(см. приложение 1, табл. 6)*.

Если в 1965 г. обеспеченность травматологами региона на 10 тыс. населения составляла 0,1, то к 1986 г. – 0,5. По РСФСР в 1985 г. это число равнялось 0,6. Укомплектованность врачебных должностей по травматологии в региональных

---

[242] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 12.
[243] Там же. Л. 12.
[244] Там же. Л. 13; Мамонов Ю. П. Актуальные вопросы организации травматологической помощи в нефтегазодобывающем районе Западной Сибири // Пятый Всесоюзный съезд травматологов ортопедов. М. 1988. С. 123–125.
[245] Основные показатели … за 1986 г. С. 504.
[246] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 6.

лечебных заведениях в 1986 г. достигла 94,3 %, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 95,6 %[247]. С 1965 по 1986 гг. численность нейрохирургов увеличилась с 2 до 27, т. е. в 13,5 раз *(см. приложение 1, табл. 6)*. Сегодня в Тюмени находится высокотехнологический центр нейрохирургии, куда приезжают работать лучшие специалисты страны.

С каждым годом травматизм населения увеличивался *(приложение 1, табл. 5)*. В 1980 г. по региону числилось 78,6 несчастных случаев и травм на 1000 человек[248]. По сравнению с 1970 г., когда этот показатель равнялся 64, число подобных инцидентов выросло в 1,2 раза[249].

В 1986 г. по региону насчитывалось 82,5 несчастных случаев и травм на 1000 населения. В том числе 29,6 таковых были связаны с производством. По РСФСР в 1985 г. травматизм составлял 84,4 случая на 1000 человек, при этом только 21,8 из них были связаны с производством[250].

Очевидно, что численность несчастных случаев и травм по региону отличалась от показателей по РСФСР незначительно, но травм, связанных с производством, насчитывалось больше.

Качество оказываемых хирургических услуг проявлялась в показателях послеоперационной летальности, которая в Тюменском регионе не превышала республиканских показателей[251]. Самые высокие цифры в территориальном разрезе фиксировалась в Ханты-Мансийске, Салехарде, с учетом видов операций.

Самая большая послеоперационная смертность в середине 1980-х гг. наблюдалась при операциях на сердце, диагностических лапаротомиях, операциях на сосудах, предстательной железе и язве желудка[252].

---

[247] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 614. Л. 60.
[248] Основные показатели … за 1980 г. С. 13.
[249] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 615. Л. 8.
[250] Основные показатели … за 1986 г. С. 33.
[251] Основные показатели … за 1980 г. С. 186, 100, 101.
[252] Основные показатели … за 1986 г. С. 115, 116.

Таблица 12
Послеоперационная смертность в Тюменской области в 1985 г., в %

Вид операции	Показатели смертности
на сердце	11,1
диагностическая лапаротомия	5,8
на сосудах	2,5
на предстательной железе	1,6
при язве желудка	1,5

Составлено по данным: Основные показатели … за 1986 г. С. 115, 116.

В Тюменском регионе для оказания медицинских услуг имелись свои особенности: малая мощность больничных баз, особенно, в северных округах, большая отдалённость их от областного центра и окружных городов, весенние и осенние периоды бездорожья, неудовлетворительное состояние сети автомобильных и железных дорог, большая текучесть врачебных кадров. Это затрудняло своевременную обращаемость людей за врачебной помощью, их быструю доставку в районные и городские больницы, правильное выявление диагноза и оказание квалифицированных услуг. Учитывая эти территориальные особенности, в Тюменском крае стала развиваться санитарная авиация.

То, что отделение санитарной авиации, открывшееся в 1945 г., находилось в областной больнице, способствовало лучшей координации деятельности последней и станции санитарной авиации в оказании срочной помощи населению отдалённых районов. Дежурная бригада профессионалов по 12 специальностям (по хирургии, акушерству, гинекологии, анестезиологии, урологии, травматологии, нейрохирургии, педиатрии, ЛОР и др.) была готова в любой момент вылететь по санзаданию.

На первом этапе изучаемого периода (1964–1976 гг.) структурные подразделения санавиации создали в г.г. Тюмени, Ханты-Мансийске и Салехарде, в ЦРБ Тобольска, Берёзово, Сургута, Тазовского[253]. Имелось отделение санавиации в г. Нижневартовске и филиалы в г. Урае и на Мысе Каменном.

Такое рассредоточение санитарного авиатранспорта оказалось рациональным: сократилось время на обслуживание одного вызова, улучшилась

[253] За полчаса до боя курантов. С. 169.

оперативность. Специализированная медицинская помощь была предельно приближена к жителям округов, и, в первую очередь, к кочевому коренному населению. Однако возможность выполнять санитарные задания оставалась ограниченной, так как не существовало промежуточных заправочных баз, и сказывалась неустойчивость погоды.

Всего на службе санавиации по договору закрепили 7 самолётов АН-2 и 6 вертолётов. В том числе 2 самолёта и 2 вертолёта выделили Тюменским отделением санавиации[254].

Работа отделения экстренной и планово-консультативной помощи ОКБ строилась на основе «Инструкции по организации и выполнению полётов санитарной авиации», утверждённой 22 апреля 1964 г. главным управлением Гражданского воздушного флота при Совмине и Минздраве СССР.

Объём работы заключался в перевозке врачей-специалистов с целью экстренного медицинского обслуживания, в проведении плановых консультаций врачами-специалистами, в осуществлении на местах диагностических исследований. Важными направлениями являлись эвакуация пациентов, требовавших срочных и сложных операций или специальной терапии, обслуживание противоэпидемических мероприятий, транспортировка эпидемических грузов (кровь, бакпрепараты, медикаменты). Необходимо было изыскивать посадочную площадку и проверять работу филиалов областного отделения санавиации.

Первым руководителем областной станции санитарной авиации являлся главный врач ОКБ (впоследствии заведующий облздравотделом) Ю. Н. Семовских. Его преемниками являлись: опытный врач-хирург Н. К. Гладун, главврач облбольницы А. А. Моисеенко, невропатолог В. И. Никоненко, кардиохирург В. А. Борзов, нейрохирург П. Ю. Шевченко, уролог Н. И. Казеко, хирург Н. И. Ясков. В филиалах работу возглавляли опытные фельдшеры. Ежегодно на выполнение санитарных авиазаданий расходовалось больше 300 тыс. рублей.

---

[254] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 615. Л. 63.

Всех хирургов Тюменской ОКБ и научных сотрудников хирургической кафедры ТГМИ с 1965 г. распределили по районам и городам в целях организации хирургической службы и оказания хирургического вспомоществования[255]. Кураторы выезжали в районы 3–4 раза в год и на месте проводили разбор смертей и острых хирургических заболеваний[256]. К г.г. Салехарду, Ханты-Мансийску, Тобольску, Ишиму, Заводоуковску, Ураю, Сургуту прикрепили бригады. Они состояли из опытного хирурга, травматолога, уролога, анестезиолога, нейрохирурга[257].

Областная клиническая больница, являясь региональным организационно-методическим центром здравоохранения, уделяла большое внимание подготовке хирургов районных больниц[258]. С 1966 г. в порядке плановой шефской поддержки городских больниц Тюменским облздравотделом практиковались выездные семинары по вопросам неотложной хирургии. Семинар проводила бригада прикреплённых к этому городу хирургов (общий хирург, травматолог, уролог, нейрохирург, онколог, анестезиолог, детский хирург), собирая на него старших хирургов районов, прилежащих к этой зоне[259].

В качестве главного специалиста систематически выезжал в районы региона, чтобы оказывать практические и консультативные услуги, заведующий отделением анестезиологии-реанимации Тюменской облбольницы А. Ф. Рудаков. Он организовал круглосуточное дежурство врачей-специалистов в Тюменской областной больнице ради оказания медицинского обслуживания граждан, нуждающихся в реанимации и интенсивной терапии[260]. Дежурили разные специалисты. До сведения врачей каждый месяц доводился составленный и

---

[255] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 750. Л. 25.
[256] Там же. Д. 615. Л. 55.
[257] Там же. Д. 750. Л. 25.
[258] Там же. Д. 614. Л. 26.
[259] Там же. Л. 56.
[260] Криницкий В. Б. Право на риск // За полчаса до боя курантов. С. 84–95; Никитина О. Анестезиолог Анатолий Рудаков: «Без монитора уши горели от фонендоскопа» [Электронный ресурс] // Вслух.ru : информационный портал Тюменской области : [сайт]. Тюмень. 2014. 21 августа. URL: Вслух.ru. (дата обращения: 02.02.2018); А. Ф. Рудаков [Электронный ресурс] // Энциклопедия Тюмени : [сайт]. URL: http://geo№etia.ru (дата обращения: 05.01.2017); Легенде Ямальской медицины – Анатолию Рудакову – 80 [Электронный ресурс] // Вести Ямал : информационный канал ЯНАО : [сайт]. Салехард. 2015. 15 сентября. URL: http://vesti-yamal.ru/ru/vjesti_jamal/lege№de_yamalskoy_meditsi№yi_-_a№atoliyu_rudakovu149024 (дата обращения: 02.02.2018).

утверждённый облздравотделом график. В итоге всегда можно было собрать бригаду, предоставлявшую срочное и неотложное обслуживание, и отпала потребность в основных штатных специалистах в структурном подразделении.

К дежурствам по региону привлекали профессорско-преподавательский состав ТГМИ и медиков лечебных учреждений г. Тюмени. За 1969 г. сотрудники института выполнили 31, а врачи городских лечебных учреждений – 19 вылетов[261].

С 1 сентября 1971 г. ради выполнения неотложных санитарных заданий выделили 3 ставки бортврачей. Областное отделение плановой и консультативной помощи имело всё необходимое во исполнение следующих задач: подготовки высококвалифицированных специалистов, обеспечения хорошей связи с городами и районами края, а также необходимые комплекты инструментария, тёплую одежду и обувь с целью выполнения полётов в зимнее время[262].

С особой интенсивностью отделению пришлось потрудиться в 1965–1976-х гг., когда на Тюменском Севере развернулось освоение нефтяных и газовых месторождений. Число вызовов и выполнение санзаданий увеличивалось из года в год. Так в 1965 г. число экстренных вылетов равнялось 110, в 1968 г. – 194[263]. Если в 1969 г. поступило 1461 вызов, то в 1970 г. – 1688. Свыше 80 % их обеспечивалось силами санавиации: в 1970 г. 1432 вызова пришлось на санавиацию, 80 – на наземный транспорт и 177 – на рейсовые самолёты[264]. За один год в конце 1960-х гг. осуществлялось более 200 вылетов по проведению экстренных хирургических операций[265].

В начале 1970-х гг. экстренные вызовы обслуживались двумя врачами. При вылетах по санзаданию заметное количество пациентов консультировалось в планово-консультативной и экстренной поликлиниках. В 1970 г. число оперированных больных составило 266, проконсультированных в экстренной

[261] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 615. Л. 69.
[262] Там же. Л. 64.
[263] Там же. Д. 750. Л. 27.
[264] Там же. Д. 615. Л. 64.
[265] Там же. Д. 750. Л. 27.

поликлинике – 2,4 тыс., проконсультированных в планово-консультативной поликлинике – 43,5 тыс.[266]

Большая работа осуществлялась по эвакуации и реэвакуации заболевших. Ежегодно около 1000 человек доставлялось самолётами и другим транспортом в областные лечебные учреждения и обратно[267]. Незаменимую помощь санавиация оказывала службе крови. Только за 7 месяцев 1971 г. она 168 раз отправила кровь в районы области. В том числе в 64 случаях по санзаданию. Это – 19 % от числа всех вылетов за это время[268].

В первые годы во исполнение рейсов скорой помощи использовались гидросамолёты ЩА-2, способные совершать посадки на озере Андреевском и в аэропорту Плеханово г. Тюмени, самолёт Як-12[269].

На втором этапе рассматриваемого периода (1976–1991 гг.) появились вертолёты МИ-1, МИ-2, МИ-4, МИ-8, самолёт АН-2.

Отделение оснастили также автомобилями «Волга» и УАЗ-452, начала действовать оперативная связь «СОС 30/60», позволяющая оказывать консультативную помощь больным в любом месте края[270].

Таблица 13

Количество вызовов санавиации в Тюменской области в 1980–1986 гг., в тыс.

Регион	Тюменская область	Юг области	Ханты-Мансийский округ	Ямало-Ненецкий округ	Тюменский район
1980 г.	698,3	427,9	204,3	66,1	189,9
1986 г.	955,7	478,7	132,9	344,6	188,8

Составлено по данным: Основные показатели … за 1980 г. С. 138.; Основные показатели … за 1986 г. С. 169.

Санавиация функционировала и в других местах РСФСР, где социально-экономическое состояние делало актуальным дальнейшее её развитие. В 1970-е

[266] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 750. Л. 27.
[267] Там же. Д. 615. Л. 65.
[268] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 615. Л. 65; Тереб Н. Санавиацию вызывали? // Тюменские известия. 1996. 6 марта.
[269] За полчаса до боя курантов. С. 170.
[270] Там же.

гг. получила распространение медицинская авиация в Горно-Алтайской области. Особенно важны были вылеты в период основных сельхозработ[271].

Станции санитарной авиации увязывали свою работу с соответствующими станциями скорой помощи, через которую производился приём и передача вызовов и заданий для санитарной авиации, приглашение и доставка к самолётам необходимых специалистов. В 1965 г. в Тюменском регионе существовало 15 таких станций и отделений *(см. приложение 1, табл. 8)*[272].

М. И. Рошаль, с 1961 г. работавший главным врачом Тюменской станции скорой помощи, отдал этому делу больше 40 лет жизни. В 1956 г., окончив Свердловский медицинский институт, он по распределению попал в Тюмень. В главном деле своей жизни он добился немалого: создал службу скорой помощи, специализированные бригады, базу с целью подготовки её специалистов. Рошаль оснастил бригады современной лечебно-диагностической аппаратурой и средствами связи, первым в регионе внедрил автоматизированную систему управления работой бригад СМП, являлся внештатным главным специалистом облздравотдела по «Скорой» и многое другое[273].

На первом этапе анализируемого периода (1964–1976 гг.) на 1968–1975 гг. предусматривалось строительство больниц скорой помощи на 600–1000 и более пациентов, а также завершение к 1970 г. установления прямой телефонной связи станций скорой помощи с лечебными учреждениями[274].

В 1975 г. зафиксировали самое большое число выездов – 4944. Количество выполнявших санитарные задания врачей составила 1694[275].

На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.) в конце 1970-х гг. во всех городах и районах края уже существовали станции и отделения скорой

---

[271] Гончарова О. А., Ложкина Н. Н. Условия и особенности развития системы здравоохранения ... С. 94.

[272] Хохлов Ю. «Скорая» спешит на вызов // Ленинская правда. 1974. 16 ноября; Хуланхов В. «Скорая» слушает! // Ленинская правда. 1964. 14 августа.

[273] Берлюгина И. Тридцать лет на «Скорой» // Вечерняя Тюмень. 2013. 20 декабря; Бессараб В. Памяти Марка Рошаля // Тюменский курьер. 2014. 30 сентября; Чухачёва О. Назначение врача: играть три раза в неделю // Тюменские известия. 1996. 30 октября.

[274] Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР 05.07.1968 г. С. 8–19.

[275] За полчаса до боя курантов. С. 170.

помощи[276]. В г.г. Тюмени, Нижневартовске, Сургуте, Ишиме создали специализированные бригады по данной отрасли[277].

В 1978–1985 гг. планировалось улучшить работу скорой и неотложной помощи, расширить сеть подобных больниц и укомплектовать их медицинскими работниками, установить к 1985 г. прямую телефонную связь между медучреждениями, станциями скорой помощи, отделениями милиции, службами пожарной охраны и ГАИ[278].

Решением облисполкома 1980 г. предусматривалось дальнейшее совершенствование службы скорой помощи в районах, где интенсивно шло строительство новых городов и посёлков нефтегазодобытчиков[279].

В 1982 г. во всех ЦРБ развернули отделения скорой и неотложной помощи. Ради их радиофикации выделили 65 радиостанций[280].

К 1983 г. была закончена организация станций и отделений скорой помощи во всех областных городах и районах. Подобные структурные подразделения открыли в крупных участковых больницах: Ильинской Казанского района, Карасульской Ишимского района, Вагайской Омутинского района, Чебунтанской Уватского района. Весь санитарный транспорт станций и отделений скорой помощи радиофицировали[281]. Закончить установление их прямой телефонной связи с лечебными учреждениями планировалось ещё к 1970 г.[282], но работы не проводились[283]. В результате в некоторых районах не существовало подобной телефонной линии[284].

План телефонизации фельдшерско-акушерских пунктов не выполнялся по большинству районов края. Но участковые стационары и амбулатории имели телефонную связь[285].

---

[276] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 270. Л. 8.
[277] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 3.
[278] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 22.09.1977 г. Т. 2. Л. 262–269.
[279] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1105. Л. 12.
[280] Там же. Д. 1151. Л. 2.
[281] Там же. Л. 20.
[282] Там же. Ф. 814. Оп. 5. СИФ. Инв. № 1949. С. 302.
[283] Там же. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1151. Л. 20.
[284] Там же. Д. 1119 а. Л. 55.
[285] Там же. Д. 1105. Л. 55.

Медленно решались вопросы развития скорой помощи в Ханты-Мансийском округе. Все 10 станций развёртывались в приспособленных помещениях, требовавших капитального ремонта. В ряде районов (Кондинском, Октябрьском, Берёзовском) станции скорой помощи не были оснащены необходимой аппаратурой, инвентарём, медикаментами, радиостанциями[286].

Большая часть из вызовов была совершена по неотложной помощи. В 1980 г. соответственно – 79 %, 80,1 %, 79,6 %, 70,1 % и 86,8 %. Самое большое число вызовов осуществили в Тюменском районе[287].

В 1986 г. по неотложному обслуживанию осуществили всего по области 84 % вызовов, по югу региона – 86,0 %, по Ямало-Ненецкому округу – 83,1 %, по Ханты-Мансийскому округу – 79,1 %. Тюменский район оставался лидером по количеству вызовов, 89,8 % из которых пришлось на неотложную помощь[288].

Постепенно обеспеченность врачами росла, уменьшалось количество опозданий на вызовы, на станции поступали новые машины, радиостанции. Все машины оборудовали двухсторонней радиосвязью, значительно улучшающей медобслуживание. Только в 1980 г. радиофицировали 65 автомашин[289].

На санитарных автомобилях скорой помощи ОКБ установили рации «Лен-Б», в чём была заслуга заведующего отделением П. Ю. Шевченко, проработавшего здесь 10 лет. Позднее санавтомобили оборудовали более совершенными рациями «Алан-5». По инициативе М. Н. Белова разработали и внедрили программы компьютерной обработки и анализа данных о деятельности центра[290].

Другим важным направлением для Тюменской областной администрации являлось развитие сети санаториев на базе местных минеральных источников.

---

[286] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1151. Д. 1116 а. Л. 147.
[287] Основные показатели … за 1980 г. С. 138.
[288] Основные показатели … за 1986 г. С. 169.
[289] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1105. Л. 12.
[290] За полчаса до боя курантов. С. 170.

Значительное количество нуждающихся в подобном лечении также говорило о важности развития данной отрасли[291].

В Тюменском регионе обнаружили лечебные грязи, минеральные источники, озера, содержащие уникальные сапропелевые грязи. Возле Тюмени и Тобольска – огромные запасы торфяных целебных грязей. В районе Заводоуковска нашли месторождения хлоридно-натриевых минеральных вод, обладающих лечебными свойствами.

Из скважины, пробуренной на территории Тюменской облбольницы, в 1961 г. получили термальную хлоридно-натриевую йодо-бромную минеральную воду. Учитывая это, решили построить здесь физиотерапевтический комплекс с использованием минеральной воды и сапропелевой грязи озёр Ахманка, Тараскуль, Тулубаево.

В марте 1966 г. в областной клинической больнице открылось отделение физических методов терапии во главе с В. И. Белоусовым. С 1967 г. его возглавлял врач высшей категории С. Г. Вощейкина. Она же была внештатным главным областным физиотерапевтом. Физиотерапевтическую помощь в отделении получали жители г. Тюмени и региона, лечащиеся в стационаре облбольницы и амбулаторно. Проводились: аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия, грязелечение, массаж, лечебная гимнастика[292].

С каждым годом материально-техническая база физиотерапевтической службы улучшалась.

В 1965–1975 гг. она оказывалась в двух физиолечебницах «Ахманка» и «Заводоуковская» с количеством мест 152 и физиокабинетов 122[293].

В 1975 г. функционировало физиотерапевтическое отделение в областной клинической больнице, физиолечебницы в г.г. Ханты-Мансийске, Тобольске и

---

[291] Диковский А. М. Здравницы Тюменской области. М., 1972. 48 с.; Курортные ресурсы Сибири и их лечебное использование. Томск, 1986. 137 с.; Трубицын А. А., Оранский И. Е. Здравницы Свердловской и Тюменской областей. Свердловск, 1985. 126 с.

[292] За полчаса до боя курантов. С. 170–171; Бубнов Ю. С днем рождения, курорт «Тараскуль» // Тюменские известия. 1997. 18 марта; Огнёв И. На ахманской грязи – да в князи // Тюменские известия. 2000. 18 октября; Штейн И. «Ахманка», «Ахманка», золотое болотце // Тюменские известия. 1997. 21 марта.

[293] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 6; Д. 915. Л. 8.

175 физиотерапевтических кабинетов, развёрнутых в региональных лечебно-профилактических учреждениях. Все физиолечебницы использовали местные минеральные воды и грязи[294].

Количество физиотерапевтических коек увеличилось со 100 в 1965 г. до 191 в 1980 г.[295] Обеспеченность физиотерапевтическими койками на 10 тыс. населения выросла с 1965 по 1980 гг. с 0,8 до 0,9[296].

В 1970–1980-е гг. начали работать санатории «Светлый», «Тараскуль», «Ласточка», «Геолог», «Серебряный бор», «Красная гвоздика» около г. Ялуторовска, в п. Винзили, в с. Салаирка, в п. Верхний бор, в 35 км. от Тюмени по Старо-Тобольскому тракту *(см. табл. 1)*. Сегодня Тюменские региональные санатории считаются лучшими в стране.

Таким образом, в исследуемый период 1964–1991 гг. создали и модернизировали важные региональные специализированные медицинские службы, функционирующие и по сегодняшний день. Особенное значение имели те из них, контингенты больных которых занимали одно из первых мест в структуре общей заболеваемости и смертности людей: сердечно-сосудистая, онкологическая, травматологическая. На первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) в целях лечения и диагностики заболевших ревматизмом и сердечно-сосудистыми заболеваниями организовали специализированные кабинеты, палаты и отделения. Для развития онкологии и травматологии важным шагом являлось введение в эксплуатацию типового областного онкологического диспансера и Тюменской травматологической поликлиники. Организовали нейрохирургическую и ортопедо-травматологическую службы, травматологические отделения в г.г. Ишиме и Тобольске. Выделилось новое

---

[294] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 915. Л. 8; Глухих А. В водолечебницу, за здоровьем // Ленинская правда. 1982. 2 марта; Громов Ю. В чем сила «Кедра» // Ленинская правда. 1984. 14 сентября; Заборовский Н. Кто поможет «Кедру» // Ленинская правда. 1984. 11 ноября; Конькова А. Спасибо за умелые руки // Ленинская правда. 1975. 10 июля; Рябов А. Будь здоров, человек! // Ленинская правда. 1987. 20 марта; Смирнов А. Лечебница без воды // Ленинская правда. 1965. 22 мая; Смирнов А. Откройте двери окружной здравницы // Ленинская правда. 1964. 14 августа; Треб В. Вода из долины ручьев // Ленинская правда. 1981. 26 апреля; Хуланхов В. Здравница Севера: [Фоторепортаж о водолечебнице] // Ленинская правда. 1964. 17 декабря.

[295] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 239, 242; Д. 915. Л. 5; Основные показатели … за 1980 г. С. 50; Здравоохранение Тюменской области ... С. 69.

[296] Здравоохранение Тюменской области ... С. 70; Основные показатели … за 1980 г. С. 50.

направление специализированной медицинской службы – помощь пострадавшим от ожогов. Большое значение для профилактического направления имело введение в эксплуатацию новых физиолечебниц и санаториев на базе местных минеральных источников. Функционировали скорая помощь и санитарная авиация, спасавшая человеческие жизни и осуществлявшая экстренную медпомощь населению отдаленных сельских районов, участникам различных экспедиций и т. д.

На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.) специализированные службы получили дальнейшее развитие, показатели их деятельности улучшились. Состоялось открытие ревматологического и кардиологического центров, хирургического корпуса областной клинической больницы, закончилась организация станций и отделений скорой медицинской помощи во всех городах, районах области и в крупных участковых больницах. Их опыт работы актуален в современных условиях.

1.3. Создание специализированной инфекционной медицинской службы

Модернизация структуры заболеваемости и смертности являлась одной из главных задач общего развития здравоохранения Тюменской области в 1964–1991 гг. В регионе сохранялась архаичная структура причин болезней и смерти, сформированная под влиянием экзогенных факторов и приводящая к высокой заболеваемости инфекциями и смертности в младенческом возрасте. Необходимость в медучреждениях, оказывающих специализированную помощь, была вызвана высокой распространённостью социально-бытовых болезней. В первой половине 1960-х гг. регион являлся лидером Союза ССР по

заболеваемости народонаселения различными инфекциями: дифтерией, сыпным тифом, кишечными инфекциями, туберкулёзом[297].

В начале первого этапа исследуемого периода (1964–1976 гг.) показатели частоты встречаемости дифтерии (14,4 случаев на 1000 человек) в 3 раза превышали средние республиканские (4,5 на 1000 человек), от дифтерии умирало до 7 % заболевших[298]. Самые негативные показатели фиксировались в г. Ханты-Мансийске[299].

В целях ликвидации сыпного тифа необходимо было уничтожить распространение среди людей вшей, являвшихся разносчиками этого заболевания. В детских садах и школах до 5–100 % осмотренных детей оказывались завшивленными[300].

Заболеваемость кишечными инфекциями в крае была в 2 раза выше, чем по РСФСР и выражалась в 1600 случаев на 100 тыс. населения. По частоте встречаемости кишечных инфекций область не имела себе равных в Советском Союзе[301].

С 1961 по 1965 гг. заболеваемость брюшным тифом на 100 тыс. населения держалась на уровне 38–48 случаев[302]. Такая частота встречаемости брюшного тифа была выше, чем в среднем по РСФСР в 5 раз. В северных национальных округах и г.г. Тобольск, Салехард, Ханты-Мансийск фиксировалось 3/4 больных[303]. Исключительно высокая частота встречаемости брюшного тифа приходилась на Ханты-Мансийский округ и составляла 163 случая на 100 тыс. человек, что было в 4 раза выше областного и в 28 раз выше республиканского показателя. В данном округе 1/2 заболеваний давали города и посёлки нефтяников: в г. Урае заболеваемость брюшным тифом составляла 591 случай на 100 тыс. населения, то есть почти в 100 раз превышала среднереспубликанский

---

[297] Шорохова И. И. Изменение уровня инфекционной заболеваемости в Тюменской области (середина 1960-х–1980-е гг.) // Вестник Кемеровского государственного университета. 2014 г. № 2 (58). Т. 1. С. 53.
[298] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 38.
[299] Там же. Л. 390.
[300] Там же. Л. 40.
[301] Там же. Д. 617. Л. 21.
[302] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 19.
[303] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 43.

показатель. В Ямало-Ненецком округе высокая заболеваемость фиксировалась в Ямальском, Тазовском районах и г. Салехарде. Отмечались случаи брюшного тифа в г. Тобольске, Викуловском и Заводоуковском районах[304].

Чаще всего болели школьники (каждый 3–4 заболевший), особенно в школах окружных центров[305].

В 1966 г. по региону на 37 % увеличилось и не имело тенденции к снижению число заболеваний дизентерией [306].

На всей исследуемой территории был широко распространён туберкулез. Частота встречаемости случаев заболевания им в начале 1960-х гг. на каждые 100 тыс. человек составляла 1365, тогда как по РСФСР – 740. Показатели заболеваемости туберкулёзом коренных народов превышали среднереспубликанские в 5-6 раз[307].

Перед органами здравоохранения поставили серьёзные задачи, главным в которых являлось резкое снижение распространённости инфекционных болезней, в первую очередь, брюшного тифа и других острых кишечных инфекций; снижение частоты встречаемости туберкулёза; окончательная ликвидация трахомы, полиомиелита, туляремии и дифтерии[308].

Значительный интерес к данным вопросам проявляли местные общественные организации. XII конференция Тюменского областного профсоюза медработников в 1967 г. постановила: «Сосредоточить особое внимание по вопросам снижения инфекционной заболеваемости, охраны здоровья детей, работе по прививанию санитарных навыков среди населения»[309].

Высокий уровень брюшного тифа в промышленной зоне Тюменского региона был связан, главным образом, с отставанием благоустройства городов и посёлков. Там остро стоял вопрос водоснабжения и канализации. В середине 1960-х гг. ни в одном из региональных городов, кроме Тюмени, не имелось

[304] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 19; Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 63.
[305] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 43.
[306] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 19.
[307] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 9.
[308] Материалы XXIII съезда КПСС. С. 124.
[309] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 83.

водопровода с очистительными сооружениями, и не производилась коммунальная плановая уборка[310]. Более половины нечистот не удалялось в г. Ханты-Мансийске. Салехард очищали только весной посредством случайного транспорта[311]. В п.п. Нефтеюганске и Мегионе Тюменского геологического управления бактериологических анализов источников питьевой воды не производилось, несмотря на их загрязнение сточными водами[312].

Заслуженный врач РСФСР Б. Л. Бенклер в своих воспоминаниях о годах работы в г. Сургуте отмечал, что «жили в «балках», вагончиках, а то и просто в землянках… Приезжали целыми семьями… Необустройство города, отсутствие элементарных бытовых условий, коммунального хозяйства, налаженного питания не могли не сказаться и на санитарно-эпидемическом состоянии в городе и районе»[313]. Больница уже не могла обеспечить потребности граждан, не было даже воды. Её брали из грязной речушки вблизи учреждения. «Это было недопустимо. Нужен был водопровод»[314].

В городах и посёлках северных округов наблюдались непроходимые дороги. По воспоминаниям организатора здравоохранения Г. Р. Тихонова после очередного приезда заведующий Тюменским облздравотделом Ю. Н. Семовских выделил в пользование отделению скорой помощи п. Урая гусеничный вездеход[315].

В Тюменскую область постоянно выезжали руководящие работники союзного и республиканского минздравов. Осенью 1965 г. нефтяные города посетил министр здравоохранения В. В. Трофимов. Б. Л. Бенклер вспоминал: «Министр своими глазами увидел обстановку и условия работы на местах. Посетил он, в частности, и Сургут, где я в то время был куратором от облздравотдела. Условия работы лечебных учреждений были, прямо скажем, мрачные. Больница была ветхая, поликлиника ютилась в небольшом, когда-то

[310] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 61.
[311] Там же. Л. 44.
[312] Там же. Д. 709. Л. 8.
[313] Бенклер Б. Л. Слово о товарище. С. 26, 27.
[314] Там же.
[315] Тихонов Г. Р. Талантливый организатор здравоохранения Тюменской области и России. С. 82.

жилом домике. Водой больница обеспечивалась плохо, дорог в городе не существовало. В осеннюю слякоть по городу можно было проехать только на гусеничном вездеходе. Уже возвращаясь в Тюмень, в самолёте, я был свидетелем, как министр удручённо сказал…: «В каких-же условиях они работают!»[316]

Правительство СССР постановлением обусловливало приоритетное предоставление стройматериалов, труб и финансовых средств на водопроводы и канализацию в населённых пунктах с частой встречаемостью случаев брюшного тифа, между ними назвали и Тобольск, Ханты-Мансийск. Однако обремененные решением сложных производственных задач организации оказывались не способными одновременно уделять внимание социально-бытовым проблемам поселков и народному здоровью[317].

Вопросы санитарной эпидемической обстановки часто обсуждались на заседаниях бюро райкомов КПСС. Врачам, присутствовавшим на заседаниях, приходилось давать бой руководителям предприятий. К примеру, в г. Сургуте в 1965 г. после подобного мероприятия дали строгое указание навести максимально возможный в тех условиях санитарный порядок на подведомственных им территориях города. Бюро обязывало начальника Сургутского нефтепромыслового управления т. Иваненко без промедления завершить пуск водонапорной башни и насоса на территории больницы (до этого строительство тянули несколько месяцев), задания получили и другие хозяйственные, в частности, строительные управления (СУ-9) «Нефтегазстроя». Его начальника т. Кошмана обязали немедленно приступить к ремонту прачечной и пищеблока больницы. Работы по обеспечению больницы водой начались сразу после окончания бюро. Вскоре была отремонтирована прачечная, расширили пищеблок и приступили к ремонту больничного корпуса[318].

Другой причиной высокой частоты встречаемости кишечных инфекций являлось неудовлетворительное проведение лечебно-профилактических

---

[316] Бенклер Б. Л. Указ. соч. С. 25.
[317] О мероприятиях по резкому снижению тифопаразитарных заболеваний: постановление Совмина СССР 20.06.1962 г. // ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 1275. Л. 189.
[318] Бенклер Б. Л. Слово о товарище. С. 27, 28.

мероприятий. Имела место поздняя госпитализация заболевших. Негоспитализированные больные являлись разносчиками инфекций. В Ханты-Мансийском районе случалось, что бактерионосители брюшного тифа работали доярками, продавцами продовольственных товаров, хлебовозами и т. д.[319] За 1967–1969 гг. зафиксировали 275 случаев брюшного тифа, из них – больше 1/2 фактов относились к поздним срокам госпитализации[320].

Ещё одна причина частой встречаемости кишечных инфекций заключалась в том, что руководили борьбой с подобными заболеваниями неопытные молодые специалисты.

В 1967 г. из 12 инфекционистов 7 имели стаж работы до 5 лет, из 16 санитарных врачей 10 было с таким же стажем. С 1965 г. не провели ни одного окружного совещания, посвящённого борьбе с инфекционными заболеваниями[321]. Огромную роль в подготовке врачей-инфекционистов имела созданная в 1967 г. на базе Тюменской городской инфекционной больницы взрослая кафедра инфекционных болезней. Она повысила квалификацию врачей, специализирующихся по данному профилю.

В период 1964–1991 гг. в области функционировало единственное специализированное медицинское учреждение «Тюменская областная инфекционная клиническая больница», открытое в 1949 г. Оно сыграло важную роль в становлении здравоохранения в части инфекционной службы всей области. Врачи больницы ездили в «горячие» эпидемиологические точки к тяжелобольным, для ликвидации вспышек массовых инфекционных заболеваний по северу и югу области[322].

Они участвовали в открытии инфекционных отделений в региональных больницах. Обеспеченность населения инфекционными койками выросла в 1965–1975 гг. с 11 до 15,1 на 10000 человек *(см. приложение 2, табл. 9)*.

---

[319] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 179. Л. 17.
[320] Там же. Л. 81.
[321] Там же. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 63.
[322] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 81.

В крае отмечалось повышение заболеваемости желудочно-кишечными инфекциями. Особенно в Заводоуковском, Абатском, Тюменском, Омутинском районах и северных национальных территориях. 53 % всех фактов заболеваний приходилось на Ханты-Мансийский округ[323].

Оставалась чрезвычайно высокой заболеваемость детей. В 1968 г. каждый третий ребёнок, посещающий детские ясли переболел дизен-терией[324].

В то же время в Горно-Алтайской области с подобными климатическими и социально-экономическими условиями на 100 тыс. населения в 1967 г. заболеваемость кишечными инфекциями равнялась 763, в 1968 – 1980, в 1969 – 911, в 1970 – 1284, в 1971 – 1496,4. Только в 1967 г. зарегистрировали 1297 случаев острой дизентерии. «В 1968 г. в течение одной вспышки дизентерии в г. Горно-Алтайске за 8 дней заболело 700 человек, пользовавшихся водопроводом, куда попали сточные воды»[325].

В 1968 г. Тюменский областной Совет народных депутатов трудящихся потребовал от исполкомов окружных Советов, областных и окружных санитарно-эпидемиологических станций, управления коммунального хозяйства, руководителей промышленных предприятий и строек принятия мер по созданию надлежащего санитарно-гигиенического порядка в населённых пунктах, обеспечения жителей национальных округов доброкачественной питьевой водой. В этих целях необходимостью являлось обеспечение систематической плановой очистки городов, районных посёлков и других населённых мест, территорий предприятий, дворов и улиц. Важными мерами были организация во всех городах постоянных ассенизационных обозов, при образовании новых посёлков обеспечение комплексного строительства и предварительного ввода в эксплуатацию медицинских и детских заведений, водопроводов, канализации, бань, благоустройство населённых пунктов, осуществление мер по предупреждению загрязнения водоёмов и почвы[326].

---

[323] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 17.
[324] Там же. Л. 18.
[325] Гончарова О. А. Условия и особенности развития системы здравоохранения … С. 94.
[326] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д. 916. Л. 207.

В период 1965–1975 гг. на территории Тюменской области работало 50–53 санэпидемических станций, которые контролировали санитарно-гигиенические условия поселений[327]. Предпринимались попытки осуществлять строительство северных городов, учитывая природно-климатические условия. Одна из первых была сделана в г. Надыме в 1971–1975 гг. Город планировали застраивать капитальными сооружениями с полным коммунальным обслуживанием, но повторился негативный опыт предшествующего градостроительства[328].

На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.) населённые пункты продолжали получать нехлорированную воду из открытых водоёмов[329].

В г.г. Сургуте, Урае, Нефтеюганске организовали обеспечение граждан водой из артезианских скважин. В 1 л. такой воды содержалось железа в десятки раз больше среднедопустимых норм. Несмотря на то, что в артезианской воде содержание железа составляло от 6 до 10 миллиграммов на 1 л., руководители предприятий нефтяной и газовой промышленности г. Урая не принимали мер к обеспечению водопроводных сооружений обеззараживающими устройствами.

Уровень обеспечения народонаселения доброкачественной питьевой водой резко отставал от потребности. При санитарной норме 300 л. в г. Сургуте он составлял 120 л. в сутки на 1 жителя, в г. Урае – 30 л., в г. Нижневартовске – 15 л., в п. Мегионе – 10 л.

Так как водоразборные колонки на водопроводных трубах являлись дефицитом, до 80 % жителей городов обеспечивалось водой, доставляющейся в автоцистернах. Не решили вопрос канализирования, не организовали централизованную службу по очистке и благоустройству указанных городов. В итоге массовые острые желудочно-кишечные заболевания превышали в 6-7 раз среднереспубликанскиепоказатели[330].

Министерствам и ведомствам в целях дальнейшего снижения частоты встречаемости острых кишечных инфекций ставилась задача осуществить

---

[327] Здравоохранение Тюменской области в 1965-1975 гг. С. 70.
[328] ГАРФ. Ф. 5470. Оп. 29. Д. 4200. Л. 32; Д. 3471. Л. 19–20.
[329] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 715. Л. 218.
[330] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5257. Л. 30, 32.

санитарно-гигиеническое благоустройство населенных пунктов. Минздрав СССР должен был усилить государственный контроль над выполнением норм санитарной гигиены и эпидемиологии[331].

В программах развития ЗСНГК с 1977 г. большое внимание стало уделяться социальным вопросам. В документах того времени много места занимали жилищные социально-бытовые, культурные, лечебно-профилактические мероприятия. В итоге во второй половине 1970-х гг. в Тюменском крае отмечалось сокращение ряда инфекционных болезней. СТаблилизировалась на сравнительно низком уровне заболеваемость брюшным тифом, и показатели его регистрируемой частоты встречаемости стали самыми низкими таковыми за последние 25 лет. В результате плановых прививок в регионе практически не фиксировались дифтерия, полиомиелит. В виде единичных фактов встречались заболевания бруцеллёзом, туляремией, клещевым энцефалитом. С некоторой тенденцией к снижению, особенно в 1977 г., регистрировалась заболеваемость дизентерией и прочими кишечными инфекциями. За 10 месяцев 1977 г. по сравнению с аналогичным периодом 1976 г. заболеваемость острой дизентерией снизилась на 33 %[332].

К началу 1980-х гг. в результате проделанной работы ситуация по кишечным инфекциям в некоторых городах снова изменилась к лучшему.

Ханты-Мансийский автономный округ оставался самым. неблагоприятным в крае по частоте встречаемости брюшного тифа.

В приказе Тюменского облздравотдела 07.07.1981 г. «О совершенствовании мероприятий по снижению инфекционной заболеваемости в области» указывалось, что несмотря на снижение в 1981 г. относительно первой половины 1960-х гг. окружной заболеваемости в 2,5 раза, её показатели по РСФСР оставались ниже более чем в 2 раза[333].

---

[331] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 22.09.1977 г. Т. 2. Л. 262–269.
[332] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 8. Л. 52.
[333] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 120.

Таблица 14

Заболеваемость кишечными инфекциями в Тюменской области в 1965–1980 гг., в случаях на 1000 населения

Город	1965 г.	1980 г.
Салехард	53,3	7,6
Ханты-Мансийск	56,8	24,9
Ишим	196,6	5,5

Составлено по данным: Здравоохранение Тюменской области ... . С. 183; Основные показатели … за 1980 г. С. 149.

В этой связи Л. А. Фёдорова, бывший заместитель заведующего облздравотделом по детству, писала в воспоминаниях, что «вся педиатрическая служба была мобилизована на проведение вакцинации между детьми и жёсткий контроль за качеством и своевременностью проведения прививок… В детских поликлиниках городов, центральных районных участковых больниц и фельдшерских пунктов создали прививочные кабинеты, в которых работали специально обученные медицинские сёстры по проведению прививок»[334].

В 1981 г. на базе Тюменской областной инфекционной клинической больницы открыли кафедру детских инфекционных болезней, осуществлявшую подготовку детских врачей-инфекционистов.

На государственном уровне решались вопросы благоустройства городов Тюменского Севера. Решением коллегии Министерства промышленного строительства СССР «О мерах по усилению строительства жилых домов и объектов соцкультбыта в районе Западно-Сибирского нефтегазового комплекса» от 11 марта 1982 г. определили задачи комплексной застройки населённых пунктов Тюменского региона. Действительно, во время строительства микрорайонов г. Нижневартовска в 1982 г. жилые дома возводились совместно с объектами соцкультбыта, торговли, здравоохранения, инженерным обеспечением и благоустройством[335].

[334] Фёдорова Л. А. Самые счастливые годы // Жизнь, отданная людям. С. 74.
[335] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7604. Л. 35.

II сессия XVIII созыва областного Совета народных депутатов от 29.09.1982 г. назвала первостепенной задачей на период с 1981 по 1985 гг. планомерное проведение санитарно-эпидемических мероприятий[336].

Таблица 15

Выделяемые государством финансы на коммунальное строительство по Тюменской области и РСФСР в 1975–1983 гг., в тыс. руб.

Регион	1975 г.	1983 г.
Тюменская область	255	608
РСФСР	163	165

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7955. Л. 76, 110.

Однако несмотря на то, что на коммунальное строительство региона выделялись средства, значительно превышающие таковые по РСФСР, показатели благоустройства оставались ниже республиканских. Их снижали показатели по сельской местности, тогда как у работников нефтяной

Таблица 16

Увеличение жилого фонда, оборудованного инженерными сетями по Тюменской области и РСФСР в 1975–1983 гг., в единицах жилого фонда

Инженерная сеть	1971 г.	1984 г.
Тюменская область		
Водопровод	51	86
Канализация	46	83
РСФСР		
Водопровод	79	91
Канализация	76	89

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7955. Л. 76, 110.

промышленности обеспеченность нового жилья коммунальными удобствами в 1980 г. даже превышала республиканский уровень. Жилой фонд «Тюменнефтегаза» был обеспечен водопроводом на 95,4 %, канализацией – на 93,7 %, центральным отоплением – на 98,4 %, газификацией – на 56,1 %, горячим водоснабжением – на 47,6 %[337]. В 1970-е–1980-е гг. увеличился временный жилой фонд. Если в 1975 г. в вагончиках и самострое проживало 15 тыс. семей

[336] ГАТО. Ф. 1725. Оп.1. Д.1119 а. Л. 84.
[337] ГАРФ. Ф. 5470. Оп. 1. Д. 2739. Л. 175.

работников «Тюменнефтегаза» и свыше 8 тыс. работников газовой промышленности, то в 1985 г. число проживающих во временном жилье достигло 160 тыс.[338].

С 1975 по 1990 гг. количество региональных санэпидемстанций увеличилось с 53 до 58[339]. Областной санитарно-эпидемической службой принимались определённые меры. Например, в 1983 г. за нарушение требований санитарного надзора на коммунальных объектах и неудовлетворительное содержание объектов наложили свыше 400 штрафов, более 50 дел передали на рассмотрение административной комиссией местных Советов народных депутатов[340].

Областная санитарно-эпидемическая служба, выполняя приказ Минздрава РСФСР № 564 от 1984 г., усилила контроль над проведением мероприятий по обеспечению должных условий проживания, труда и санитарно-бытового обслуживания рабочих на предприятиях и в организациях нефтегазового комплекса. Ужесточился контроль над реализацией генеральных планов комплексной застройки городов и посёлков, строительством природоохранных сооружений. Областной средний уровень водопотребления в городах вырос со 167 л. на человека в сутки в 1983 г. до 197 л.[341]

Вместе с тем в середине 1980-х гг. уровень санитарно-коммуникационного устройства ещё отставал от темпов промышленного и гражданского строительства, так как в решениях вопросов санитарной очистки, снабжения питьевой водой не было прямой заинтересованности и конкретных мер со стороны местных властей и хозяйственных руководителей[342].

В итоге в 1984 г. областная инфекционная заболеваемость выросла на 21 %. Отмечался рост частоты встречаемости дифтерии на 20 %, кори – на 67 %,

---

[338] ГАРФ. Ф. 5470. Оп. 29. Д. 3837. Л. 115; Д. 4200. Л. 27.
[339] Здравоохранение Тюменской области в 1965–1975 гг. С. 70; Основные показатели … за 1990 г. С. 78.
[340] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 63.
[341] О медико-санитарном обслуживании работников предприятий и организаций Западно-Сибирского нефтегазового комплекса: приказ Минздрава РСФСР 18.06.1984 г. // ГАРФ. Ф. А482. Оп. 56. Д. 4675. Л. 92–103.
[342] Приказ Минздрава РСФСР 18.06.1984 г. // ГАРФ. Ф.А 482. Оп. 56. Д. 4675. Л. 95.

менингококковой инфекции – на 36 %, острой дизентерии – на 16 %. По-прежнему почти 2/3 всех инфекционных заболеваний регистрировалось между детьми, причём детские капельные инфекции составляли 51 % в общей структуре всех инфекционных заболеваний. Продолжала сохраняться напряжённая эпидемиологическая обстановка по дифтерии в г. Сургуте, хотя частота встречаемости снизилась с 50 случаев в 1984 г. до 22 в 1985 г. Число вспышек острых кишечных инфекций в 1984 г. снизилось, но в ряде фактов противоэпидемические мероприятия проводились несвоевременно[343].

Областной уровень заболеваемости брюшным тифом в 1985 г. в 2 раза превышал среднереспубликанский. Неблагополучными территориями по данному заболеванию оставались г. Ханты-Мансийск, Ханты-Мансийский, Октябрьский, Берёзовский районы[344].

Значительное внимание уделялось обеспечению людей инфекционными учреждениями, увеличению их вместимости. Рост числа мест в инфекционных отделениях региональных больниц создавал возможность повышения уровня госпитализации. Обеспеченность населения Тюменской области инфекционными койками в 1986 г. превышала республиканскую, выражавшуюся в 9,6 на 10 тыс. населения в 1985 г.[345] *(см. приложение 1, табл. 9).*

Тем не менее материально-техническая база данных отделений укреплялась крайне медленно по причине интенсивного прироста народонаселения.

В Тюменском крае проводились организационные и практические мероприятия по совершенствованию форм и методов санэпиднадзора, внедрялись иммунологизация посредством прививок против паротита, гриппа, в областном центре внедрялась система оперативного текущего анализа по кишечным и капиллярным инфекциям с применением электронной вычислительной техники, по подготовке кадров работало восемь школ передового опыта[346].

---

[343] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 21. Л. 24.
[344] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а. Л. 59.
[345] Шорохова И. И. Изменение уровня инфекционной заболеваемости …. С. 55.
[346] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а. Л. 59.

Санитарное состояние окружающей среды заметно влияло на самочувствие коренного народонаселения. В 1987 г. в Сургутском (п.п. Аган, Русскинские) и в Берёзовском районах (п.п. Няксимволь, Саранпауль) пробурили артезианские скважины с водой надлежащего санитарного уровня, и фактов кишечных или кожных инфекций там не наблюдалось. Заболеваемость дизентерией пользующихся открытыми источниками воды жителей Берёзовского района была на 50 % выше окружного показателя, а острыми желудочно-кишечными заболеваниями – на 54 %[347].

Таблица 17

Заболеваемость по Тюменской области различными инфекциями в 1980–1987 гг., в случаях на 1000 человек

Год	1980	1987
Количество случаев	43,7	80,1

Составлено по данным: Основные показатели … за 1980 г. С. 16, 17, 18; Основные показатели … за 1986 г. С. 29, 30.

В 1980–1987 гг. отмечался неуклонный рост частоты встречаемости различных инфекций. За это время она выросла в 1,8 раза. Особенно отличался Ямало-Ненецкий округ: в 1986 г. его показатели инфекционной заболеваемости превосходили среднеобластные в 1,2 раза (соответственно 90,7 и 74,9 на 1000 населения)[348].

Таблица 18

Заболеваемость по Тюменской области кишечными инфекциями в 1985–1987 гг., в случаях на 100 тыс. человек

Год	1965	1985	1987
Количество случаев	1600	506,8	434,0

Таблица составлена по данным: Здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР. С. 94; Основные показатели … за 1980 г. С. 16, 17, 18; Основные показатели … за 1986 г. С. 29, 30.

[347] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1292 а. Л. 20.
[348] Основные показатели … за 1980 г. С. 16, 17, 18; Основные показатели … за 1986 г. С. 29, 30.

Таблица 19

Смертность от инфекционных и паразитарных болезней по Тюменской области в 1980–1987 гг., случаи на 100 тыс. человек

Год	1980	1986
Количество случаев	21,3	13,2

Составлено по данным: Основные показатели … за 1986 г. С. 8.

При сравнении областной заболеваемости кишечными инфекциями в 1965 и в 1987 гг. заметно её снижение в 3,7 раза. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней также снижалась.

Для сравнения: по РСФСР в 1985 г. показатель смертности от данных болезней составлял 17,0 на 100 тыс. населения[349].

В конце изучаемого периода (1990 г.) в северных районах сохранялись вспышки инфекций, на долю которых в структуре заболеваемости нередко приходилось 30–50 %. Чаще, чем в среднем по области, там встречался туберкулёз, сывороточный гепатит, брюшной тиф, сальмонеллёз, иерсинеозы, поражённость биогельминтозами[350].

Главнейшей целью охраны здоровья в период 1964–1991 гг. являлось устранение массовой заболеваемости туберкулёзом. Туберкулёз являлся проблемой социальной, связанной с качеством жизни региона. В Тюменском крае, кроме приезжего народонаселения, сосредотачивалось самое большое число кочевых народов Севера страны[351].

Во многом благодаря этому заболеваемость туберкулезом, преимущественно в местах нового экономического освоения, почти в 2 раза превосходила средний показатель по РСФСР, а внутри национального народонаселения – в 5–6 раз[352].

В Горно-Алтайской области, сходной с Тюменской большим количеством кочевого населения, «самое значительное количество больных туберкулезом за

[349] Основные показатели … за 1986 г. С. 8.
[350] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1264 а. Л. 34.
[351] Там же. Д. 880. Л. 3, 3 об.
[352] Там же. Д. 611. Л. 9.

период 1965–1985 гг. зафиксировано в 1966 году – 1523 заболевших, в том числе 482 ребенка, 299 очагов туберкулеза в области, 74 из них – в городе»[353].

На первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) планировалось сосредоточить на борьбе с туберкулёзом значительное количество сил и средств. Необходимо было провести большой комплекс мероприятий, включавший улучшение материального положения, жилищно-бытовых условий граждан, своевременное выявление заболевших, их госпитализацию и лечение, изоляцию страдающих заразными формами туберкулёза, проведение профилактических прививок неинфицированному населению в возрасте до 30 лет. Решить эту проблему намечалось к концу 1970-х гг., однако временные рамки достижения этой цели оказались более широкими[354].

Значительное место в предотвращении и распространении туберкулеза занимала вакцинация в младенческом возрасте. Процент вакцинации новорожденных уже к середине 1960-х гг. достиг практически 100 %. Главной задачей последующего периода являлось обеспечение прививками 100 % всех неинфицированных жителей[355].

Основной интерес вызывало проведение осмотров граждан с целью выявления заболевших. Сохранялся низкий процент профосмотров людей на туберкулёз. Суровый климат, отсутствие кадров и неудовлетворительная материально-техническая база врачебных заведений не давали проводить массовые профосмотры. В 1964 г. по Ханты-Мансийскому округу проверили больше 50 % городских и 20–25 % сельских жителей, по Ямало-Ненецкому – 50 % народонаселения округа[356] *(см. приложение 1, табл. 10)*. Тогда как требовалось ежегодно осматривать всех городских и не менее 50 % сельских жителей[357].

Результаты, получаемые после профилактических осмотров, являлись малоутешительными. В 1963 г. провели осмотр почти всех жителей в

---

[353] Гончарова О. А. Условия и особенности развития системы здравоохранения … С. 94.
[354] Материалы XXIII съезда КПСС. С. 156; Социальные проблемы медицины / Под ред. А. Я. Боярского, Б. Я. Смулевича. М., 1968. С. 47.
[355] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 13.
[356] Там же. Л. 117.
[357] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 64.

Красноселькупском районе, каждый тринадцатый болел активной формой туберкулёза, а внутри национального народонаселения – каждый седьмой[358]. Холодный, сырой климат и отсутствие адаптации организма мигрантов привели к выявлению уже в 1964 г. в одном лишь Сургуте 423 туберкулёзных больных, из которых 213 страдали активной формой заболевания[359]. В 1965 г. по Ямало-Ненецкому округу обнаружили 299 подобных пациентов, в том числе, 200 – коренной национальности[360].

Борьба с туберкулёзом была важной государственной задачей. III пленум ЦК медработников в августе 1968 г. постановил: Президиуму ЦК, всем комитетам профсоюза принять активное участие в разработке и осуществлении органами здравоохранения дополнительных мероприятий по усилению борьбы с туберкулёзом[361]. В итоге если в 1965 г. на туберкулёз осмотрели 389,2, то за 1970 г. – 552,2 человек на 1000 населения[362] *(см. приложение 1, табл. 10).*

За 1967–1969 гг. областная туберкулёзная заболеваемость снизилась почти в 2 раза, но уровень её в 1,5 раз был выше, чем в РСФСР, а в Ямало-Ненецком округе – в 3,5 раза[363].

Требовалось повышение знаний по этому виду заболевания между гражданами и медработниками. В Ханты-Мансийском медицинском училище с 1962 г. начали функционировать двухмесячные курсы по повышению знаний по туберкулёзу, обучающие 90 человек в год. В программе медучилищ увеличивалось число часов на занятия по туберкулёзу. Молодые врачи, направленные на работу в северные округа, проходили месячную специализацию по данному заболеванию в областных и окружных противотуберкулёзных диспансерах[364].

---

[358] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 80.
[359] ГАСПИТО. Ф. 113. Оп. 16. Д. 42. Л. 6; Мантикова Э. К. Медицинское обслуживание работников электроэнергетики Тюменской области (сер.1960-х–сер. 1990-х гг.). С. 170.
[360] Там же. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 110. Л. 96.
[361] Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР 05.07.1968 г. С. 8-19; ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 148. Л. 81.
[362] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 179. Л. 86.
[363] Там же. Д. 148. Л. 19.
[364] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 60.

По нормативам регион нуждался в 1800 туберкулёзных койках, в том числе, – в 1000 таких койкомест в северных округах. Их численность удовлетворяла лишь 50 % потребности[365].

Таблица 20
Количество туберкулёзных коек в Тюменской области в 1964 г.

Регион	Количество коек
Тюменская область	470
Ханты-Мансийский округ	260
Ямало-Ненецкий округ	210

Составлено по данным: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 10.

В южных районах области на 1000 человек имелась 1 туберкулёзная койка, а в северных районах – 2, вместо 5 по норме[366]. На 1 января 1966 г. в Тюменском регионе насчитывалось 1680 больничных и 800 туберкулёзных санаторных мест, в том числе соответственно 260 и 500 в целях лечения детей[367].

В этой сложной обстановке нужно было срочно строить противотуберкулёзный диспансер, строительством которого занялось управление треста «Сургутгазстрой». В конце декабря 1967 г. была открыта первая очередь Сургутского туберкулезного диспансера вместимостью 50 пациентов. К 1974 г. – вторая очередь, и коечный фонд вырос до 150 мест[368].

На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.), несмотря на то, что проблему борьбы с туберкулёзом планировалось решить уже ко второй половине 1970-х гг., ситуация оставалась напряжённой.

13 июля 1979 г. вышел приказ Тюменского отдела здравоохранения № 244 «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости населения туберкулёзом в области», отмечавший исключительную важность флюорографических

[365] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 10.
[366] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 11. Л. 35.
[367] Там же. Л. 34.
[368] КУ ХМАО-Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер»: официальный сайт. URL: http://surguttub.ru/o-dispa№sere/istoriya.php (дата обращения: 15.02.2020).

осмотров[369]. Вместе с тем в г. Сургуте и Сургутском районе не обеспечили его выполнение.

В 1982 г. облздравотдел специально ознакомился с положением дел по частоте встречаемости туберкулеза в г. Сургуте и Сургутском районе и пришел к выводу о неудовлетворительной организации труда. Туберкулёзная заболеваемость детей по Сургутскому району в 2,5 раза превышала среднеобластной и в 5,5 раз среднереспубликанский показатели, несмотря на функционирование в Сургуте диспансера вместимостью 150 пациентов, в котором имелся рентген-кабинет, клинико-биохимическая лаборатория, бронхологический кабинет, 5 флюорографических аппаратов. Флюорографические осмотры проводились с пропуском патологии до 30 %, и половина заболевших выявлялась при обращаемости. Из-за отсутствия контроля городская санэпидемстанция не удовлетворительно осматривала на туберкулёз основные контингенты, особенно в районе, где за 6 месяцев обследовалось только 30 % работников школ, детских и дошкольных заведений. Осмотры школьников составляли всего 58 %. Не проводилось обязательного флюорографического обследования членов семей беременных женщин и женщин после родов[370].

В рассматриваемый период внедрялся метод исследования напряжённости иммунитета к возбудителю туберкулёза с помощью реакций на специальный препарат туберкулин – проба Манту. Для стран с высокой актуальностью туберкулёза этот метод до сих пор является одной из действенных форм контроля инфекции. По г. Сургуту в 1981 г. туберкулёзные пробы не поставили 10 %, по району – 13 % детей.

Отмечалось низкое качество всей совокупности противотуберкулёзных лечебно-профилактических мероприятий: прививок, диспансеризации, госпитализации, обеспечения заболевших заразными формами туберкулёза изолированной жилой площадью. В 1981 г. из 64 бацилловыделителей, нуждающихся в улучшении жилищных условий лишь 15 человек получили

[369] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 311, 315.
[370] Там же.

изолированные квартиры. Детей изолировали из очагов туберкулёзной инфекции на 32 %[371].

В то же время Минздрав РСФСР отмечал отличную работу противотуберкулёзной службы в г. Ишиме. Там чётко отработали вопросы диспансеризации детей всех возрастных групп, как здоровых, так и больных. Ишимское детское объединение и детская поликлиника в г. Тобольске являлись школой передового опыта, на базе которой проводили конференции, семинары, совещания и другие виды учёбы[372].

Основные усилия в борьбе с туберкулезом сосредотачивались, прежде всего, на проведении осмотров. К началу 1980-х гг. количество людей, осматриваемых на туберкулёз, увеличилось. Если в 1982 г. осмотрели профилактически на выявление туберкулёза 79,7 %, то в 1983 г. – 82,6 % народонаселения. Всех вновь выявленных туберкулёзных больных госпитализировали в целях лечения. На диспансерном наблюдении в 1983 г. находилось 63,9 % областного народонаселения. Однако качество диспансеризации являлось недостаточным[373] *(см. приложение 1, табл. 10)*.

Постепенно расширялось преимущественное проведение флюорографических осмотров.

Таблица 21

Количество осмотренных на туберкулёз пациентов в Тюменской области в 1986 г., человек на 1000 населения

Регион	Количество человек
Тюменская область	82,29
Ханты-Мансийский округ	78,5
Ямало-Ненецкий округ	84,12

Составлено по данным: Основные показатели … за 1986 г. С. 151.

К середине 1980-х гг. в крае 80 % жителей проверялось на туберкулез через проведение массовой флюорографии[374].

---

[371] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 316, 317.
[372] Фёдорова Л. А. Самые счастливые годы. С. 75.
[373] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 63.
[374] Основные показатели … за 1986 г. С. 151.

Проблема распространённости туберкулёза не получала быстрого решения. Улучшению работы препятствовало отсутствие портативных флюорографических установок, недостаточно широкое внедрение бактериологического метода обследования, слабое распространение выездных форм работы. В середине 1980-х гг. заболеваемость туберкулезом внутри национального народонаселения оставалась по-прежнему широко распространенной. Ряд лет в Нижневартовском и Сургутском районах регистрировался пик заболеваемости, при котором из 10 тыс. представителей народностей Севера каждые 50–80 человек страдали туберкулёзом[375].

В конце 1980-х гг. профилактические осмотры на Севере проводились силами передвижных отрядов. В итоге туберкулёзная заболеваемость коренных жителей на 10 тыс. человек снизилась с 45,0 в 1985 г. до 37,3 в 1986 г.[376]

Выездными врачебными бригадами были осмотрены жители Кондинского, Нижневартовского и Ханты-Мансийского районов в течение 52-х дней. В том числе – народонаселение национальных посёлков Корлики, Ларьяк, Чехломей, Большетархово, Болчары, Алтай, Шугур, Кашлык и др. Охват профосмотрами в 1987 г. составил 76,7 %. При этом выявили патологии в 3 из 5 фактов заболеваний активным туберкулёзом[377].

Показатели численности туберкулёзных коек и обеспеченности ими оказывали влияние на качество противотуберкулёзной помощи. С 1965 г. по 1986 г. количество туберкулёзных койкомест по области увеличилось с 1681 до 1713, приблизившись к норме 1800 мест, но так и не достигла её *(см. приложение 1, табл. 11)*. В Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском округах в 1986 г. насчитывалось 822 туберкулёзные койки вместо 1000 по нормативам начала 1960-х гг. Наряду с этим в условиях роста народонаселения и сохранения частоты встречаемости туберкулеза областная обеспеченность людей туберкулёзными койками постоянно сокращалась. С 1965 по 1986 гг. она уменьшилась с 13,0 до 6,0 на 10 тыс. жителей *(см. приложение 1, табл. 9)*. Исключительно низкие

[375] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1292 а. Л. 20.
[376] Там же. Д. 611. Л. 10.
[377] Там же. Д. 1222 а. Л. 21.

показатели в 1986 г. фиксировались в Ханты-Мансийском округе, по РСФСР в 1986 г. обеспеченность граждан ими была почти в 2 раза выше *(см. приложение 1, табл. 9)*.

На основной территории Тюменского края уровень обеспеченности граждан туберкулезными койками в рамках рассматриваемого периода отставал от нормативных показателей, и показателей по РСФСР.

Таблица 22

Обеспеченность населения Тюменской области и РСФСР туберкулёзными койками в 1986 г. коек на 10 тыс. человек

Регион	Количество коек
Тюменская область	6,0
Ханты-Мансийский округ	3,3
РСФСР	7,1

Составлено по данным: Здравоохранение Тюменской области ... . С. 17, 78, 83, 84.

Из-за дефицита койкомест не обеспечивалось своевременное и качественное квалифицированное стационарное лечение туберкулёзных больных, прежде всего, в северных автономных территориях. Это свидетельствовало о неправильном планировании и использовании больничных мощностей[378].

Для проведения осмотров и качественного выявления и лечения заболевших туберкулезом требовался рост квалификации врачей, но, несмотря на постоянно растущую численность фтизиатров (92 в 1965 г. и 180 в 1990 г.), обеспеченность людей данными специалистами постоянно уменьшалась. Если в 1965 г. по региону фиксировалось на 10 тыс. человек 0,7 таких врачей, то в 1990 г. – 0,6 *(см. приложение 1, табл. 12)*. Это было связано с быстрым ростом народонаселения в промышленно развивающихся городах и отставанием в развитии инфраструктуры. Укомплектованность должностей врачами фтизиатрами в 1990 г. составляла 96,0 % *(см. приложение 1, табл. 13)*.

В «Основных направлениях развития здравоохранения Тюменской области на 1986–1990 гг.» указывалось на необходимость в борьбе с туберкулёзом активизации деятельности по раннему выявлению, своевременному и полному

[378] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а. Л. 151.

лечению заболевших, проведению эпидемиологических мероприятий в очагах. Необходимо было организовать межрайонный передвижной флюорографический кабинет, расширить применение бактериологического метода и хирургических методов лечения, добиться вакцинации новорожденных вакциной БЦЖ до 95 %[379].

В итоге проведённых мероприятий по показателям туберкулёзной заболеваемости произошли определённые изменения. Тюменская областная заболеваемость активным туберкулёзом снизилась, но оставалась выше показателей по РСФСР.

Самое большое число фактов встречаемости туберкулёза начало фиксироваться по югу региона[380].

Таблица 23

Заболеваемость активным туберкулёзом по Тюменской области и РСФСР в 1985–1990 гг. (на 100 тыс. населения)

Регион	1980 г.	1990 г.
Тюменская область	57,7	41,5
РСФСР	45,1	37,6

Составлено по данным: Основные показатели … за 1986 г. С. 15; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования). С. 13.

Таким образом, на первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) неблагоустроенность населённых пунктов Тюменского края, неудовлетворительно выполняющийся комплекс мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями, слабая оснащённость флюорографическими аппаратами и неопытность молодых специалистов привели к проблеме борьбы с различными инфекциями и туберкулёзом. На втором этапе (1976–1991 гг.) с усилением внимания к социальным проблемам, проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий, иммунологизацией населения посредством прививок, выездом врачебных бригад на территории проживания национальных меньшинств, расширением преимущественного проведения флюорографических

[379] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а. Л. 100.
[380] Основные показатели … за 1986 г. С. 15; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования). С. 13.

осмотров между гражданами произошло снижение частоты встречаемости инфекционных заболеваний. Вместе с тем сохранялась тяжёлая ситуация в городах нефтяников и газовиков. На основной территории Тюменского региона уровень обеспеченности жителей инфекционными и туберкулезными койками отставал от нормативных показателей, и показателей по РСФСР. В результате проблема модернизации структуры смертности и заболеваемости населения архаичными инфекционными заболеваниями осталась нерешённой. Однако опыт противостояния эпидемиям данных заболеваний в Тюменской области показал эффективность мобилизационного подхода и оправданность риска, который существует при иммунологизации населения различными новыми вакцинами.

***

В 1964–1976 гг. увеличение коечного фонда за счёт нового строительства крупных медицинских учреждений являлось одним из самых важных областных мероприятий в области модернизации системы здравоохранения. На втором этапе (1976–1991 гг.) началось развёртывание центральных районных больниц. Вместе с тем сохранялось большое количество маломощных стационаров, медицинские учреждения располагались в основном в антисанитарных условиях, прирост койкомест реализовывался, но не удовлетворял потребностей граждан.

В исследуемый период 1964–1991 гг. была заново создана региональная специализированная сердечно-сосудистая медицинская служба, функционирующая и по сегодняшний день. В числе других модернизировали онкологическую, травматологическую, физиотерапевтическую, инфекционную и др. медицинские службы.

Ввели в эксплуатацию новые физиолечебницы и санатории на базе местных минеральных источников. Усовершенствовали скорую помощь и санитарную авиацию, осуществлявшую экстренную медпомощь населению отдаленных сельских районов, участникам различных экспедиций и т. д.

На первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) неблагоустроенность населённых пунктов Тюменского края, неудовлетворительно выполняющийся комплекс мероприятий по борьбе с

инфекционными заболеваниями, слабая оснащённость флюорографическими аппаратами и неопытность молодых специалистов привели к проблеме борьбы с различными инфекциями и туберкулёзом. На втором этапе (1976–1991 гг.) с усилением внимания к социальным проблемам, проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий, вакцинацией населения, выездом врачебных бригад на территории проживания национальных меньшинств, расширением проведения флюорографических осмотров произошло снижение частоты встречаемости инфекционных заболеваний. Вместе с тем сохранялась тяжёлая ситуация в городах нефтяников и газовиков. На основной территории Тюменского региона уровень обеспеченности жителей инфекционными и туберкулезными койками и кадрами врачей инфекционной службы отставал от нормативных показателей. В результате проблема заболеваемости населения инфекционными заболеваниями осталась нерешённой.

Опыт работы советских специализированных служб актуален и в современных условиях. Противостояние эпидемиям инфекционных заболеваний в Тюменской области показало эффективность мобилизационного подхода и оправданность риска, который существует при иммунологизации населения различными новыми вакцинами.

ГЛАВА 2. ФОРМИРОВАНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 1964 ПО 1991 ГГ.

2.1. Основные направления комплектования кадров медицинских учреждений Тюменской области

Обеспеченность лечебно-профилактических учреждений медицинскими работниками, их подготовка и повышение квалификации были ключевыми компонентами процесса модернизации системы здравоохранения, направленными на повышение эффективности и качества медицинского обслуживания, на обеспечение соответствия кадров современным требованиям медицинской практики. Наращивание численности медицинского персонала являлось общим стратегическим курсом кадровой политики здравоохранения.

Проблема обеспечения медицинскими кадрами лечебных учреждений Тюменской области существовала ещё до начала интенсивного нефтегазового освоения региона. Привлечению и закреплению медработников препятствовали отдалённость края от центральных районов страны, огромные расстояния между населёнными пунктами, отсутствие дорог, благоустроенных медучреждений и связи между ними, суровые климатические и бытовые условия.

В середине 1960-х гг. проблема обострилась в связи с резким увеличением численности народонаселения на территориях нового промышленного освоения. Наиболее высокий уровень численности медицинских кадров отмечался по югу региона (1376) и в г. Тюмени (404), а обеспеченность ими – в г.г. Ханты-Мансийске (29,3 на 10 тыс. населения) и Салехарде (48,4 на 10 тыс. населения)[381] *(см. приложение 1, табл. 14, 15).*

[381] Шорохова И. И. Кадровые изменения в здравоохранении Тюменской области в период с 1964 по 1991 // Омский научный вестник. 2015. № 2 (136). С. 48.

Таблица 24

Обеспеченность населения Сибири и Дальнего Востока врачами в 1965 г., врачей на 10 тыс. населения

Область	Показатель обеспеченности врачами
Кемеровская	19,7
Новосибирская	24,7
Омская	26,4
Томская	26,4
Тюменская	15,8
Камчатская	40,4

Составлено по данным: Народное хозяйство РСФСР в 1965 г. С.520.

Лидером в сложной ситуации с медицинскими кадрами явился Ханты-Мансийский район: 18 из 41 участковой больницы не обеспечили врачами. Дефицит составил примерно 300 средних медработников[382].

Слабо укомплектованы медиками с высшим образованием были сельскохозяйственные районы юга области: Викуловский, Армизонский и Сорокинский. В некоторых из них не было рентгенолога, невропатолога, инфекциониста, фтизиатра, акушера-гинеколога и т. д. Не лучше обстояло дело со средними медицинскими кадрами. Из 1049 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов около 200 закрыли из-за отсутствия фельдшеров[383].

Поликлиники страны работали по участковому принципу. Существовали терапевтические участки для взрослых, и педиатрические – для детей. Проблема терапевтических и педиатрических кадров на протяжении долгого времени оставалась одной из самых острых и актуальных по Тюменской области, особенно в районах Крайнего Севера.

В 1964 г. в лечебно-профилактических учреждениях области работало всего 311,5 терапевтов[384]. В 8 районных больницах их не было. Из 121 участковой сельской больницы не укомплектовали врачами 67. Из 1065 фельдшерских пунктов, вследствие недостатка штатов, закрылось 268. Значительное число функционирующих пунктов укомплектовали совместителями[385]. Тюменская

[382] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 40; Шорохова И.И. Указ. соч. С. 48.
[383] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 14.
[384] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 300.
[385] Там же. Л. 311.

областная обеспеченность населения медиками терапевтического профиля в середине 1960-х гг. на 10 тыс. населения была в 2,8 раза ниже, чем по РСФСР. По последней на 10 тыс. человек в 1966 г. она составляла 5,3, по Тюменской области в 1965 г. – 1,9 врачей[386].

Врачей-педиатров в 1965 г. в крае насчитывалось 299, обеспеченность ими на 10 тыс. человек равнялась 2,3[387].

При огромной территории округов, низкой плотности населения, значительную часть которого составляли кочующие северные народы, и недостатке средств связи такие показатели являлись неудовлетворительными.

К середине 1960-х гг. подготовку медперсонала значительно расширили. Приём в медицинские вузы РСФСР увеличился с 14950 человек в 1958 г. до 23300 в 1965 г. В числе принятых в 1965 г. на дневные отделения вузов 36 % составляли жители сельской местности[388].

Контроль над решением вопросов, связанных с медицинским обслуживанием в местах нового промышленного освоения, взяли на себя партийные организации. Целью кадровой политики государства являлось создание количественного и качественного состава кадров, его развитие в соответствии с потребностями региона, требованием законодательства, состоянием рынка труда. Основной задачей областной партийной организации являлось постоянное влияние на улучшение работы аппарата облздравотдела, активное воздействие на все стороны жизни и работу лечебно-профилактических учреждений, представители которых состояли на учёте в парторганизации Тюменского облздравотдела. Когда начали промышленное освоение нефтяных и газовых ресурсов, центральной задачей для всех коммунистов парторганизации облздравотдела являлось оперативное решение вопросов, связанных с организацией медобслуживания людей в местах нефтегазодобычи. Облздравотдел создал бригады врачей в каждом населённом пункте. Они должны были не только

[386] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 240; Здравоохранение Тюменской области ... С. 26, 28.
[387] Здравоохранение Тюменской области … С. 27, 28.
[388] Трофимов В. В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. М., 1967. С. 72.

оказывать непосредственную медицинскую помощь населению, но и решать на местах вопросы организационного порядка[389].

Обеспечение медучреждений кадрами осуществлялось через направление в нефтегазовые районы молодых специалистов, прибывавших в область после окончания мединститутов. За счёт молодых специалистов покрыть потребность в кадрах представлялось невозможным, и медработники приглашались через медицинскую печать, подготавливались из числа местных жителей. Принимались меры по рациональной расстановке, использованию и сохранению медперсонала [390].

Учреждения охраны здоровья принимали на работу кадры, руководствуясь штатными нормативами медперсонала, утверждавшимися на каждый период. При введении плановых норм количества должностей учитывались число и мощность лечебно-профилактических заведений, численность, заболеваемость и показатели здоровья населения на расчетный срок[391].

Существовали специальные приказы Минздрава и министра Минздрава СССР о штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала[392] Отдел здравоохранения при Исполнительном комитете Совета депутатов трудящихся Тюменской области рассматривал вопросы планирования прироста численности штатов, имея в виду их закрепление, расстановку, рациональное использование и снижение кадрового дефицита.

Огромную роль в создании аппарата системы охраны здоровья Тюменского края сыграл Ю. Н. Семовских *(см. приложение 2, фото 6)*. О нём говорили: «Применительно к нашему региону он – человек-эпоха»[393]. Биография Ю. Н. Семовских в своих главных, отправных моментах удивительно совпала с

---

[389] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 10. Л. 160.
[390] Там же. Л. 158.
[391] Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. С. 201.
[392] О штатных нормативах персонала психиатрических больниц, отделений, палат: приказ Минздрава СССР от 15.08.1974 // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 50. Д. 4244. Л. 313–323; О штатных нормативах персонала центральных районных, городских больниц и поликлиник, участковых больниц, ФАПов и др.: приказ Минздрава СССР от 26.09.1978 // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 50. Д. 6970. Л. 178–187.
[393] Гонцов А. А. Уроки Семовских // Научный вестник Тюменской медицинской академии. 2001. № 4. С. 10.

биографией края[394]. Заступив на пост заведующего областным отделом здравоохранения в сентябре 1952 г., он занимал его 31 год. Юрий Николаевич с нуля выстроил систему оказания медицинской помощи в стремительно развивавшемся регионе и лично принял на работу каждого нового врача.

Стиль работы с кадрами у Семовских заключался в постоянном контроле подбора медперсонала облздравотделом. В областную клиническую больницу, являющуюся методическим и организационным центром всей областной системы охраны здоровья, не приглашали медиков сразу с институтской скамьи. Считали обязательным прохождение специалистом сначала школы районного звена. В районных, участковых больницах работало много молодёжи, к ней внимательно присматривались. Через 3–5 лет перспективных специалистов приглашали на работу в областную больницу[395]. Юрий Николаевич считал, что облздравотдел и облбольница должны быть едины, и что административный орган существует для неё: «Он ничто без больницы, без её кадров»[396].

На организаторов здравоохранения первого этапа развития медицинской службы исследуемого периода (1964–1976 гг.) возлагалась большая ответственность за правильное функционирование областных медучреждений.

Одним из них был А. А. Моисеенко, с 1957 по 1970 гг. являвшийся главврачом Тюменской облбольницы, с 1970 по 1976 гг. – ректором Тюменского мединститута, с 1976 по 1979 гг. – заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, вписавший одну из самых ярких страниц в здравоохранение Тюменского региона. Он прибыл в Тюменскую область из Ворошиловградской области Украины, закончив фельдшерско-акушерскую школу. Ю. Н. Семовских убедил его закончить Свердловский мединститут с целью последующего назначения на пост главврача облбольницы. А. А. Моисеенко характеризовали, как человека волевого, требовательного к себе и окружающим, обладающего отличными организаторскими способностями, смело

[394] Жизнь, отданная людям.; Чухачёва О. Эра Семовских // Тюменские известия. 2011. 30 июля.
[395] Семовских Ю. Н. Когда отгремела война // За полчаса до боя курантов. С. 20.
[396] Там же; Фатеев А. Элитная когорта Юрия Семовских // Тюменские известия. 2004. 21 августа.

и настойчиво решающего вопросы по улучшению медобслуживания людей. Своим становлением как центра специализированной медицинской помощи Тюменская областная больница обязана Ю. Н. Семовских и А. А. Моисеенко. Разные по характеру, эти два специалиста дополняли друг друга. Их многолетнее деловое сотрудничество являлось примером удачного подбора личного состава[397].

Ещё одним видным организатором тюменской системы охраны здоровья был М. Г. Панасюченко, ветеран войны, возглавлявший лор-отделение ОКБ почти 40 лет. С 1948 г., одновременно работая главным внештатным отоларингологом облздравотдела, он являлся талантливым, умным руководителем и учителем, тактичным заведующим, врачом высочайшей квалификации. «Школу Панасюченко» прошли многие врачи ОКБ, городских и сельских больниц. Сам Михаил Григорьевич однажды сказал о себе так: «Я человек неспокойный, всегда стремлюсь применить в отделении всё самое новое, передовое. Не уважаю консерваторов, тех, кто останавливается на достигнутом». Этому принципу он был верен всю свою жизнь»[398].

Л. З. Ямов, полностью отдавая себя медицинской службе, для Упоровской районной системы сохранения здоровья имел такое же значение, как Ю. Н. Семовских для тюменской областной медицинской службы. Окончивший Омский медицинский институт, Ямов 27 лет являлся главным врачом Упоровской районной больницы, с 1962 г. по 1970 г. – заместителем главного врача и районным терапевтом, с 1970г. по 1997 г. – главным врачом Упоровской райбольницы и района. За время работы он показал себя талантливым организатором здравоохранения, развившим сеть районных лечебных учреждений: при нём открыли новые ФАП, подстанции скорой помощи во всех участковых больницах[399].

---

[397] Музей истории Тюменского ГМУ. ОФ. Д. М.

[398] Фатеев А. Элитная когорта Юрия Семовских. С. 19; ТОКМ. ОФ. Ед. хр. № 7037/5. Характеристика на заслуженного врача РСФСР Панасюченко М.Г.

[399] Бренчагов А. Учёные одной семьи // Тюменская область сегодня. 2014. 27 августа; Ямов Л.З. [Электронный ресурс] // Тюменская область: официальный портал органов государственной власти. URL: http://uporovo.admtyume№.ru/ (дата обращения: 17.02.2018).

Следует также отметить заслуги перед региональным здравоохранением медработников северных округов.

Непосредственное участие в становлении системы охраны здоровья на Тюменском Севере и создании санаторно-лесных школ для детей малых народностей принимал П. Т. Московкин, окончивший Пермский медицинский институт, с 1948 по 1970 гг. заведовавший Ямало-Ненецким окрздравотделом *(см. приложение 2, фото 7)*. Он был инициатором организации передвижных фельдшерских пунктов и передвижных врачебных отрядов, плавучих поликлиник «Здоровье» в целях обследования и лечения оленеводов и рыбаков. В 1971 г. облздравотдел, как опытного организатора здравоохранения, поставил П. Т. Московкина на должность главного врача Нижневартовской ЦРБ (с 1972 г. она стала называться центральной городской больницей). П. Т. Московкин был инициатором преобразования центральной горбольницы в медико-санитарную часть НГДУ «Мегионнефть». Он возглавил больницу, а с организацией в 1975 г. горздравотдела стал его первым заведующим[400].

Безусловно, важную роль для системы сохранения здоровья Ханты-Мансийского округа сыграла первая женщина-врач из народа ханты Е. М. Сагандукова, закончившая Омский медицинский институт и работавшая главным врачом детского противотуберкулезного санатория Ханты-Мансийского автономного округа. В марте 1969 г. её утвердили на пост заведующей окружным отделом здравоохранения *(см. приложение 2, фото 8)*. Позже Сагандукова избиралась депутатом Верховного Совета СССР пятого созыва, неоднократно – депутатом окружного и Тюменского областного Совета депутатов трудящихся. Судьба Эви-доктора, как с уважением называли ее местные жители, настолько неординарна, что к ней много раз обращались краеведы. Многие в Югре помнят её как прекрасного врача, государственного деятеля, одного из организаторов

[400] ГАЯНАО. Ф. 209. Оп. 1. Д. 102; Ф. 3. Оп. 1. Д. 419; Неруш Н. Эра Павла Московкина в эпохе Самотлорской медицины // Варта. 2008. 25 января. С. 6; Матюшина Т. История нижневартовской медицины от первого лица // Местное время. 2007. 27 июня.

окружной системы сохранения здоровья, который всей душой болел за родной край, и, особенно, за обско-угорских детей[401].

Большой вклад в развитие здравоохранения Нефтеюганского района внесла В. И. Яцкив, закончившая Львовский государственный медицинский институт, проработавшая в должности главного врача Нефтеюганской горбольницы 29 лет, с 1968 по 1997 гг. «Все мы работаем на больного» – фраза, которую Яцкив постоянно повторяла коллегам. Её называли одним из самых ярких руководителей Ханты-Мансийской окружной системы охраны здоровья. Ю. Н. Семовских уважал Викторию Ивановну и всегда ставил в пример как мудрого руководителя и хорошего психолога[402].

Кадры создаваемой системы сохранения здоровья должны были комплектоваться в основном за счёт привлечения медперсонала из других регионов страны, так как Тюменский край принадлежал числу «трудонеобеспеченных территорий». До начала нефтегазового освоения плотность населения там была в 8,3, а в округах – в 38 раз ниже, чем, в среднем, по РСФСР[403]. Высшего учебного заведения, подготавливающего медработников до 1963 г. в регионе не существовало. Медицинские образовательные учреждения Советского Союза каждый год направляли своих выпускников по распределению в Тюменскую область с тем, чтобы они отработали необходимые три года. Средние медицинские кадры готовились также в Тюменском, Ханты-Мансийском, Салехардском, Ялуторовском, Ишимском медучилищах.

Распределение, осуществляемое облздравотделом, дало возможность рационально расставить кадры и заместить вакантные должности. Этот опыт актуален и для современного здравоохранения, отличающегося недостатком специалистов. Распределение выпускников-медиков с предоставлением им жилья

---

[401] Государственный архив Ханты-Мансийского автономного округа (далее –ГАХМАО). Ф. 291. Оп. 1. Д. 1–14; Сагандукова Е. М. Мое призвание // Ленинская правда. 1967. 3 октября; Пухленкина Х. П. Е. М. Сагандукова – первая женщина врач, ханты // Новости Югры, 1996. 8 марта; Рудаков А. Ровесница региона на страже здоровья // Тюменская область сегодня. 2014. 16 октября; Анадеева Н. Судьба, как биография времени [Электронный ресурс] // Ugra-№ews.ru. 2017. 20 апреля. URL: https://ugra-№ews.ru/article/6386 (дата обращения: 18.02.2018); Глухих А. С., Струсь Л. Ф. Земли Югорской дочь. Ханты-Мансийск, 2014. 319 с.
[402] Каданцев В. М. Река времён …
[403] Карпов В. П. История создания и развития .... С 172.

могло бы решить проблему нехватки медицинских кадров и давало бы гарантии трудоустройства будущим выпускникам. В январском Послании Федеральному собранию 2020 г. Владимир Путин назвал вопрос привлечения кадров ключевым для российской медицины[404].

Врачей, специально приглашённых коллегами, приехавших за супругами или попавших в Тюменскую область по распределению из разных медвузов страны, старались удержать в регионе. Специалистам обещали квартиры, карьерный рост, интересную работу. За годы работы Ю. Н. Семовских в Тюменском облздравотделе был сформирован квалифицированный кадровый состав областной системы сохранения здоровья.

Основоположником торакальной хирургии в регионе стал Н. Ф. Митряков, родившийся в Саратовской области, окончивший Киевское военно-медицинское училище, а после войны – Саратовский медицинский институт. Приехав в Тюменскую область по распределению, он работал хирургом в Байкаловской больнице. Давая молодому учёному возможность закончить исследования, Ю. Н. Семовских и главный областной хирург П. И. Сазонов назначили Митрякова в 1963 г. заведующим хирургическим отделением облбольницы, затем его направили в Ленинград на учёбу к академику Ф. Г. Углову.[405].

М. А. Балезин, положивший начало детской ортопедии, приехал в Тюмень с Урала по приглашению главного врача облбольницы А. А. Моисеенко[406]. В. В. Береснева, с 1962 по 1976 гг. руководившая патологоанатомической службой Тюменской облбольницы, прибыла в Тюмень из г. Омска[407]. Р. В. Зиганьшин, хирург с 55-летним стажем, известный далеко за пределами

---

[404] Послание президента Федеральному собранию. 2018 г. URL: http://kremli№.ru/eve№ts/preside№t/№ews/62582 (дата обращения: 11.011.2020).

[405] Семовских Ю. Н. Когда отгремела война. С. 19; Залётова З. От санинструктора до профессора // Медицинские вести. 1995. 1 янв. С. 15; Музей Тюменского ГМУ. ОФ. Д. М.

[406] Машинова Л. П. … И дети престают плакать. С. 79.

[407] Живая память: о ветеранах и тружениках тыла Великой Отечественной войны посвященный дню Великой Победы: [сайт] / автор Ю. П. Кульман. Тюмень. 2018. URL: http://memory.gorod-72.ru/vera-vladimirov№a-beres№eva.html (дата обращения: 12.02.2018).

региона, 10 лет стоявший во главе тюменской хирургии, приехал из Свердловской области[408].

А. Ф. Рудаков, организатор Тюменской областной службы анестезиологии и реанимации, которой он руководил с 1967 по 2003 год, и его жена, врач Н. В. Рудакова, с 1978 г. – главный областной пульмонолог, оказались в Тюменском крае в с. Бизино по распределению, закончив Кубанский мединститут. Большинство областных анестезиологов – ученики Анатолия Фомича. Почти 20 лет по рудаковской программе готовили подобных специалистов[409].

Сотни врачей, фельдшеров, акушерок, медсестёр, санитарок охраняли здоровье людей, живущих на северных нефтегазоносных территориях.

Единственным хирургом на Березовский и Белоярский районы был В. И. Берсенев, с 1963 г. более 30 лет проработавший в Берёзовской больнице, являвшийся главным хирургом Березовского района. Он обладал высочайшим профессионализмом и замечательными человеческими качествами – исключительной душевностью, отзывчивостью, доброжелательностью, умением сопереживать каждому больному. Труды Берсенева печатались в журнале «Хирургия». У него остались ученики – хирурги В. Г. Репин, А. И. Пашпекин, Г. А. Асланов. Благодарная память жителей Берёзово об этом человеке увековечена в названии улицы районного центра[410].

Многие виды операций впервые внедрил Н. В. Иванов, главный хирург г. Сургута, уроженец Липецкой области, после окончания Воронежского мединститута направленный на работу в Сургутскую ЦРБ. В 1965 г. он прошел специализацию по общей хирургии на базе ОКБ г. Тюмени. В 1967–1969 гг. учился в клинической ординатуре по детской хирургии детского возраста у

---

[408] Музей истории Тюменского государственного университета (далее – М.И.Т.ГМУ). ОФ. Д. 3.; Вера Кубочкина. Жизнь отданная людям.

[409] Криницкий В. Б. Право на риск. С. 84-95; Никитина О. Анестезиолог Анатолий Рудаков: «Без монитора уши горели от фонендоскопа» [Электронный ресурс]; Энциклопедия Тюмени [Электронный ресурс]. URL: http://geo№etia.ru (дата обращения: 02.02.2018); Легенде Ямальской медицины – Анатолию Рудакову – 80 [Электронный ресурс].

[410] Берсенев В. И. // Архивы Югры. URL: https://arhivugra.admhmao.ru/istoriya-razvitiya-otrasley-yugry-/istoriya-zdravookhra№e№iya-yugry-v-arkhiv№ykh-dokume№takh/rabot№iki-zdravookhra№e№iya-yugry-fo№doobrazovateli-arkhivov-/1011591/berse№ev-vladimir-iva№ovich-fo№doobrazovatel-berezovskogo-rayo№№ogo-arkhiva (дата обращения: 07.04.2020).

профессора А. А. Гусановой. В 2005 г. была издана книга Н. В. Иванова «Записки хирурга», в 2011 г. опубликовали второе издание книги[411].

Начавшая историю развития анестезиологической службы, как самостоятельного подразделения Салехардской окружной больницы, Л. В. Котина в конце 1960-х гг. в течение долгого времени была единственным врачом анестезиологом-реаниматологом во всем округе. В 1985 г. Котина стала главным анестезиологом-реаниматологом Ямала, награждена Орденом Трудового Красного знамени[412].

С 1964 г., 14 лет проработавший в Салехарде врачом детской, а затем окружной больницы, Е. М. Нигинский, родился в Белоруссии, окончил Свердловский медицинский институт. С 1981 г. более 20 лет он возглавлял ведомственное медицинское учреждение – медсанчасть «Геолог» в Тюмени[413].

Сейчас это консультативно-диагностическая поликлиника, носящая имя Е. М. Нигинского

Большинство медработников-уроженцев Тюменского края закончили медицинские вузы Сибири и Урала. Многие из них являлись выпускниками Омского мединститута. А. В. Бачерикова[414] 25 лет проработала заведующим терапевтическим отделением Тюменской ОКБ. А. И. Клепалов, первопроходец кардиохирургии, с 1968 г. возглавлявший отделение сердечно-сосудистой хирургии, с 1967 г. более 40 лет работал в Тюменской областной больнице. Т. Д. Сатюкова, являющаяся знаменитым на всю страну хирургом-травматологом, руководила травматолого-ортопедическим отделением Тюменской облбольницы 25 лет.

---

411 Иванов Н. В. // Архивы Югры. [Электронный ресурс]. URL:https://arhivugra.admhmao.ru/istoriya-razvitiya-otrasley-yugry-/istoriya zdravookhra№e№iya-yugry-v-arkhiv№ykh-dokume№takh/rabot№iki-zdravookhra№e№iya-yugry-fo№doobrazovateli-arkhivov-/710600/iva№ov-№ikolay-vasilevich-fo№doobrazovatel-surgutskogo-gorodskogo-arkhiva (дата обращения: 07.04.2020); Курносиков М. С., Матвеева Н. И., Черепанова М. Ю., Зубкова Т. И. Хирург Николай Васильевич Иванов // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2015. Вып. № 3. С. 24–33.

412 Каданцев В. М. Река времён … [Электронный ресурс]; Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа ... С. 32.

413 Паньков Б. Двадцать пламенных лет // Тюменская область сегодня. 2001. 31 октября.

414 Живая память. [Электронный ресурс]. URL: http:// memory-gorod-72/ru/a№№a-vasilev№a-bacherikova/html (дата обращения: 02.02.2018).

Другие окончили Свердловский медицинский институт: И. В. Киосов, главный врач Октябрьского района Ханты-Мансийского округа, Г. Я. Лернер, работавший главным врачом Вагайского района, с 1962 г. в течение 12 лет возглавлявший открывшееся урологическое отделение облбольницы, 35 лет бывший внештатным областным главным урологом. В интервью Тюменским известиям он уточнял: «То есть я отвечал за организацию урологической помощи в Тюменской области. Вылетал на Север, надо было там организовать поликлинические приемы, стационары, это уже труднее, надо с руководителями организаций связываться, убеждать»[415].

Облздравотдел и Тюменская областная больница были организационными центрами всей системы охраны здоровья региона *(см. приложение 2, фото 9)*. Региональные медицинские учреждения создавались с помощью облбольницы, многие тысячи медработников из разных мест проходили здесь практику, повышали квалификацию или участвовали в проводимых ею конференциях, семинарах, или пользовались методиками, полученными от её специалистов. Врачи ОКБ должны были заниматься организационной работой в регионе. Г. Я. Лернер, известный врач-уролог, в своём интервью газете «Тюменские известия» отмечал: «По тогдашнему положению каждый завотделением областной больницы автоматически становился внештатным главным специалистом по своей специализации»[416].

Ведущие должности в здравоохранении того времени занимали коммунисты. От организации работы в аппарате облздравотдела во многом зависела работа в областных медучреждениях. Тем не менее, партийная организация облздравотдела больше рассматривала вопросов, рекомендованных горкомом партии, и мало занималось проблемами производственной деятельности[417].

---

[415] М.И.Т.ГМУ. ОФ. Д. Л.; Запрудина Л. Гидон Лернер: осень патриарха // Тюменские известия. 2015. 15 апреля; Кубочкина В. Гидон Лернер: «Всю жизнь учусь на доктора!» // Тюменская область сегодня. 2010. 7 апреля; Кубочкина В. Жизнь, отданная людям.
[416] Запрудина Л. Гидон Лернер: осень патриарха.
[417] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 11. Л. 41.

В целях повышения обеспеченности врачами окружным лечебно-профилактическим заведениям в 1964–1965 гг. выделили «214 медиков, из них в Ханты-Мансийский округ – 137, а в Ямало-Ненецкий округ – 77», в том числе в округи отправили по 21 педиатру. Среднего медперсонала вместе с выпускниками Салехардского и Ханты-Мансийского медучилищ направили 297 человек[418]. На базе медучилища г. Тюмени в 1964 г. подготовили 74 средних медработника[419].

Тем не менее в большинстве региональных городов и районов насчитывалось недостаточное количество медицинских кадров, особенно среднего звена.

Из 45 участковых больниц в Ханты-Мансийском национальном округе 18 не имели медиков с высшим образованием, в том числе Угутская, Перегребинская, Кышиковская и Кедровская больницы мощностью в 25 и более коек.

В 35 из 235 окружных медицинских пунктов средний персонал был представлен не полным составом. Обеспеченность кадрами среднего медперсонала на 10 тыс. человек за 1966–1967 гг. снизилась с 72 до 67 при норме 90,0[420].

В 1967 г. лечебно-профилактические учреждения Ханты-Мансийского округа укомплектовали медиками с высшим образованием всего на 61 %[421].

На XII конференции Тюменского областного профсоюза медработников в 1967 г. отмечалось, что в Ханты-Мансийской окружной больнице «дела с кадрами обстоят плохо». По штату должны были работать 67 врачей, но работали 44. «Нет уролога, эндокринолога, не хватает хирургов»[422].

Аналогичная тенденция фиксировалась на Камчатке, во многом похожем регионе СССР: только в 1969 г. прирост врачей за 2 года составил там всего 6 человек[423].

---

[418] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 39; Шорохова И. И. Кадровые изменения в здравоохранении … С. 48, 49.
[419] Там же. Д. 710. Л. 311.
[420] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 67.
[421] Там же. Д. 11. Л. 41; Д. 13. Л. 54.
[422] Там же. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 52.
[423] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 67.

Расстановка врачебного персонала зачастую проводилась формально. Имели место факты направления рентгенолога в больницу, где не было рентгенологического кабинета, содержания врача в маломощной больнице, которую целесообразнее было бы перепрофилировать в ФАП, отсутствия специализации на местной базе у молодых специалистов[424].

За 1966–1970 гг. по СССР подготовили 151 тыс. медиков с высшим образованием – на 22 тыс. человек больше, чем в 1958–1965 гг.[425].

Численность врачей в Союзе ССР в 1970 г. составляла 668 тыс. человек[426]. Для сравнения: в 1973 г. в Италии насчитывалось 109,2 тыс., в 1974 г. в Великобритании – 91,8 тыс. врачей, в Иране – 14,3 тыс., в 1976 г. в Индии – 163,4 тыс., в США – 484 тыс., в Турции – 28,8 тыс., во Франции – 81 тыс., в 1978 г. в Японии – 186,6 тыс., в 1979 г. в ФРГ – 153,7 тыс., в Югославии – 37,4 тыс.[427] По количеству врачей Советский Союз оказался мировым лидером[428]. В итоге целенаправленной деятельности в 1970 г. на 10 тыс. жителей в РСФСР приходилось 28 врачей и 90 средних медработников[429].

В это время Тюменский медицинский институт выпустил первый отряд специалистов. В 1969 г. дипломы врача обрели 269 выпускников, в том числе 29 получили дипломы с отличием. С этого времени в области появилась возможность пополнять врачебные кадры за счёт ежегодных выпусков Тюменского мединститута *(см. приложение 2, фото 10)*[430].

В 1970 г. Тюменский край увеличил количество медработников по сравнению с 1965 г. в 1,4 раза (соответственно до 2580 и 11736 специалистов)[431].

По сравнению с 1965 г. обеспеченность населения врачами увеличилась в 1,3 раза, средними медработниками – в 1,2 раза *(см. приложение 1, табл. 16)*. Тем

---

[424] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 11. Л. 41.
[425] Материалы XXIV съезда КПСС. С. 35.
[426] Народное хозяйство СССР за 70 лет. С. 196.
[427] Народное хозяйство СССР в 1980 г. С. 88.
[428] Сорокина Т. С. История медицины. М., 2004. С. 524.
[429] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 171. Л.110.
[430] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 13.
[431] Кожевников В. М. Развитие здравоохранения в области (некоторые количественные показатели) // Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти. С. 16; ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 43.

не менее неудовлетворительная обеспеченность медработниками сохранялась, что очевидно при сравнении с другими регионами РСФСР.

Несмотря на значительное повышение процента укомплектованности врачами территориальных участков, в 1970 г. ими укомплектовали только 68 % участков в городах и рабочих посёлках[432]. Сельские врачебные участки укомплектовали только на 42,6 %[433]. Из 1025 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов около 60 закрыли из-за отсутствия фельдшеров[434]. Самые низкие показатели укомплектованности участков отличали Викуловский, Сладковский, Армизонский, Заводоуковский районы. В некоторых районах не было рентгенологов, невропатологов, инфекционистов, фтизиатров и т. д.[435].

Таблица 25

Обеспеченность врачами населения Сибири и Дальнего Востока в 1970 г., врачей на 10 тыс. населения

Область	Показатель обеспеченности
Кемеровская	24,2
Новосибирская	28,6
Омская	30,1
Томская	30,0
Камчатская	45,6
Тюменская	20,9

Составлено по данным: Народное хозяйство РСФСР в 1970 г. М.: Статистика, 1971. С. 408.

В г. Тюмени из 53 врачей, прибывших из институтов в 1969 г., только 19 направили для работы на участках. В г.г. Ишиме и Тобольске, в которые отправили 7 специалистов, на участки определили по 2 из них[436].

Всего по региону укомплектованность участков терапевтами в 1970 г. составляла 77,7 %[437].

В Камчатской области ответом на нехватку медработников было решение облисполкома в 1970 г., по которому не допускалось увольнение врачей, особенно в отдаленных селах без соответствующей замены[438].

---

[432] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 915. Л. 86.
[433] Там же. Д. 710. Л. 45, 46.
[434] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп.1. Д. 179. Л. 10.
[435] Там же.
[436] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 46.
[437] Здравоохранение Тюменской области ... С.57.

В Тюменской области обком и облисполком партии в письме к министру здравоохранения СССР Б.В. Петровскому в 1970 г. просили решить ряд важнейших вопросов по организации региональной системы сохранения здоровья. «Ежегодно в течение 5 лет оставлять в распоряжении облздравотдела всех выпускников Тюменского мединститута и, кроме того, направлять из институтов Урала и Сибири по 100–120 врачей-педиатров, 40 санитарных врачей и 25 стоматологов»[439].

Гораздо лучше обстояли дела с организацией медобслуживания рабочих промышленных предприятий.

К 1970 г. в регионе укомплектовали 83 % цеховых участков, а в г.г. Ишиме, Заводоуковске, Ялуторовске, Сургуте, Урае, Салехарде, Ханты-Мансийске цеховые участки укомплектовали полностью[440]. В дальнейшем, в 1975 г. процент укомплектованности цеховых терапевтических участков по региону вырос до 101,6[441].

Педиатрические участки испытывали те же самые проблемы, что и терапевтические. Из-за большого дефицита педиатров в крае в 1971 г. 58 педиатрических участка оставались неукомплектованными медиками с высшим образованием. На этих участках работали фельдшеры, прошедшие специальную подготовку в поликлиниках и стационарах. Особенно высокая неукомплектованность была в г.г. Тюмени, Тобольске, Сургуте, Ханты-Мансийске[442].

Исполком областного Совета депутатов трудящихся в период с 1968 г. по 1971 г. принимал решительные меры по укомплектованию педиатрических участков врачами, обеспечению врачей-педиатров квартирами. 80 молодых специалистов отправили в Ханты-Мансийский, 40 – в Ямало-Ненецкий округ. В первую очередь медицинскими работниками старались укомплектовывать лечебно-профилактические учреждения, расположенные в новых промышленных

---

[438] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 67.
[439] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5257. Л. 8.
[440] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 915. Л. 144.
[441]. Там же. Л. 11.
[442] Там же. Д. 917. Л. 184, 185.

районах национальных округов. В результате региональный процент укомплектованности педиатрических участков врачами увеличился с 60,5 % до 85 %, в том числе в г. Тюмени с 65 % до 80 %[443].

Причиной недостаточного количества медицинского персонала был быстрый рост населения в районах нового промышленного освоения края. Особенно низкая обеспеченность медиками с высшим образованием фиксировалась в Ханты-Мансийском округе (13,8 врачей на 10 тыс. человек), хотя по сравнению с 1965 г. она выросла в 1,4 раза[444]. Соответственно на этой территории происходил наиболее быстрый прирост народонаселения. В 1966–1971 гг. количество населения по Ханты-Мансийскому округу увеличилась в 1,9 раза, с 143 до 271,2 тыс. человек[445]. В одном только Нижневартовском районе с 1959 г. до 1986 г. оно увеличилось почти в 10 раз, к началу 90-х гг. – в 40 раз[446].

В г.г. Тюмени, Тобольске и на территориях автономных округов ведущей причиной недостатка медперсонала являлись отсутствие нормальных культурно-бытовых условий и невозможность их обеспечить в обстановке сурового климата. В течение 1964–1966 гг. в Ханты-Мансийский округ направили 248 медиков с высшим образованием, а выбыло 123. Особенно тяжело закреплялись врачи в г. Ханты-Мансийске, Кондинском и Нижневартовском районах. За это время в г. Ханты-Мансийск прибыло 47 и уехало 35 врачей[447].

В своих воспоминаниях заслуженный врач РСФСР Б. Л. Бенклер, в 1965 г. курировавший от облздравотдела г. Сургут, отмечал, что прибывшим по направлению облздравотдела врачам, «негде было жить, а зачастую, негде было и поесть… Молодых специалистов расселяли в конторе больницы (и без того тесной), у местных жителей, в бараках, вагончиках»[448].

В выступлении на XII конференции профсоюза медработников Тюменской области в 1967 г. отмечалась текучесть кадров в Ханты-Мансийской окружной

---

[443] Основные показатели … за 1980 г. С.116; Основные показатели … за 1986 г. С. 143; Здравоохранение, социальное обеспечение ... С. 64.
[444] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 712. Л. 70.
[445] Карпов В. П. История создания и развития ... С. 309.
[446] ГАХМАО. Ф. 6. Оп. 1. Д. 452а. Л. 108, 113.
[447] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 2. Д. 13. Л. 67.
[448] Бенклер Б. Л. Слово о товарище. С. 26.

больнице, происходившая из-за отсутствия жилплощади, неблагоустройства помещений и низкого прожиточного минимума. «Мы не имеем возможности приглашать врачей на работу заранее, так как нет выделенных квартир. Если бы работали все штатные специалисты, то негде было бы вести приём»[449].

Высокой была текучесть кадрового состава в сельской местности. Главврач облбольницы А. А. Моисеенко обратил внимание на ежегодное направление в сельскую местность 8–10 тыс. медиков с высшим образованием и на ежегодно такое же количество уехавших. 64 % всех больных села медицинскую помощь получали от среднего медперсонала, и 92 % на дому обслуживалось медсёстрами[450].

Заслуженный врач РФ В. Н. Шанаурин был направлен главврачом в Казанскую ЦРБ в 1973 г. В дальнейшем он вспоминал: «Как всегда, квартиры даже для главного врача в с. Казанское не оказалось. Пришлось жить в приёмном отделении больницы, в комнате общежития»[451].

В Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском округах, отмечалась особенно большая текучесть врачебного персонала[452]. С 1967 по 1970 гг. в область направили 958 специалистов, выбыл 661[453]. В начале 1970-х гг. из региона ежегодно выезжало 180-200 специалистов[454].

Особенно много уезжало медиков с высшим образованием, работавших в участковых больницах, несколько меньше – в районных больницах и ещё меньше – в больницах с условиями для профессионального роста[455]. Таким образом укрепление материальной базы больниц способствовало закреплению личного состава.

В Тюменской области редпринимались определённые меры с целью улучшения бытовых условий медперсонала. XII и XIII конференции профсоюза медработников Тюменской области в 1967 и 1970 гг. постановили: комитетам

---

[449] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 52.
[450] Там же. Л. 60.
[451] Шанаурин В. Н. Неизгладимые впечатления // Жизнь, отданная людям. С. 68.
[452] Штейнгауер А. А. Проблемы кадрового обеспечения медицинских учреждений ... С. 83.
[453] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп.1. Д. 179. Л. 11.
[454] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1 Д. 712. Л. 70.
[455] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп.1. Д. 179. Л. 11.

профсоюзов и руководителям медучреждений «принять меры к улучшению жилищно-бытовых условий медицинских работников, особенно в сельской местности», обеспечить «выполнение постановления о льготах квалифицированным работникам в сельской местности и рабочих посёлках»[456].

Государство начало предоставлять бесплатные квартиры с отоплением и освещением сельскому медицинскому персоналу[457].

На партсобрании Тюменского облздравотдела 15 октября 1975 г. отмечались слабый анализ причины текучести персонала сектором кадров облздравотдела, недостаточное взаимодействие с местными партийными и советскими органами в целях его закрепления[458].

Среди недостатков кадровой политики в сфере сохранения здоровья также можно назвать недостаточно высокую квалификацию медперсонала. Большинство врачей региона составляли специалисты, приехавшие по распределению после окончания вуза. Это подтверждает факт состава основной базы врачей-терапевтов из специалистов, стаж работы которых был 5 или менее лет.

Таблица 26
Количество региональных врачей-терапевтов в 1970 г. по стажу работы

Стаж работы, лет	Количество врачей
до 5	144
5-10	82
10-15	49
15-25	49
свыше 20	28

Составлено по данным: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 915. Л. 129.

Молодые врачи затрачивали много времени на диагностику, несвоевременно приступали к лечению больных, что сказывалось на качестве медицинской помощи. В регионе ощущался недостаток опытных специалистов, в основном работавших в городах.

[456] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп.1. Д. 140. Л. 87.; Д. 179. Л. 127.
[457] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 05.07.1968 г. С. 8–19.
[458]. ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп.1. Д. 6. Л. 61.

К 1975 г. по РСФСР планировалось увеличить численность медиков с высшим образованием и повысить уровень подготовки медперсонала[459].

Таким образом на фоне бурно развивающейся нефтегазодобывающей промышленности, урбанизации и увеличения городского населения области, одной из главных задач модернизации здравоохранения являлось привлечение медицинских работников. Первоначально привлекался персонал, приехавший, большей частью, по направлениям здравоохранительных органов, в основном выпускники вузов Сибири и Урала. Врачи и средние медработники приглашались также через медицинскую печать. С 1969 г. в областном здравоохранении начало работу значительное число выпускников Тюменского государственного медицинского института. Средние медицинские кадры подготавливались в Тюменском, Ханты-Мансийском, Салехардском, Ялуторовском и Ишимском медучилищах.

Полностью обеспечить население высококвалифицированными медицинскими кадрами не удалось. Основную базу медицинских работников составляли молодые специалисты со стажем работы до 5 лет, что сказывалось на качестве оказываемой медицинской помощи.

2.2. Поиск путей кадрового обеспечения медучреждений первичного звена и правильного использования медперсонала Тюменской области в процессе интенсификации решаемых задач кадровой политики

В процессе нарастания и углубления проблем кадровой политики к середине 1970-х гг. отчётливо обозначились ошибки в распределении медицинских кадров внутри регионов. Отмечалась его неравномерность.

В г. Тюмени в 1975 г. на 10 тыс. населения фиксировалась обеспеченность средними медицинскими кадрами всего 77,4 человек, в то

[459] Материалы XXIV съезда КПСС. С. 181.

время как по Ханты-Мансийску – 184,4, Салехарду – 195,5[460].

В столицах национальных округов г.г. Салехарде и Ханты-Мансийске показатели обеспеченности врачами на 10 тыс. населения были намного выше, чем по самим округам: по г. Ханты-Мансийску – 52,6, Салехарду – 54,5 человек, по Ханты-Мансийскому округу – 22,9, по Ямало-Ненецкому округу – 26,7 *(см. приложение 1, табл. 15)*.

Одним из главных недостатков осуществления организации участковой терапевтической и педиатрической службы стала слабая укомплектованность большинства врачебных участков кадрами.

Все показатели обеспеченности врачами и сестринским персоналом сельских жителей всегда были значительно ниже городских и сохраняли стойкую тенденцию к дальнейшему снижению[461].

В связи с этим партия и правительство инициировали первостепенное направление выпускников высших медицинских заведений на работу участковыми терапевтами, педиатрами, врачами скорой медпомощи, а также на должности врачей цехов, центральных районных, сельских участковых больниц и амбулаторий[462].

Данная практика являлась ключевой для укрепления первичной медико-санитарной помощи, повышения доступности и качества медицинского обслуживания на первичном уровне, а также для решения проблемы нехватки кадров в регионах. Её можно использовать и в настоящее время, когда существует дефицит терапевтов и педиатров.

Укомплектование первичного звена стало первоочередной задачей охраны здоровья. Этого требования придерживался облздравотдел при распределении молодых врачей.

---

[460] Здравоохранение Тюменской области в 1965–1975 гг. С. 30, 33.
[461] Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2010. С. 31.
[462] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 22.09.1977 г. Л. 264; приказ Минздрава СССР 27.12.1978 г. Л. 105; Миллер В. Д. Люди, дравоохранение, власть. Тюмень, 2012. С. 56; Штейнгауер А. А. Проблемы кадрового обеспечения медицинских учреждений в середине 1960-х–конце 1980-х гг. С. 84.

В кадровой политике государства со второй половины 1970-х гг. большое значение придавалось подбору, расстановке и воспитанию медперсонала. Приоритет отдавался штатному обеспечению северных тюменских районов[463].

Большое внимание в «Решениях Тюменского облисполкома» 28.05.1979 г., приказах областного отдела здравоохранения 18.12.1978 г. и 06.05.1980 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обслуживания строителей магистральных газопроводов на территории Тюменской области» уделялось здравоохранению северных промышленных городов и посёлков[464].

Не менее важным в мероприятиях облисполкома и местных Советов по выполнению постановлений партии и правительства было обеспечение кадрами медучреждений на селе[465].

Показатели по областному здравоохранению к 1980 г. улучшились, но сохранялись ошибки, допущенные в распределении штатов. На каждые 10 тыс. населения г. Тюмени приходилось 31,9, Ханты-Мансийска – 53,0, Салехарда – 58,8 врачей *(см. приложение 1, табл. 15)*.

В целом к 1980 г. за счёт выпускников Тюменского мединститута укомплектованность врачебными должностями лечебно-профилактических заведений стала достаточно высокой. Фельдшерско-акушерские пункты укомплектовали средним медицинским персоналом на 98,3 %[466].

Существовали сложности с обеспеченностью врачебными кадрами отдалённых газовых месторождений. В г. Новом Уренгое она составляла лишь1/3 от существовавших нормативов[467].

Не укомплектовали врачами целый ряд цеховых, территориальных и педиатрических участков. В некоторых районах не доставало узких специалистов: окулистов, отоларингологов, анестезиологов, стоматологов, не полностью укомплектовали сельские врачебные участки[468].

---

[463] Материалы XXV съезда КПСС. С. 102.
[464] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 60; ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 311. Л. 49.
[465] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 1105. Л. 12.
[466] Там же.
[467] Там же. Д. 311. Л. 72.
[468] Там же. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 11. Л. 60.

В связи с этим вопрос укомплектования первичного звена стал предметом принципиального обсуждения на пленуме Тюменского областного комитета партии в 1980 г.[469].

Таблица 27

Укомплектованность врачебными должностями лечебно-профилактических заведений Тюменской области в 1980 г. и РСФСР в 1979 г. (в %)

Медицинское учреждение	Показатель укомплектованности
Тюменская область	
терапевтические участки	98,2
цеховые участки	94,8
сельские участковые больницы	91
РСФСР	
терапевтические участки	94,8
цеховые участки	97,1

Составлено по данным: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1105. Л. 12.

Решения съездов, пленумов ЦК КПСС и постановления партии и правительства в области здравоохранения были нацелены на совершенствование одного из основных направлений в государственной политике сохранения здоровья – защиты материнства и детства.

Так как 1980 г. был объявлен Международным годом ребёнка, то улучшению качества медобслуживания женщин и детей уделялось особое внимание. Начали деятельность по укреплению поликлинического звена в г.г. Тюмени, Тобольске, Ялуторовске и др. Проводилось укомплектование врачами-педиатрами участков, ранее обслуживавшихся фельдшерами, создавались новые педиатрические участки[470].

Благодаря принятым мерам в 1980 г. укомплектованность педиатрических участков врачами повысилась. Если в 1977 г. она оставалась неполной, и 26 участков не имели медиков с высшим образованием[471], то в 1980 г. по Ишиму,

[469] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 11. Л. 60.
[470] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1105. Л. 13.
[471] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 8. Л. 26.

Тобольску, Ханты-Мансийску, Мегиону, Нижневартовску, Сургуту, Ураю, Салехарду, Лабытнангам, Новому Уренгою достигла 100 %[472].

Таблица 28

Укомплектованность педиатрических участков врачами по Тюменской области в 1980 г., в %

Регион	Показатель укомплектованности
Тюменская область	99,1-97,5
Юг области	97,5
Ханты-Мансийский округ	98,7
Ямало-Ненецкий округ	100

Составлено по данным: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1980 г. С. 116.

В 1981 г. в г. Новом Уренгое численность детей на одном участке довели до 800, то есть достигли установленной нормы[473].

С 1981 г. началось снижение показателей укомплектованности терапевтических и педиатрических участков медицинскими кадрами, которое продолжалось до конца изучаемого периода. Из выпусков 1979–1980 гг. горздравотдел направил из 79 человек лишь 46 с целью работы на педиатрических участках, из них молодых врачей – только 35, и 57 терапевтов – на участки и станции скорой помощи[474].

Тюменский медицинский институт оказывал помощь лечебным учреждениям города. 357 студентов работали постоянно в качестве среднего и младшего медперсонала. 90 студентов участвовали в выполнении хоздоговорных тем. Всего работали младшим и средним медицинским персоналом 357 студентов[475]. В г. Тобольске младший медицинский персонал пополнялся за счёт привлечения учащихся медучилища в неурочное время[476].

Тюменская область привлекала специалистов-медиков из других

[472] Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1980 г. С. 116.
[473] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7298. Л. 76.
[474] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 175.
[475] Там же.
[476] Там же. Л. 52.

регионов страны. В 1982–1983 гг. в область прибыло до 400 выпускников различных мединститутов[477].

Важным направлением оставалось укомплектование медицинскими кадрами сельских лечебно-профилактических организаций. В целях работы в них в начале 1980-х гг. ежегодно направлялось около 200 врачей и свыше 400 средних медработников. Однако из года в год без медиков с высшим образованием оставалось до 20 участковых больниц и врачебных амбулаторий, до 15 ФАПов – без среднего медперсонала. Доступность амбулаторно-поликлинической врачебной помощи сельским жителям была в 2 раза ниже, чем по городам[478].

Обеспеченность районов проживания народностей Севера врачами всех специальностей была на 30,6 % ниже, чем по региону, среднего медперсонала – на 32,1 %[479].

В целом показатели обеспеченности жителей Тюменской области врачами оставались ниже республиканских показателей. Если на 10 тыс. населения по РСФСР с 1970 по 1983 гг. они выросли с 29 до 43 человек, то по Тюменскому региону соответственно – с 21 до 35[480].

В масшТаблах страны в 1986–1990 гг. планировалось направление на лечебно-профилактическую и аптечную практику в сельские учреждения выпускников медицинских вузов, укомплектование до 1987 г. отделений скорой помощи ЦРБ врачами и принятие мер к первоочередному оснащению их портативным диагностическим оборудованием, инструментарием, санитарным автотранспортом повышенной проходимости[481].

С середины 1980-х гг. планировалось направлять молодых специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в первую очередь на работу в медицинские учреждения, расположенные в нефтегазоносных районах и создавать им надлежащие производственные и жилищно-бытовые условия. В 1984 г. – 400 медиков с высшим образованием, в 1985 г. – 530, в 1986 г. – 570, в

---

[477] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1.. Д. 1119 а. Л. 84.
[478] Там же. Л. 72.
[479] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 8434. Л. 36.
[480] Там же. Д. 7955. Л. 89.
[481] Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР 21.06.1986 г. Л. 69.

1987 г. – 600, в 1989 г. – 600, в 1990 г. – 600; Минздраву СССР – довести Тюменскую областную обеспеченность врачами в 1991 г. до расчётного норматива[482].

Выполняя приказ Минздрава РСФСР № 564 за 1984–1985 гг. ради укомплектования лечебных заведений нефтегазодобывающих районов направили 229 медиков с высшим и 377 со средним образованием[483].

В итоге областная укомплектованность штатных должностей в среднем определялась в 92,4 %. Неполное укомплектование обусловливалось, в основном, территориями южной зоны, где ещё наблюдалась значительная текучесть кадрового состава. По автономным округам только 3 из 19 территорий имели незанятые должности участковых врачей-терапевтов[484]. Для сравнения: на Камчатке к 1985 г. укомплектованность медицинским персоналом учреждений здравоохранения составила 95,6 %[485].

Вместе с тем обеспеченность жителей нефтегазодобывающих районов врачами в 1985 г. всё ещё значительно отставала от потребностей.

Таблица 29

Обеспеченность жителей Тюменской области врачами в 1985 г., врачей на 10 тыс. человек

Регион	Показатель обеспеченности
Тюменская область	31,6
Ханты-Мансийский округ	27,4
Ямало-Ненецкий округ	28,9

Составлено по данным: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1180 а. Л. 34.

Если сравнить показатели обеспеченности врачами в Тюменской области в 1985 г. с другими регионами РСФСР, то отставание будет очевидным.

[482] Постановление Совмина РСФСР 15.06.1984 г. Л. 118.
[483] Приказ Минздрава РСФСР 18.06.1984 г. // Л. 92–103.
[484] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 65.
[485] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 66.

Таблица 30

Обеспеченность населения Сибири и Дальнего Востока врачами в 1985 г., врачей на 10 тыс. населения

Область	Показатель обеспеченности
Кемеровская	41,5
Новосибирская	44,7
Омская	49,0
Томская	54,1
Камчатская	56,7
Тюменская	36,3

Составлено по данным: Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. С. 408.

В 1980-х гг. сложилась тяжёлая обстановка с обеспеченностью граждан Советского Союза врачами-педиатрами и акушерами-гинекологами.

Необходимо было принять меры к полному укомплектованию детских городских поликлиник (отделений) врачебным и средним медперсоналом, направлять выпускников педиатрических институтов и факультетов в первую очередь с целью деятельности на педиатрических участках. Главными направлениями педиатрической службы определили профилактику, снижение заболеваемости и детской смертности[486].

Педиатрическая служба Тюменского региона к середине 1980-х гг. улучшила показатели. За один 1984 г. организовали 84 педиатрических участка[487]. Их количество с 1980 по 1986 гг. увеличилось с 349 до 728[488].

В связи с ростом количества заведений сохранения здоровья и увеличения штатов в них, разукрупнение городских педиатрических участков проводилось ежегодно.

В результате развития участковой сети и разукрупнения участков численность детей на одну должность участкового врача-педиатра снижалась.

[486] Приказ Минздрава СССР 19.01.1983 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп.51. Д. 600. Л. 12.
[487] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1151. Л. 32.
[488] Основные показатели … за 1980 г. С.116; Основные показатели … за 1986 г. С. 143.

С 1965 по 1986 гг. количество детей на одном педиатрическом участке по региону сократилось в 1,3 раза, с 1080 до 823[489]. По РСФСР в 1985 г. показатель количества детей на участках был лучше и равнялся 779[490].

Таблица 31

Количество детей на педиатрических участках Тюменской области (1986)

Город	Количество детей на участке
Тюмень	914
Тобольск	927
Лабытнанги	880
Радужный	991
Нягань	902
Когалым	979
Урай	771
Новый Уренгой	701

Составлено по данным: Основные показатели … за 1986 г. С. 143.

Таблица 32

Обеспеченность педиатрами городов Тюменской области в 1986 г., врачей на 10 тыс. человек

Город	Показатель обеспеченности
Ханты-Мансийск	7,0
Лангепас	6,0
Нижневартовск	6,2
Салехард	7,8
Урай	7,5
Новый Уренгой	5,8
Ноябрьск	5,0

Составлено по данным: Основные показатели … за 1980 г. С .40; Основные показатели … за 1986 г. С. 64.

Правительственный курс на разукрупнение педиатрических участков в 1986 г. в тюменском здравоохранении не был осуществлён, так как в ряде городов число детей на участке превышало норму в 800 человек.

Показатели обеспеченности народонаселения педиатрами увеличивались. За 1985–1990 гг. они выросли в 2 раза, с 2,3 до 4,9 специалистов на 10 тыс. человек *(см. приложение 1, табл. 16)*.

[489] Основные показатели … за 1980 г. С.116; Основные показатели … за 1986 г. С. 143.
[490] Там же.

Данные показатели были немного выше республиканских. В 1985 г. по РСФСР обеспеченность педиатрами равнялась 4,6 на 10 тыс. человек.

Численность педиатров в Тюменском крае в период с 1965 по 1990 г. выросла в 5,6 раза, с 299 до 1683 *(см. приложение 1, табл. 14).*

В конце 1980-х гг. вопросы охраны материнства и детства обрели особую актуальность в связи с высокой детской и материнской смертностью по стране.

Во исполнение постановлений ЦК КПСС 1985 г. и 1988 г. в регионе принимались меры по первоочередному укомплектованию медиками детских и родовспомогательных организаций. С 1986 по 1988 гг. в эти учреждения направили 220 начинающих акушеров и педиатров.

В итоге укомплектованность детскими врачами в Ханты-Мансийском округе составила 100 %, началось сокращение детской смертности. На 1000 родившихся – с 23,9 в 1985 г. до 18,4 в 1990 г.[491] *(см. приложение 1, табл. 3).*

Количество врачей терапевтического профиля росло быстрее, чем педиатров. Всего с 1965 по 1986 г. оно увеличилось в 7,5 раза.

В 1965 г. уже имелись кадры терапевтов, эндокринологов, физиотерапевтов. В 1980 г. появились специализированные кадры гастроэнтерологов, диетологов, а в 1986 г. – аллергологов, гематологов, пульмонологов, ревматологов *(см. приложение 1, табл. 17).*

Обеспеченность народонаселения врачами терапевтического профиля тоже увеличилась: с 1965 по 1986 гг. – в 3,4 раза.

Таблица 33

Количество врачей терапевтического профиля в Тюменской области 1965–1986 гг.

Год	1965	1975	1986
Количество врачей	246	749	1857

Составлено по данным: Здравоохранение Тюменской области ... С. 26; Основные показатели … за 1986 г. С. 50.

[491] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 8818. Л. 16, 17.

Таблица 34

Обеспеченность населения врачами терапевтического профиля в Тюменской области в 1965–1986 гг., врачей на 10 тыс. человек

Год	1965	1975	1986
Показатели обеспеченности	1,9	4,6	6,5

Составлено по данным: Здравоохранение Тюменской области ... С. 26, 28; Основные показатели … за 1986 г. С. 50.

В отличие от ситуации в педиатрической службе данные показатели по темпам роста отставали от аналогичных показателей по РСФСР. В 1986 г. областные показатели обеспеченности врачами терапевтического профиля являлись такими же, как по РСФСР в 1979 г.[492].

Таким образом, количество терапевтов в Тюменском крае росло быстрее, чем педиатров, но показатели обеспеченности ими, в отличии от положения в педиатрической службе, отставали от республиканских показателей.

К 1986 г. не хватало многих врачей-специалистов терапевтического профиля. Укомплектованность врачами-аллергологами составляла 87,5 %, физиотерпевтами – 81,7 %, ревматологами – 80,0 %, гастроэнтерологами – 92,9 %, эндокринологами – 95,5 %[493]. Сохранялась неравномерность в распределении медицинских кадров.

Наибольшее число врачей терапевтического профиля фиксировалось в г. Тюмени. Если сравнить с г.г. Ханты-Мансийском и Салехардом, то разница являлась значительной.

С конца 1980-х гг. показатели укомплектованности лечебно-профилактических организаций медицинскими кадрами и обеспеченности народонаселения медицинскими работниками продолжали ухудшаться *(см. приложение 1, табл. 18).* «В 1989 г. показатели обеспеченности врачами составляли до 37,1 на 10 тыс. человек из-за неприбытия в область 123 врачей

[492] Здравоохранение Тюменской области ... С. 26, 28; Основные показатели … за 1980 г. С. 34; Основные показатели … за 1986 г. С. 50.
[493] Основные показатели … за 1986г. С. 78; ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 7, 25; Д. 915. Л. 9, 10, 128.

выпуска 1989 г.»[494] Для сравнения: на Камчатке в 1990 г. показатели на 10 тыс. человек составляли 70,8, что превышало аналогичный показатель по РСФСР – 47,3[495].

Таблица 35

Количество врачей терапевтического профиля в Тюменской области в 1980–1986 гг. по городам и регионам

Город	1980 г.	1986 г.
Тюмень	260	316
Ханты-Мансийск	26	3
Салехард	20	2
Юг области	н/д	620
Ханты-Мансийский округ	н/д	63
Ямало-Ненецкий округ	н/д	20

Составлено по данным: Основные показатели … за 1986 г. С. 53; Основные показатели … за 1980 г. С. 36, 37.

На конец 1989 г. без специалистов осталось 5 участковых больниц из 106 и 7 участковых амбулаторий из 41[496]. В отчётах облздравотдела указывалось на неудовлетворительное укомплектовывание кадрами лечебных учреждений»[497].

Каждый год Тюменский мединститут и медучилища увеличивали областное количество врачей на 450–500 человек, а среднего медперсонала – на 1400–1500 человек, но роста численности специалистов на участках из года в год не наблюдалось. *(см. приложение 1, табл. 15, 16).*

Укомплектованность врачами терапевтических участков в 1967 и в 1986 гг. составляла около 93 %. Самая низкая укомплектованность терапевтических участков врачами фиксировалась в 1970 г. (78 %), самая высокая – в 1980 (98 %)[498].

Данные показатели являлись значительно более низкими, чем таковые по РСФСР и по существующим плановым нормативам. В результате заметно

[494] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1222 а. Л. 61.
[495] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 66.
[496] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1222 а. Л. 61.
[497] Там же. Д. 1264 а. Л. 26.
[498] Здравоохранение Тюменской области ... С. 57; Основные показатели … за 1980 г. С. 113, 114; Основные показатели … за 1986 г. С. 141; ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 7, 25, 79, 241; Д. 915. Л. 9, 10, 11, 86, 105, 106, 128; Д.1116 а. Л. 59; Д. 1105. Л. 12; Д. 1151. Л. 65; Д. 915. Л. 11; Д. 1180 а. Л. 34.

снизилось качество медицинского обслуживания. Один врач-специалист на район с ограниченным количеством стационарных коек не мог обеспечить надлежащего медобслуживания людей по нормам центральных районов РСФСР.

Среди причин низких показателей обеспеченности народонаселения и укомплектованности лечебно-профилактических организаций медицинскими работниками в южных районах отмечалась недостаточное направление выпускников школ на оплачиваемую колхозами и совхозами учёбу. В исследуемый период делался акцент на обучение в мединститутах сельской молодёжи. Колхозы и совхозы могли направлять туда стипендиатов, возвращавшихся в сельские лечебно-профилактические заведения после завершения образования[499]. В 1983 г. на такие стипендии в Тюменском мединституте училось всего 84 студента, в медучилищах – 96[500].

Существенной причиной ухудшения областных медицинских показателей являлась нехватка среднего медперсонала. Сеть медучилищ развивалась медленно, слабо финансировалась, поэтому возникла диспропорция между врачебными и средними медицинскими кадрами.

В 1982–1983 гг. в регион направили 1000 выпускников медучилищ. Тем не менее в связи со значительной текучестью личного состава в 1983 г. не были укомплектованы средними медработниками фельдшерско-акушерские пункты[501].

В 1983 г. на съезде средних медработников Тюменской области отмечалось, что свыше 50 % всего медперсонала края составляли медработники среднего звена. Их работа координировалась организациями системы сохранения здоровья вместе с местными партийными, профсоюзными и комсомольскими организациями. Советы средних медработников в регионе помогали руководителям органов и организаций охраны здоровья. Вместе с Советом наставников и ветеранов они успешно решали задачи по устранению

---

[499] Об участии промышленных предприятий, совхозов и колхозов в формировании вузов и техникумов и в подготовке специалистов для своих предприятий: постановление Совмина СССР 18.09.1959 г. // ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 1154. Л. 167.
[500] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 71.
[501] Там же. Л. 62, 84.

неукомплектованности кадрами медучреждений и усовершенствованию профориентации выпускников медучилищ.

Требования к руководителям среднего медперсонала повышались с каждым годом. Главная медсестра всё больше становилась организатором, на котором держалась вся работа лечебно-профилактического учреждения, по-возможности, освобождённым от хозяйственных работ[502].

В итоге целенаправленной работы показатели областной обеспеченности народонаселения средними медицинскими работниками стали более высокими, чем в РСФСР.

Количество среднего медперсонала в Тюменском крае с 1965 по 1990 гг. выросло в 4 раза, с 8,5 тыс. до 35,5 тыс., обеспеченность им – в 1,5 раза, с 69,1 до 105,1 на 10 тыс. человек. Так как количество врачей в Тюменском регионе в 1990 г равнялось 11,1 тыс., то соотношение их и среднего медперсонала составляло 1/3 *(см. приложение 1, табл. 14, 16)*, меньше желаемого уровня 1/4[503].

Таблица 36

Обеспеченность населения средними медицинскими работниками по Тюменской области и по РСФСР в 1970–1983 гг., медработников на 10 тыс. человек

Регион	1970 г.	1983 г.
Тюменская область	95	133
РСФСР	93	119

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 7955. Л. 89.

Текучесть кадрового состава отрицательно сказывалась на качестве медобслуживания. В условиях районных больниц большинство служб было представлено одним врачам. К исходу 3-летней работы в районе врач приобретал определённый опыт лечения и организации работы по своей специальности, добивался улучшения качественных показателей в работе. С его отъездом и приездом молодого специалиста уровень оказания помощи по данной специальности скатывался на 3 года назад. В этих условиях особое значение

[502] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 256–263.
[503] Шорохова И. И. Кадровые изменения в здравоохранении .... С. 49.

приобретала преемственность организационных форм и методов, а также выработка тактических установок[504].

В кадровой политике государства в 1976–1991 гг. важной задачей оставалось осуществление мер по дальнейшему сокращению текучести кадров. «В целях обеспечения районов Сибири и Дальнего Востока кадрами предусматривались более быстрые темпы строительства в этих районах жилых домов и культурно-бытовых заведений. Особое внимание уделялось обеспечению кадрами районов интенсивного развития производительных сил»[505].

Отмечалась важность принятия мер по устройству, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам условий труда и быта медикам и, особенно, трудящимся в сельской местности[506].

В 1970-е гг. в Горно-Алтайской области «каждая пятая семья получила новую квартиру. Жилищный фонд только в г. Горно-Алтайске к 1975 г. по-сравнению с 1965 г. вырос в 2 раза. Постепенно возрастала площадь вводимых квартир, достигнув к 1985 г. 51,8 кв. м. вместо 48,5 десятью годами ранее. Каждые 10 лет в 1970–1980-е гг. в области возрастали в 2–3 раза расходы на организацию уличного освещения, строительство и ремонт дорог и тротуаров»[507].

На Камчатке положение с обеспечением жильем городских специалистов было сложнее. «С 1974–1984 гг. в областном центре ни один молодой специалист не получил жилья»[508].

В г. Тюмени в 1979 г. больше 700 семей медперсонала нуждались в квартирах. В том числе – 126 молодых специалистов. Учреждения охраны здоровья Тюменского горздраводела получали 4–5 квартир в год, областные учреждения получали ещё меньше. Администрация и комитеты профсоюза медработников постоянно выходили с данным вопросом в местные Советы

---

[504] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп.1. Д. 179. Л. 11–12.
[505] Материалы XXV съезда КПСС. С. 10, 176; Шорохова И.И. Кадровые изменения в здравоохранении ... С. 49.
[506] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 22.09.1977 г. С. 115–122.
[507] Гончарова О. А. Условия и особенности развития системы здравоохранения … С. 92.
[508] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 72.

народных депутатов, ходатайствовали о строительстве домов для медперсонала, о выделении квартир, мест в общежитии, но положение оставалось непростым[509].

В 1980 г. в область прибыл 1121 врач терапевтического профиля, а убыл 821. В г.г. Тюмени, соответственно, – 261 и 232, Ханты-Мансийске – 17 и 16, Салехарде – 12 и 17[510].

Во исполнение постановления ЦК КПСС, Совета министров СССР и ВЦСПС от 13 декабря 1979 г. № 1117 и в целях контроля над состоянием обеспеченности медицинских работников жилой площадью Минздрав СССР издал приказ от 8 декабря 1982 г. № 1204. Данным приказом продолжался срок действия приказа Минздрава СССР от 11 апреля 1980 г № 379 и подтверждена временная оперативная отчётность об обеспеченности медработников жилплощадью на 1 января 1983 г.[511]

В начале 1980-х гг. оставалась большая текучесть медперсонала, преимущественно, на селе. В 1981 г. не было врачей в 18 участковых больницах и врачебных амбулаториях. Из-за отсутствия специалистов в регионе не работало 9 зубоврачебных кабинетов[512].

Фиксировалась высокая текучесть педиатров, работающих на участках. С 1979 по 1982 гг. в г. Тюмени уволилось 23 участковых педиатра. Коллегия облздравотдела в 1982 г. подчёркивала отсутствие работы Тюменского горздравотдела по закреплению личного состава первичных звеньев системы здравоохранения. Обеспеченность терапевтами тюменских поликлиник представлялась крайне неудовлетворительной. Не решался вопрос первоочередного обеспечения участковых врачей жилплощадью. Коллегия

---

[509] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 261 а. Л. 14.
[510] Основные показатели … за 1980 г. С. 35.
[511] О дальнейшем укреплении трудовой дисциплины и сокращения текучести кадров в народном хозяйстве: постановление ЦК КПСС, Совмина СССР и ВЦСПС 13.12.1979 г. // ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 320. Л. 100; О введении временной оперативной отчётности «Об обеспеченности медицинских работников, в первую очередь молодых специалистов, жилплощадью на 1983 г.»: приказ Минздрава СССР 11.04.1980 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 50. Д. 8381. Л. 218; О продлении срока действия приказа Министерства здравоохранения СССР 11.04.1980 г.: приказ Министерства здравоохранения СССР 08.12.1982 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 51. Д. 44. Л. 79.
[512] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1119 а. Л. 75; Шорохова И. И. Кадровые изменения в здравоохранении … С. 49.

решила признать деятельность Тюменского горздравотдела по укомплектованию врачами первичных звеньев системы охраны здоровья неудовлетворительной[513].

На Камчатке текучесть медицинских кадров из сельских мест к середине 1980-х гг. практически не имела место, но по области она долгое время была высокой. «Так, в 1961 г. она составляла 60 % к прибывшим медицинским работникам, 1969 г. – 73 %. Но уже к 1971 г. она уменьшилась и составила 19,4 %. В 80-е гг. текучесть кадров составила 8 % от прибывших работников»[514]. Такие позитивные изменения объясняются выбором верной политики в сфере закрепления кадров: не увольнять медработников, пока им не найдётся замена.

Для областей Сибири и Дальнего Востока представлялась актуальной проблема социальных различий по территориальному признаку, решавшаяся на государственном уровне. В разных районах Союза ССР были неодинаковые культурно-бытовые условия жизни людей. Осуществление программ освоения Западной Сибири увеличило туда приток народонаселения, но чаще всего люди уезжали с севера и востока страны по причине отсутствия жилья, детских садов, культурных центров. «Именно такие различия нередко осложняли положение с трудовыми ресурсами в ряде мест»[515].

В 1981–1985 гг. в этих районах намечалось ускорить темпы строительства всей социальной инфраструктуры, совершенствовать снабжение людей товарами массового спроса.

Таблица 37

Количество медицинских работников, выбывших из-за отсутствия жилья на 1 января 1983 г.

Группа	Количество	Выбыло
Городской врач	5665	93
в т. ч не имевший жилплощади	493	
Сельский врач	619	18
в т. ч не имевший жилплощади	68	

[513] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1116 а. Л. 175.
[514] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 67.
[515] Материалы XXVI съезда КПСС. С. 54.

Городской средний медперсонал	17706	404
в т. ч не имевший жилплощади	1180	
Сельский средний медперсонал	4560	51
в т. ч не имевший жилплощади	258	

Составлено по данным: ГАСПИТО. Ф. 3185. Оп. 1. Д. 320. Л. 102.

Примером реализации плана могут служить следующие факты. В 1982 г. в г. Тобольске исполком решил выделять жильё для медперсонала ведомствам, строящими жильё. За 1982 г. по этому решению выделили 14 квартир. До 1985 г. определили выделение свыше 100 квартир. В целях укомплектования специалистами ведущих специальностей принялирешение об их приглашении с предоставлением жилья через нефтехимкомбинат[516].

Главврач Казанской ЦРБ В. Н. Шанаурин вспоминал, как коллектив смог решить вопрос о сохранении за больницей освобождающихся, в случае отъезда работника, квартир. Приглашаемому новому специалисту по приезду гарантировалось жильё[517].

Намечалось вести в широких масштабах жилищное строительство. За 1981–1985 гг. предусматривалось построить 530–540 млн. кв. м. жилья. Первоочередное строительство жилых домов необходимо было осуществлять во вновь осваиваемых районах и в сельской местности[518].

Однако эти планы не всегда выполнялись. В Нижневартовском районе бюджетное обеспечение жилищного строительства было резко снижено. В 1984 г. оно составило более 64 млн. руб., а в 1985 г. финансирование жилищного строительства сократились в 2 раза до 30 млн. руб. Уменьшились, почти в 3 раза, и объемы освоенных средств: с 64 млн. руб. в 1984 г. до 23 млн. руб. в 1985 г.[519]

Горком КПСС и исполком городского Совета народных депутатов г. Нижневартовска, учитывая сложившуюся ситуацию, ввиду крайне тяжёлого

[516] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1135 а. Л. 58.
[517] Шанаурин В. Н. Неизгладимые впечатления // Жизнь, отданная людям. С. 70.
[518] Материалы XXVI съезда КПСС. С. 106.
[519] ГАХМАО. Ф. 6. Оп. 1. Д. 452а. Л. 74; Ф. 184. Оп. 1. Д. 523. Л. 110.

положения с оказанием медицинских услуг 16 февраля 1983 г. принял постановление № 59-Б-55, предусматривавшем в числе других мероприятий на 1983–1985 гг., выделение жилплощади учреждениям охраны здоровья за счёт предприятий и организаций. Во исполнение этого плана требовалось пригласить медиков из других областей. Исполком городского Совета народных депутатов принял решение от 28 мая 1983 г. № 140, передавшим в этих целях 4 подъезда девятиэтажного жилого дома. По соглашению с горкомом профсоюза медработников приказом от 17 мая 1983 г № 477 эти квартиры закрепили за лечебно-профилактическими учреждениями города. Принятые меры позволили полностью укомплектовать лечебно-профилактические организации 3568 штатными должностями[520].

Отчитываясь за 1986–1988 гг. Тюменский облздравотдел подчеркнул высокий уровень текучести кадров в Тюменском районе: «уволили 49 и приняли на работу 70 врачей. Среднего медперсонала, соответственно, – 189 и 228 человек»[521].

В 1986–1991 гг. для решения жилищного вопроса, остававшегося одной из самых острых общественных проблем, намечалось ввести в эксплуатацию жилых площадей до 565–570 млн. кв. м., направить значительные ресурсы на благоустройство населённых пунктов, усилить коммунальное хозяйство и общественный транспорт[522].

Вместе с тем в докладе председателя областного комитета профсоюза медработников В. Н. Кретинина на XXI конференции данного профсоюза в декабре 1989 г. констатировалось отсутствие профсоюзных организаций, решивших все жилищно-бытовые вопросы. В крае насчитывалось больше 15 тыс. работников охраны здоровья, нуждающихся в улучшении условий и проживавших в частных квартирах, в гостиницах, служебных помещениях. За 1987–1989 гг. значительных сдвигов в решении жилищных вопросов в пользу

---

[520] ГАСПИТО. Ф. 3185. Оп. 1. Д. 320. Л. 111.
[521] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1222 а. Л. 54; Шорохова И. И. Кадровые изменения в здравоохранении ... С. 50.
[522] Материалы XXVII съезда КПСС. С. 122.

медиков не произошло. Несмотря на неоднократные правительственные решения, строительство региональных медучреждений по-прежнему велось без одновременного строительства жилья. Не находило поддержки среди медиков индивидуальное и коллективное строительство жилья на личные сбережения. Только областная санэпидемстанция, торгово-производственное объединение «Медтехника», Ялуторовская районная больница, автотранспортное предприятие Тюменского горздравотдела использовали прибыль или сэкономленные средства на строительство жилья[523].

К 1990 г. вся медицинская отрасль должна была перейти на хозрасчёт, чтобы учреждения имели свои средства на строительство объектов социального назначения.

Одной из причин текучести персонала являлось неумелое руководство медицинской службой на местах. В обком профсоюза поступали письма о нарушениях очерёдности в распределении жилья из Сургута, Нижневартовска, Тюмени. Чаще всего причиной служило единоличное решение о выделении жилья руководителем. Профком только «оформлял нужное решение»[524].

В г. Нижневартовске в 1983 г. при проверке состояния учёта лиц, нуждающихся в жилой площади и её распределении, вскрыли нарушения законодательства. Вопросы приглашения медперсонала в лечебно-профилактические учреждения города решались заведующим городским отделом здравоохранения (горздравотделом), заключавшим договоры с медицинскими работниками. Приглашались сотрудники из других регионов по объявлению в «Медицинской газете», по приглашению руководителей медицинских организаций, обещавших предоставить жильё в ведомственном жилом фонде или за счёт лимита жилой площади, ежегодно выделявшейся исполкомом городского Совета народных депутатов по горздравотделу. Как правило, врачи обеспечивались жилплощадью в обход установленной очередности. По г.

[523] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 494. Л. 17.
[524] Там же.

Нижневартовску на квартирном учёте стояло 585 медицинских и 58 аптекарских работников из 2847 работающих в медучреждениях.

В нарушение действующего законодательства лечебно-профилактические учреждения переоборудовали под жилые помещения и общежития, которые не отвечали санитарно-техническим требованиям. Общежития заселялись без имеющегося разрешения санэпидемстанции[525].

Некоторые руководители, решая вопросы приёма, перевода на другую работу и увольнения работников, оплаты их труда, режима рабочего времени не считались с мнением комитета профсоюзов[526].

Коллегия облздравотдела от 4 ноября 1988 г. в своём решении отметила неудовлетворительную работу руководителей территориальных органов и медучреждений по укомплектованию медицинскими штатами лечебно-профилактических заведений, недостаточную организационную деятельность сектора кадров облздравотдела и его главных специалистов. Коллегия решила считать закрепление штатов на местах важнейшим разделом своей деятельности. Предписывалось обеспечить выполнение плана направления молодёжи на учёбу в Тюменские медицинские институт и училище, предусмотренное областной программой «Здоровье» на 1986–1990 гг., проявлять активное участие в обеспечении медиков необходимыми социально-бытовыми условиями. Планировалось в 1989 г. укомплектовать медиками все ФАПы и участковые больницы. Разрешалось приглашать молодых специалистов только с условием предоставления жилья[527].

Работа руководителей лечебно-профилактических заведений округа строго оценивалась Ханты-Мансийским окружным комитетом компартии. На пленуме окружкома партии в марте 1987 г. первый секретарь В. А. Чурилов отмечал ускоренное формирование материальной базы, укомплектование штатов на 100 %, рост качества врачебных услуг в г. Лангепасе, благодаря деятельности

---

[525] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 494.. Д. 320. Л. 33–36.
[526] Там же. Л. 62.
[527] О работе по закреплению медицинских кадров на местах: решение Коллегии Тюменского облздравотдела. 04.11.1988 г. // ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1242. Л. 11; Шорохова И. И. Кадровые изменения в здравоохранении .... С. 50.

А. П. Стрельникова, главврача медсанчасти (МСЧ) объединения «Татнефть». В г. Когалыме отмечалось отсутствие оттока специалистов в связи с решённой проблемой обеспечения их жильём. Вместе с тем подчёркивались пассивность, некомпетентность, отсутствие перспективного мышления Е. А. Овчарова, заведующего вопросами организации медобслуживания жителей Нижневартовского района[528].

Закреплению медицинского кадрового состава содействовала воспитательная работа, учреждение научных обществ, общественных организаций, адекватная труду заработная плата.

Вопрос с оплатой труда медиков не был урегулирован. Так на XII областной конференции профсоюза медработников Тюменской области в 1967 г. прозвучало, что рабочий день врача облбольницы составлял 12 часов в сутки, то есть почти 2 ставки. Они не оплачивались, так как по законодательству за сверхурочную работу не платили. У медперсонала не существовало настоящего выходного дня[529]. Медицинским работникам на Севере часто не выплачивали северный коэффициент, который они имели право получать, как нефтяники, строители и другие работники[530].

XXI областная конференция профсоюза медработников в декабре 1989 г. постановила поручить обкому профсоюза медработников обратиться в ЦК профсоюза Минздрава СССР с требованиями. Они касались введения единого коэффициента к зарплате в районах Крайнего Севера для работников всех отраслей народного хозяйства; выплаты северных надбавок за работу по совместительству; включения в зарплату при исчислении пособий оплаты за работу по совместительству[531].

В конце 1980-х гг., с переходом на хозрасчёт, каждый руководитель медучреждения формировал свой штат и расписание самостоятельно, исходя из данного фонда зарплаты[532].

---

[528] Каданцев В. А. Река времён …
[529] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 140. Л. 67.
[530] Там же. Л. 28–31.
[531] Там же. Л. 74.
[532] Там же. Л. 66.

Руководители тюменской системы охраны здоровья по мере своих возможностей старались решить сложные задачи, поставленные перед ними процессом модернизации медицинской службы.

Одним из ярких представителей таких руководителей здравоохранения являлся В. В. Шевчук, окончивший Челябинский мединститут, с 1970 по 1987 гг. работавший главврачом Тюменской облбольницы. Об этом времени он вспоминал: «Во все времена лицо больницы определяли её кадры. Наш коллектив отличался врождённым бескорыстием. Зарплата – вообще, как известно, мизерная – была не выше, чем в городских больницах, которым жилось гораздо спокойнее, однако лёгкой жизни никто у нас не искал». «Время, о котором идёт речь, нередко называют застойным. Всё было в нашей работе – и перегрузки, и неудачи. И обиды. Не было только застоя: строили больше, лечили больше, и даже продолжительность жизни жителей области была больше»[533]. Позже, после Ю. Н. Семовских, В. В. Шевчук занимал должность заведующего Тюменский облздравотделом. О нём писали: «он пользовался непререкаемым авторитетом среди медицинской общественности, партийной и советской номенклатуры… Он мог убедить, потребовать, заставить, повести за собой. Став заведующим отделом здравоохранения, он объехал все региональные лечебно-профилактические учреждения…»[534].

Всю жизнь проработал на Ямале и внёс значимый вклад в социально-экономическое развитие региона К. П. Мелещенко. Окончивший Омский медицинский институт, он заведовал отделом здравоохранения Ямало-Ненецкого окрисполкома с 1970 по 1986 гг.[535]

Многое сделал во благо медицинской службы Ханты-Мансийского округа В. Я. Шебунов, заведующий здравотделом окружного исполкома с 1978 г.

---

[533] Шевчук В. В. Бурное время «застоя». С. 24–34; Здравоохранение ; официальный портал органов государственной власти Тюменской области. Тюмень. URL: http://portal.demo.it.ru/ (дата обращения: 02.02.2018).

[534] Каданцев В. А. Река времён …

[535] Информация о труженике тыла Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – бывшем сотруднике ФБУЗ // ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ямало-Ненецком автономном округе: официальный сайт. URL: http://cgse№89.ru/pobeda70/130792/ (дата обращения: 02.02.2018); Крупина Е. Дети войны вспоминают … // ИА Север пресс - новости Ямала. 2014. 5 мая. URL: http://sever-press.ru/vse-№ovosti/item/1986-deti-voj№y-vspomi№ayut) (дата обращения: 02.02.2018).

Способный и внимательный руководитель, он поднял противотуберкулезную деятельность в округе на качественно иной уровень[536].

Большим авторитетом пользовался В. А. Каданцев, бывший с 1975 г. главврачом Игримской медсанчасти, с 1986 г. – заведующим Ханты-Мансийским окрздравотделом, оказавшийся в крае по распределению, окончив Ставропольский медицинский институт. Валерий Алексеевич проявил себя авторитетным, энергичным и талантливым руководителем. Позже, в своих воспоминаниях он писал: «Общение с интересными молодыми людьми Игрима, так же как и я приехавшими по распределению, придавало определённую уверенность, что суждено мне полюбить эту землю, людей, живущих на ней, делать для них добро»[537].

Выдающимся организатором здравоохранения, замечательным административным работником Ханты-Мансийского автономного округа считается В. Д. Миллер. Окончив Томский медицинский институт и в начале 1980-х гг. работая главврачом медицинского объединения г. Нижневартовска, заведующим здравотделом горисполкома, главным врачом медуправления, Вилли Давыдович внёс заметный вклад в преобразование Нижневартовского района, строил новые и реконструировал действующие объекты системы охраны здоровья[538].

«Самой яркой и самой трагичной личностью в становлении здравоохранения г. Нижневартовска» называют В. Т. Пузатова, бывшего заведующего Нижневартовским отделом здравоохранения, окончившего Кубанский медицинский институт *(см. приложение 2, фото 11)*. Всю свою трудовую деятельность он связал со здравоохранением Нижневартовского района. В 1976 г. Пузатова назначили начальником медсанчасти «Нижневартовскнефтегаз». Вся организаторская работа быстро развивающегося

---

[536] 80 лет. КУ ХМАО-Югры Ханты-Мансийский клинический противотуберкулёзный диспансер // Департамент здравоохранения ХМАО-Югры. URL: http://tbhmao.ru/images/O_dispa№sere/istoriya-dispa№sera/Albom_80let.pdf (дата обращения: 27.09.2018).

[537] Каданцев В. А. Река времён …

[538] Там же.

города была в введении Виктора Тихоновича. Он стремился к созданию специализированной медицинской помощи и начал интенсивно укреплять материальную базу МСЧ, создавать новые специализированные службы, закончил постройку больничного комплекса, 2-х роддомов, поликлиники. Вместе с тем Пузатов отличился рейдерским захватом помещений под здравоохранительные учреждения[539], тем самым отдалив возведение лечебниц по типовому плану. «Развёртывание лечебниц в приспособленных помещениях не давало возможности получать фонды на медицинскую мебель, оборудование, и инструментарий, что снижало качество медобслуживания»[540].

Роковую роль для В. Т. Пузатова сыграла ссора с А. И. Потаповым, президентом Сибирского отделения АМН г. Томска. На заседании учёного совета Всесоюзного научного кардиологического центра в г. Нижневартовске в 1985 г. А. И. Потапов, ставший министром здравоохранения РСФСР, дал прямые указания строго контролировать деятельность В. Т. Пузатова. Из-за постоянных заслушиваний отчётов Виктора Тихоновича на партбюро горкома, коллегиях областных и окружных здравотделов он преждевременно ушёл из жизни[541].

С 1985 г. утвердили нового заведующего отделом здравоохранения Тюменского облисполкома Ю. Н. Швиткого, бывшего руководителя эпидемиологического отдела СЭС Ямало-Ненецкого округа и главврача Надымской МСЧ с 1973 г. Он зарекомендовал себя, как талантливый организатор и «единственный в России руководитель, дважды ставший заведующим облздравотделом»[542]. Юрий Никитович построил «лучшую в области и первую в округе»[543] Надымскую многопрофильную больницу с поликлиникой, областной наркодиспансер и здания Лебедевской и Винзилинской психиатрических больниц.

---

[539] Каданцев В. А. Река времён …
[540] Там же.
[541] Каданцев В. А. Указ. соч.; Миллер В. Д. Виктор Пузатов торопился жить // Местное время. 2007. 10 октября. С. 8, 10; Его же. Пусть будет улица имени Пузатова. Фотограф В. Зотов // Варта. 2007. 24 октября; Майорова О. А. Город Нижневартовск основали мы. С. 39.
[542] Поздравление с 75-летним юбилеем // Вестник здравоохранения Тюменской области. 2014 г. Вып. 1–2. Февраль. С. 6.
[543] Там же.

Постепенно сформировался состав медицинских работников, среди которых большинство составляли выпускники ТГМИ, внесшие значительный вклад в дело становления и развития Тюменской областной системы охраны здоровья. Они приложили много сил к расширению и укреплению районных больниц, амбулаторных, педиатрических учреждений,особенно в деревне[544].

Многие медицинские работники развивали специализированную службу региона, улучшая качество медицинских услуг населению.

С 1973 г. 34 года проработал урологом в Тюменской ОКБ Ю. М. Молоков, с 1985 г. возглавлял её эндокринологическое отделение Г. А. Левин. С 1983 г. работал в Лебедевской психиатрической больнице заведующим наркологическим отделением, старшим врачом, а с марта 1986 г. – главным врачом П. М. Ржевский. С 1960 по 1966 гг. работавший врачом-терапевтом облбольницы А. Ф. Томилов, стал основоположником гематологической службы в 1978 г.[545]

Высокопрофессиональные медицинские работники повышали качество медобслуживания в северных округах. Т. П. Белоконь в течение 28 лет с 1978 г. возглавляла амбулаторно-поликлиническую педиатрическую службу в должности заведующей детской поликлиникой в Нефтеюганской городской больнице, затем – заместителя главного врача Нефтеюганской горбольницы, одновременно являясь главным внештатным педиатром города и Нефтеюганского района. А. М. Бухаров, с 1976 г. возглавлявший Тазовскую районную больницу, в общей сложности, работе на Ямале отдал 28 лет. В. М. Расторгуев свыше 15 лет возглавлял хирургическую службу Надымской МСЧ. Т. С. Надеина, врач Игримской больницы, больше 20 лет проработала главным врачом плавучей поликлиники «Здоровье-2»[546].

Для советской системы сохранения здоровья были характерны гуманистические идеи, научно обоснованная профилактическая направленность, бесплатная и общедоступная всем слоям населения квалифицированная

---

[544] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 138, 100, 165.
[545] Там же. С. 103, 121; М.И.Т.ГМУ. ОФ. Д. Т.
[546] Каданцев В. А. Река времён … [Электронный ресурс]; Указ. соч.. С. 100; Архивы Югры: история здравоохранения Югры в архивных документах [Электронный ресурс].

медицинская помощь. В работе советского врача приветствовались добросовестный труд, высокие идейно-нравственные качества, гражданственность, бескорыстное служение обществу, людям, гуманизм и душевная чуткость[547]. Партия и правительство принимали меры в целях создания условий их деятельности, повышения знаний и профессионального мастерства. Бесплатные медицина и образование являлись главными социальными достижениями СССР. Здравоохранение являлось отраслью, дававшей возможность советскому человеку почувствовать себя человеческой единицей, со своими индивидуальными потребностями и особенностями, которые государство, должно было учитывать и обслуживать. Именно врач и учитель были социальным «лицом» государства. Они бесплатно выполняли все социальные функции и обязательства государства, к которым люди привыкли, как к воздуху, и это считалось обязанностью медика и педагога[548].

Советское здравоохранение находилось в совершенно иных к остальному обществу социально-экономических условиях, являясь как бы заготовкой коммунистического общества. Коммунизм постепенно бледнел в сознании людей, но здравоохранение, готовое к такому строю, функционировало.

В его экономике было представлено все, касающееся затрат на техническое сопровождение лечебного процесса, но всё, касающееся человеческого содержания (вознаграждения за квалифицированный труд медперсонала), было представлено: зарплатой, ниже чем у неквалифицированного рабочего, грамотами и путевками в санаторий. Зарплаты врачей в СССР были невысоки. Медсёстры получали 70 руб., старшая медсестра – 90, врач – 115–120

---

[547] Алексеев А. И., Долгинцев В. И., Сафонова Н. И. Роль некоторых факторов в выборе профессии врача // Здравоохранение Российской Федерации. 1982. № 3. С. 37–39; Кованов В. В. О людях самой гуманной профессии // Наука и нравственность. М., 1971. С. 387–388; Кузьмин М. К. История медицины: очерки. М., 1978. С. 185–189; Лисицын Ю. П., Изуткин А. М., Матюшин И. Ф. Медицина и гуманизм. М., 1984. С. 78–129, 177–211, 211–243; Палкин А. И., Алексеев П. И. О факторах, влияющих на выбор медицинской профессии. Советское здравоохранение. 1972. № 4. С. 41–42; Петровский Б. Н. Героизм, драматизм и оптимизм медицины. М., 2001. 268 с. Царегородцев Г. И. Шмаков А. В. Медицина и нравственность // Этико-психологические проблемы медицины. М., 1978. С. 361.

[548] Непровинциальное отношение к провинциальным больным: интервью с хирургом Ханты-Мансийской окружной больницы И. С. Моловым // Ленинская правда. 1987. 17 октября.

руб.[549]. Им разрешали работать на 1,5–2 ставки, и у медиков была в ходу такая шутка: «На одну ставку есть нечего, на две – некогда».

Повышение профессионального уровня и возможность заниматься интересной работой медикам того времени представлялись более сильной мотивацией, чем повышение зарплаты или получение квартиры.

Уровень компетентности советских специалистов был высоким. Закончив советские школы с высокопрофессиональными учителями, они сдавали выпускные экзамены. В институты поступали, сдавая вступительные экзамены. Многие это делали не один раз, и это подтверждало желание стать врачом. Взяточничество в институтах не было распространённым явлением. Пропущенные лекции и занятия полагалось тогда «отрабатывать»: по вечерам отвечали по пропущенным темам преподавателям, которые могли принять отработку не с первого раза. На работу после учёбы устраивались по распределению, и первыми распределялись те, кто лучше учился.

Существовали вузы, особенно в южных районах, практиковавшие поступление за взятки. Фиксировались случаи с их разоблачением, и дело доходило до самоубийств ректоров этих институтов. Поиск во всём собственной выгоды вызывал брезгливое чувство, презирались торгаши. Одеться, обставить квартиру, получив её бесплатно, хотелось, но во главу угла быт не ставился и «вещизм» осмеивался[550].

Советские специалисты до сих пор ценятся высоко. С уходом их на пенсию и из жизни, рушатся организации и предприятия. Именно они во многом создали современную медицину РФ. Советское поколение врачей доработало до конца 1980-х гг., в большой мере сохранив моральные устои, завещанные учителями, и, позволив советской системе сохранения здоровья досуществовать до конца государства, которое его породило.

---

[549] Зарплаты в СССР // Ваш год рождения: информационно-исторический портал. URL: http://22-91.ru/statya/zarplaty-v-sssr-sred№iaia-zarplata-sovetskogo-cheloveka-165-rublejj-75-kopeek-v-mesjac/08/08/2011 (дата обращения: 02.02.2017).

[550] Какие они – врачи из Советского союза // Оптимист. 2017. 3 января. URL: http://oppps.ru/kakie-o№i-vrachi-iz-sovetskogo-soyuza.html (дата обращения: 27.09.2017).

Нашим современникам необходимо вернуть подобное отношение к профессии врача. Сегодня большинство полагает, что в России врачи не лечат, а только обманывают и вымогают деньги. Особое значение при этом имеют средства массовой информации, которые изменяют представления о многих важных вещах в сознании людей. Необходимо проводить последовательную политику по разъяснению населению и студентам-медикам, что врач – это не просто профессия, а призвание. Для врача не достаточно только образования, необходимы ещё и высокие духовные качества. До общества нужно донести, что труд врача отнимает много здоровья и сил, что наличие знаний и опыта, требовательное отношение к себе, способность признавать и исправлять свои ошибки дает врачу право на принятие важных решений, от которых зачастую зависит жизнь пациентов[551].

Таким образом, с середины 1970-х гг. интенсифицировались решаемые кадровой политикой задачи. Этот процесс совпал со вторым этапом исследуемого периода (1976–1991 гг.). На первое место выдвинулись вопросы правильного использования медицинского персонала и первостепенное укомплектование лечебно-профилактических учреждений первичного звена. Несмотря на выпуски медиков Тюменского государственного мединститута, область была вынуждена привлекать выпускников из других медицинских вузов СССР. Вопреки постоянной недостаточности медицинского персонала рациональное и равномерное централизованное распределение штатов позволило укомплектовать лечебно-профилактические учреждения. К концу исследуемого периода показатели укомплектованности лечебно-профилактических учреждений и обеспеченности населения медперсоналом начали снижаться.

С целью борьбы с текучестью медицинских кадров разрабатывались определённые меры. В результате последовательного решения проблем по созданию материально-технической базы, необходимых бытовых и

[551] Ермолаева Е. В., Павлова Л. А. Профессиональная деятельность медицинской сестры как основа формирования ее социального портрета // Научная дискуссия: вопросы социологии, политологии, философии, истории. 2015. № 11 (39). С. 37–41; Сильвеструк С. В., Ермолаева Е. В. Формирование имиджа современного врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6. № 1. С. 213.

производственных условий для работы медиков, появился немногочисленный постоянный персонал, и текучесть специалистов снизилась. Тем не менее она в значительной степени сохранялась, так как проблемы условий труда и быта полностью решены не были. Однако такие методы как распределение выпускников, целевое обучение в вузах, предоставление квартир молодым специалистам, воспитательная работа с кадрами, учреждение научных обществ, общественных организаций, поддержание средствами массовой информации имиджа современного врача можно и нужно использовать в современных условиях.

2.3. Создание образовательной системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров

1960-е гг. для Тюменского края являлись периодом эпохальным. За короткое время создали главную топливно-энергетическую базу страны, обеспечивающую сегодня потребности РФ и зарубежных стран в энергоносителях. Вместе с тем качество региональной охраны здоровья и количество медперсонала, особенно в национальных округах, не соответствовали изменившейся экономической и социальной обстановке Тюменской области.

На заседании бюро Тюменского обкома коммунистической партии 19 февраля 1962 г. отмечали: «За последние три года в область прибыло 2100 учителей с высшим образованием и 543 врача, а выбыло за это же время 1638 учителей и 470 врачей. Из них 257 учителей и 89 врачей, проработавших после окончания вузов 1–2 года. В связи с этим некоторые школы оказались не полностью укомплектованы учителями, а многие врачебные участки возглавляются фельдшерами, что ухудшает медицинскую помощь населению»[552].

[552] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 4387. Л. 14.

Процесс создания топливно-энергетической базы страны и значительное увеличение населения в области требовало создания собственного высшего учебного заведения по обучению и подготовке медработников. Правительственные органы считали Тюмень слишком незначительным городом для организации в нём медицинского института. В телефонном разговоре с первым секретарём Тюменского промышленного обкома КПСС А. К. Протозановым *(см. приложение 2, фото 13)* министр здравоохранения СССР С. В. Курашов предложил посылать молодёжь Тюменского края учиться в Свердловск, Челябинск или Омск, где уже были мединституты[553].

Идея создания медвуза на Тюменской земле принадлежала партийно-советским органам региона. Секретари Тюменского обкома Коммунистической партии понимали огромные перспективы, открывающиеся перед областью в связи с освоением и разработкой нефтегазового комплекса. Они хорошо представляли необходимость развития социальной сферы и полагали, что обеспечение регионального народного хозяйства специалистами должно осуществляться в значительной мере за счёт выпускников областных высших и средних специальных заведений. Из этого вытекала необходимость создания ряда новых и расширения существующих учебных заведений[554].

3 марта 1963 г. Тюменский промышленный обком КПСС отправил письмо в Совет Министров СССР, в котором обосновал необходимость создания в Тюмени медицинского вуза. В письме перечислялись богатейшие ресурсы края, строительство новых железных дорог, заводов, развитие нефтегазодобывающей промышленности, быстро растущее население. Далее отмечалось сдерживание развития медобслуживания из-за острого недостатка врачебных единиц. «Существующая в настоящее время сеть лечебно-профилактических учреждений не укомплектована. Из 2522 штатных врачебных должностей не замещено 1147 единиц, из-за отсутствия кадров закрыты 58 врачебных участков в лесной промышленности. Во всех поликлиниках, амбулаториях и консультациях имеется

[553] Петрушин А. А. Академия: юбилейное издание. Тюмень, 2013. С. 19.
[554] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5258. Л. 7; Жаров Л., Ермакова С. Ректоры Тюменской области. С. 289.

большая перегрузка врачей, что отрицательно сказывается на качестве работы, вызывает нарекания и жалобы трудящихся. Молодые специалисты, приехавшие на работу после окончания институтов из южных и центральных районов СССР, через один-два года уезжают из области, что приводит к большой текучести кадров и отрицательно влияет на качество медицинского обслуживания. За последние 5 лет из области выбыло 1062 врача. Общая эпидемическая обстановка в области остаётся неблагополучной. Всё ещё высок уровень смертности и заболеваемости дизентерией, брюшным тифом и дифтерией. Наличие в области северных национальных округов обязывает органы охраны здоровья учитывать специфику этих территорий, условия жизни, обычаи национального населения и решать вопросы подготовки этим районам национальных врачебных кадров. Острый недостаток врачебных кадров в условиях быстрого развития экономики и роста населения северных районов вызывает необходимость решения вопроса об открытии в г. Тюмени медицинского института для подготовки врачей не только для Тюменской области, но и для других областей, имеющих районы Крайнего Севера»[555].

3 июня 1963 г. Совет Министров СССР утвердил постановление по учреждению Тюменского государственного медицинского института (далее – ТГМИ). Это постановление подписал заместитель председателя правительства СССР А. Н. Косыгин, в 1924–1926 гг. работавший в Тюмени инструктором городского отдела потребительской кооперации[556].

8 июня Совет Министров РСФСР отдал распоряжение об учреждении в 1963 г. Тюменского мединститута с установленным планом приёма студентов в количестве 300 человек[557]. 21 июня 1963 г. министр здравоохранения РСФСР В. В. Трофимов подписал приказ № 212, назначавший ректором в порядке

[555] ГАСПИТО. Ф. 2010. Оп. 1. Д. 84. Л. 11–15.
[556] Об организации Тюменского медицинского института: постановление Совмина СССР 03.06.1963 г. // ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 106сч. Д. 1324. Л. 203.
[557] Об организации Тюменского мединститута: распоряжение Совмина РСФСР 08.06.1963 г. // ГАСПИТО. Ф. 2010. Оп. 1. Д. 77. Л. 107.

перевода из Свердловского мединститута кандидата медицинских наук Е. А. Жукова[558].

В процессе становления вуза оказывалась систематическая поддержка Тюменского обкома Коммунистической партии в осуществлении строительных работ, в приобретении оборудования, мебели, специфического лабораторного хозяйства, огромную помощь оказали промышленные предприятия, строительные организации и представители нефтегазового комплекса, лечебно-профилактические учреждения Тюмени и районов. Повседневно чувствовалась поддержка жителей города. Всеобщая активность дала возможность 4 октября 1963 г. начать учебный процесс в новом Тюменском государственном медицинском институте[559] *(см. приложение 2, фото 12, 14)*.

В вузе сначала существовал один лечебный факультет и девять кафедр. Начавшие функционировать виварий, экспериментальная операционная, рентгеновский кабинет, фотолаборатория являлись фундаментом для научно-исследовательской работы. При областной и городской больницах создали клинические кафедры мединститута. В 1964 г. открылся фармацевтический, в 1974 г. – педиатрический факультеты.

В 1970 г. Тюменский обком рекомендовал министру здравоохранения РСФСР В. В. Трофимову на должность ректора ТГМИ А. А. Моисеенко, главного врача областной больницы[560].

Организация научно-исследовательской работы складывалась непросто. Облздравотдел и местные партийные и советские органы планировали создать лечебно-курортные учреждения на базе региональных минеральных источников и сапропелевых грязей. Требовалось научное обоснование темы, но исследователей, занимающихся разработкой данных научных проблем, не существовало.

Большую роль в признании ТГМИ как учебного и научного учреждения сыграл профессор М. П. Вилянский. Он переехал в г. Тюмень из г. Омска в 1965

---

[558] Об организации Тюменского медицинского института: приказ Министра здравоохранения РСФСР 21.06.1963 г. // ГАТО. Ф. 2004. Оп. 1. Д. 3. Л. 4.
[559] Жаров Л., Ермакова С. Ректоры Тюменской области. С. 289.
[560] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5258. Л. 79.

г., был избран заведующим кафедрой общей и факультетской хирургии и назначен проректором по учебной и научной работе. По его инициативе в феврале 1967 г. в г. Тюмени состоялась научная конференция по вопросам региональной перфузии и особенностям лечения хирургических заболеваний в условиях Севера. В этом мероприятии участвовал непререкаемый авторитет советской медицины академик А. А. Вишневский. Первый секретарь Тюменского обкома коммунистической партии Б. Е. Щербина связывал решение о созыве настоящей конференции в Тюмени с большим вниманием к развитию экономики региона, к открытию нефтегазовых месторождений и, возникающим в связи с этим, задачам медицины [561].

Участие авторитетных учёных страны в становлении ТГМИ помогло нарастить научно-исследовательский потенциал и сформировать профессорско-преподавательский состав в соответствии с директивами союзного и республиканского Минздравов. С 1963 по 1969 гг. выполнили 13 докторских, 37 кандидатских диссертаций. В 1968 г. провели научную конференцию, посвящённую 5-летию института, издали первый сборник научных трудов, опубликовали свыше 100 научных статей и материалов[562].

В 1969 г. состоялся первый выпуск медиков ТГМИ, и лечебно-профилактические учреждения получили 180 молодых врачей-специалистов[563] *(см. приложение 2, фото 10)*. В числе прочих первые дипломы провизора вручили двум выпускницам из числа жителей коренной народности Тюменского Севера – Гоголевой Розе и Пакиной Ольге[564].

«В 1973 г. две тысячи специалистов – 1463 врача и 718 провизоров получили путевку в жизнь в стенах Тюменского мединститута. Две трети их работали в области»[565].

Что касается, преподавательского состава, то Тюменский медицинский институт взял на вооружение идею формирования научно-педагогического

[561] ГАТО. Ф. 2004. Оп 1. Д. 3. Л. 317.
[562] Там же. Л. 303–310.
[563] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 43.
[564] Там же. Ф. 2005. Оп. 1. Д. 3. Л. 241.
[565] Петрушин А. А. Академия. С. 54.

потенциала медицинского вуза из его студентов-выпускников, сформулированную ректором ТГМИ Н. Ф. Жвавым в 1977 г[566].

С середины 1970-х гг. основным направлением научно-исследовательской работы института стали региональные медико-социальные проблемы. По заданию Сибирского филиала АМН СССР совместно с отраслевыми объединениями разрабатывались медико-биологические обоснования комплектования вахтовых бригад на нефтяных и газовых месторождениях Тюменской области. Другими важными направлениями научных исследований явились краевые паразитарные патологии – описторхоз и энцефалит. Вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения этих распространённых в Тюменском крае заболеваний всегда находились в центре внимания учёных ТГМИ.

В соответствии с постановлением ЦК КПСС от 30 марта 1980 г. в Тюменском медицинском институте наиболее успешно разрабатывались проблемы: физиологии и патологии механизмов адаптации к различным климатогеографическим производственным условиям Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера *(см. приложение 2, фото 15-31)*. Были определены медико-биологические аспекты вахтового метода труда геологических партий Приполярья и Заполярья и объективные тесты профотбора рабочих в производственные коллективы северных районов Тюменской области. По данной проблеме работало 14 кафедр вуза[567].

Научные достижения института вводились в тюменскую систему охраны здоровья. В октябре 1975 г. по инициативе первого секретаря Нижневартовского горкома КПСС С. Д. Великопольского и заместителя начальника НГДУ «Мегионнефть» Г. М. Кокуевицкого через облздравотдел сотрудники ТГМИ начали сотрудничество с данным НГДУ по созданию сбалансированного режима труда и отдыха для трудящихся Нижневартовского района.

Материалы исследования позволили обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию системы охраны здоровья и организации медицинской

---

[566] Петрушин А. А. Академия. С. 65.
[567]. Там же. С. 68.

помощи населению региона. 2 июня 1978 г. состоялась коллегия Тюменского облздравотдела «О нормативах потребности в стационарной медицинской помощи населения промышленных городов Севера Тюменской области». Было отмечено, что исследования сотрудников ТГМИ совместно с практическими врачами г. Нижневартовска показали 76 % необеспеченности народонаселения стационарной медицинской помощью. Планируя усовершенствование стационарного обслуживания северных городов Тюменской области до 1990 г., нормативы потребности определили в 183,9 коек на 10 тыс. населения.

Сотрудничая с ПО «Нижневартовскнефтегаз» в 1979–1980 гг. провели научно-исследовательскую работу «Разработка рекомендаций по медицинскому обеспечению нефтяников в вахтовых посёлках»[568]. Для этого в вахтовом посёлке Покачи 12 месяцев вели учёт и анализировали число обращений в здравпункт. В итоге разработали систему нормативных и методических материалов, осуществившуюся приказом областного отдела здравоохранения 04.03.1982 г. «О мерах по улучшению медико-санитарного обслуживания жителей новых посёлков и городов области»[569].

Научные исследования привлекали к участию в решении задач окружного здравоохранения практикующих врачей Ханты-Мансийска, партийные, государственные органы и промышленные предприятия. «В период с 1978 по 1983 гг. в г. Нижневартовске провели по инициативе городского комитета Коммунистической партии, исполкомов Нижневартовского городского и районного Советов народных депутатов, производственного объединения «Нижневартовскнефтегаз», ТГМИ три научно-практические конференции по охране здоровья работающих в нефтегазодобывающей промышленности»[570].

Интенсивное развитие специализированной медицинской помощи в середине 1960-х годов потребовало перестройки высшего медицинского образования от обучения медиков общего профиля к подготовке узких специалистов. Постановление партии и правительства с целью улучшения

[568] Вильгельм В. Д., Долгинцев В. И. В центре событий // Жизнь, отданная людям. С. 163.
[569] Там же.
[570] Там же.

качества обучения медиков предлагало ввести одногодичную специализацию – интернатуру для выпускников лечебных и педиатрических факультетов по основным клиническим специальностям[571].

В 1967–1969 гг. в стране провели реформу медицинского образования по инициативе Минздрава СССР. Её главная задача состояла в ранней профилизации будущих врачей-специалистов.

В 1964–1991 гг. мединститут каждый год выпускал около 500 врачей и провизоров *(см. приложение 1, табл. 19)*. Партийные и советские органы большое внимание уделяли улучшению работы по подбору, расстановке и «идейно-политическому воспитанию медработников»[572].

В области происходило постепенное увеличение количества медиков, но до начала 1970-х гг. в Ямало-Ненецком округе не было врачей-ненцев, ханты, манси или селькупов. Руководители отделов окрисполкома и облбольницы наряду с депутатами окружного Совета обратились в газету с призывом организовать подготовительное структурное подразделение для детей малых народностей Севера при мединституте с последующим их зачислением в вуз. Минздрав РСФСР открыл такое отделение при Омском медицинском институте им. М. И. Калинина в 1957 г.[573]. Туда окружной отдел здравоохранения ежегодно направлял до 10 детей северных народностей с образованием 7, а с 1959 г. – 8 классов. В 1965 г. в Совет Министров РСФСР обратился секретарь Омского обкома Коммунистической партии и председатель исполкома Омского областного Совета депутатов трудящихся с просьбой рассмотреть вопрос о переводе подготовительного отделения и интерната для народностей Крайнего Севера из Омского в Тюменский медицинский институт[574].

В 1967 г., отделение для северных народностей включили в ТГМИ. Благодаря этому были подготовлены медики с высшим образованием из

---

[571] О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развития медицинской науки в стране: постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 05.07.1968 г. // ГАТО. Ф. 814. Оп. 5. СИФ. Инв. № 1949. С. 301, 308.
[572] Там же. С. 301, 308.
[573] Московкин П. Т., Ахманович Э. И., Костецкий В. И. и др. О воспитании национальной интеллигенции в районах Крайнего Севера. Известия. 1952. 14 ноября.
[574] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 4582. Л. 1.

представителей аборигенных национальностей. Первыми национальными врачами являлись: селькуп Г. Е. Калин, коми Н. Г. Тананина, ненка Н. В Ядне[575].

Для сравнения: на Камчатке одним из способов привлечения коренных жителей к обучению стала организация в 1954–1955 гг. интерната на 30 учащихся с зачислением их на полное государственное обеспечение Камчатского медучилища. Ежегодно туда направлялось по 25–30 выпускников школ из местных народностей, окончивших 8 классов. В конце 1980-х гг. 8 % заявлений поступающих в училище и 10 % его выпускников составляли представители коренного населения[576].

В конце 1960-х гг. в Тюменском крае сохранялась проблема низкой обеспеченности населения медицинскими кадрами. По данным института «Гипровуз» среднегодовая дополнительная потребность в 1970–1980 гг. составляла: медиков с высшим образованием – 600 человек, со средним – 3700. Особенно остро стоял вопрос с подготовкой врачей-педиатров. В 1970 г. в областных лечебно-профилактических учреждениях не хватало 400 таких специалистов. Из мединститутов страны область получала каждый год всего 30–40 педиатров. В 1970 г. Тюменский обком Коммунистической партии вынес на рассмотрение Минздрава СССР предложение об открытии в 1971–1972 гг. педиатрического факультета в ТГМИ с ежегодным приёмом 130–150 человек, начавший работу в 1973 г.[577]

В 1986 г. организовали факультет повышения квалификации последипломной подготовки врачей-специалистов. Затем в 1990-е–2000-е гг. – стоматологический факультет и факультет высшего сестринского образования.

К середине 1960-х гг. в Тюменском регионе повысился набор студентов в медицинские училища: с 660 в 1963 г. он увеличился до 780 в 1964 г. По линии Красного креста в 1963 г. приняли на 2-х годичные курсы медсестер 390 студентов[578].

---

[575] Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа ... С. 30.
[576] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 81–82.
[577] ГАСПИТО. Ф. 124. Оп. 1. Д. 5258. Л. 2.
[578] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 611. Л. 108.

Партия и правительство подчёркивали важность проведения мероприятий, направленных на расширение объёма и улучшения качества обучения средних медицинских и фармацевтических кадров[579].

До 1965 г. в регионе имелось 4 учебных заведения, готовивших фельдшеров, акушерок и медсестёр. Каждый год увеличивали число выпускников Тюменское и Тобольское медучилища, а средние медицинские учебные заведения в Салехарде и Ханты-Мансийске готовили кадры в целях обслуживания населения национальных округов. С середины 1960-х гг. дополнительно открыли медучилища в г.г. Ишиме и Ялуторовске[580].

Тюменское медучилище, в 1992 г. реорганизованное в медицинский колледж, учредили ещё в 1878 г. на базе Тобольской повивальной школы. Она являлась первым в Сибири и вторым в России средним медицинским учебным заведением. В 1921 г. по решению Президиума Тюменского губисполкома школу перевели в Тюмень и назвали Тюменской фельдшерско-акушерской школой (ФАШ).

Сначала обучение проходило на акушерском и фельдшерском отделениях. В начале 1930-х гг. открыли отделение техников по уходу, позже его переименовали в отделение медсестёр. Примерно в это же время организовали группы по подготовке помощников санитарных врачей, помощников врачей-терапевтов и лаборантов.

Первыми преподавателями медколледжа являлись опытные клиницисты, профессионалы своего дела, Заслуженные врачи Российской Федерации С. И. Карнацевич, Н. В. Сушков. М. М. Быстров, М. А. Сперанский, Н. Н. Русских, П. И. Сазонов, И. С. Карелин.

В годы Великой Отечественной войны училище «готовило медицинские кадры для фронта и тыла. На краткосрочных курсах РОКК подготовили 1200

[579] Постановление ЦК КПСС и Совмина СССР 05.07.1968 г. С. 8–19.
[580] Семовских Ю. Н. Здравоохранение Тюменской области за 50 лет. С. 8.

медсестёр, 1000 из них ушли на фронт, остальные работали в госпиталях города»[581].

В послевоенные годы ФАШ набрала темпы обучения медиков для города и районов. В 1950 г. учебное заведение стало базовым, начало выполнять функции методического центра, объединяющего училища г.г. Тобольска, Ханты-Мансийска, Салехарда. В 1954 г. ФАШ переименовали в медицинское училище. В 1960–1980-е гг. деятельность училища совпала с бурным развитием Тюменской области, связанным с разработкой нефти и газа[582].

К началу 1980-х гг. общее число студентов выросло до 2000 человек, практически на базах всех больниц города создали отделения медсестёр. В 1981 г. Тюменскому медицинскому училищу за победу в соцсоревновании между средними специальными заведениями города на вечное хранение передали Красное Знамя горкома Коммунистической партии. В 1986 г. училище победило в социалистическом соревновании среди медучреждений РСФСР[583].

Другое медицинское училище – Тобольское организовали в 1930 г. с целью обучения медработников для севера региона и назвали сначала медицинский техникум. В 1935 г. учебное заведение реорганизовали в ФАШ. Великая Отечественная война повлекла за собой большую потребность в медицинских кадрах, в том числе, и в среднем медицинском персонале. За годы войны подготовили 607 медиков. Выпускники школы – А. И. Мельников и А. Е. Звягин удостоились звания Героя Советского Союза. В 1954 г. Тобольская ФАШ получила статус училища. В 1969 г. ему присвоили имя выпускника Володи Солдатова, погибшего во время борьбы с эпидемией тифа на Крайнем Севере. В 2001 г. по результатам государственной аккредитации училищу присвоили статус колледжа[584].

В северных округах отмечалась особенно острая потребность в медработниках. Многие фельдшерские пункты, не имея специалистов, не

---

[581] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 33.
[582] Сазонова В. Н. Я отвечаю за всё! // Жизнь отданная людям. С. 148.
[583] Летопись здравоохранения Тюменской области.С. 32–33.
[584] Там же. С. 34.

функционировали на протяжении лет. Нехватка медиков в значительной мере усугублялась труднодоступностью и неудовлетворительными бытовыми условиями на Крайнем Севере. В конечном итоге работать оставались люди, выросшие в этой суровой обстановке, и решить проблему нехватки медработников можно было только их подготовкой на местах.

В 1934 г. в г. Ханты-Мансийске открыли ФАШ и провели первый набор студентов. В 1935 г. его организовали среди лиц коренных национальностей. ФАШ стала «кузницей кадров»[585] медиков со средним образованием для национальных округов. Организовал школу и стал первым её директором П. Г. Скоморохов. Выпуск первых 14 специалистов состоялся в 1938 г. В годы войны подготовили 202 медработника, из которых многие служили на фронте. В конце изучаемого периода 1964–1991 гг. начались изменения в системе обучения. До 1970 г. в училище существовало три отделения: медсестринское, фельдшерское и акушерское. В 1982 г. акушерское отделение закрыли, в 1991 г. в училище открылось зубоврачебное отделение[586].

Не менее интересна история Салехардского медицинского училища. «В 1944 г. Ямало-Ненецкий окружной отдел здравоохранения (окрздравотдел) обратился в Совет Народных Комиссаров РСФСР с просьбой о создании в г. Салехарде фельдшерско-акушерской школы, открытой 1 сентября 1945 г.

В приказе народного комиссара здравоохранения РСФСР № 6-0 от 6 января 1945 г. говорилось об учреждении в г. Салехарде фельдшерско-акушерской школы на 30 человек в целях ликвидации дефицита средних медработников и обеспечения медучреждений своими кадрами с привлечением в школу лиц коренной национальности»[587].

---

[585] Ханты-Мансийск 1637–1999 гг. Город в лицах, фактах и датах. История предприятий и учреждений: библиографический указатель / Сост. С. Ю. Волженина, О. М. Павлова. Ханты-Мансийск, 2000. С. 69.

[586] Там же.

[587] Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа ... С. 26; Москвич О. Вехи истории славной: о Салехардском медицинском училище // Ямальский меридиан. 2006. № 1-2. С. 46–47; История Салехардского медицинского училища. Салехард, 1989. С 11.

«В целях изменения данной ситуации окрздравотдел при поддержке окружных партийных и советских органов обратился в Совет Министров РСФСР с ходатайством об открытии интерната и подготовительного отделения при Салехардской фельдшерско-акушерской школе»[588]. На открывшееся подготовительное отделение с 1951 г. стали принимать детей с образованием 5, 6 и 7 классов. Окончивших 7 классов зачисляли в ФАШ без экзаменов. Позднее, в 1961 г., когда окружные средние школы стали выпускать достаточное число представителей малых северных народностей, данное отделение свернули.

В 1956 г. закончили Салехардскую ФАШ первые фельдшеры из лиц аборигенных национальностей, учившиеся на подготовительном отделении.

Первым выпускником из их числа являлся признанный ненецкий поэт, член Союза писателей Л. В. Лапсуй, окончивший ФАШ в 1954 г.

В 1955 г. Салехардскую фельдшерско-акушерскую школу реорганизовали в Салехардское медицинское училище.

Первыми директорами Салехардской ФАШ являлись Н. М. Миллер и Е. Н. Киселева. Директорами Салехардского медучилища работали: Г. К. Дворянский, И. П. Пинегина, Л. Ф. Юматова, В. Б. Жарков, А. И, Желенко, Р. Г. Шапиро[589].

За 55 лет Салехардское медучилище подготовило свыше 4000 медработников, большинство из которых работают в округе. К 2000 г. во всех окружных лечебно-профилактических учреждениях практиковали врачи из лиц коренной национальности[590]. В 1965–1966 гг. в нём училось 225, в 1970–1971 – 309. В 1975–1976 – 3698, в 1991–1992 – 5070 человек *(см. приложение 1, табл. 20).*

Для сравнения: на Камчатке к 1968 г. 48,7 % приглашенных на работу медицинских сестер, фельдшеров составляли выпускники Петропавловск-

---

[588]. Мелещенко К. П. Указ. соч. С. 28, 31.
[589] ГАЯНАО. Ф. 84. Оп. 1. Д. 113-117; История Салехардского медицинского училища. Салехард, 1989. 160 с.
[590] Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа ... С. 28, 31.

Камчатского медучилища. В 1966–1975 гг. оно выпустило 2143, в 1976–1985 гг. – 1797, в 1986–1991гг. – 1226 медиков[591].

Материальная база медучилищ постепенно улучшалась: за 1970-е–1980-е гг. построили новые здания в г.г. Тобольске, Ханты-Мансийске, расширили площади Тюменского базового училища. Когда вышел приказ Минздрава СССР о создании в лечебных учреждениях кабинетов доклинической практики для проведения теоретических и практических занятий со студентами, во всех больших региональных городах, их организовали и оснастили «всем необходимым»[592]. При Тюменской городской больнице № 2 функционировало 22 кабинета. Совместная деятельность медиков больницы и сотрудников Тюменского медучилища приносила свои плоды: повысилось качество обучения студентов, улучшились профессиональные умения и навыки[593].

Успех в организации медицинской службы во многом зависел от личности руководителя медучреждения и его заместителя, следовательно, важными мероприятиями являлись подбор и подготовка руководящего персонала.

Существенную роль в воспитательной работе с кадрами играла правильная организация системы поощрения медработников. Отличившиеся медработники награждались значком «Отличник здравоохранения», им присваивалось почетное звание «Заслуженный врач республики»[594].

Подготовка и повышение квалификации медперсонала, его использование, распределение выпускников высших и средних медицинских учебных заведений осуществлялись в соответствии с планом развития системы охраны здоровья. Их направляли на ведущие участки охраны здравоохранения.

Каждый врач должен был проходить усовершенствование раз в 5 лет. Сектор кадров облздравотдела каждый год направлял на повышение профессионального мастерства около 300 медиков с высшим образованием. В то

---

[591] Князькина Т. А. Становление и развитие здравоохранения … С. 58.
[592] Об утверждении «Положения о кабинете и лаборатории среднего медицинского и фармацевтического учебного заведения: приказ Минздрава СССР 19.09.1984 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 51. Д. 1139. Л. 418.
[593] Сазонова В. Н. Я отвечаю за всё! С. 148.
[594] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 11. Л. 63.

время как многие из них не повышали квалификацию в институтах на протяжении 5 и более лет, большое количество путёвок в институты усовершенствования врачей не использовались[595].

В 1967 г. в отчёте секретаря окружкома КПСС П. Е. Плесовских о работе с медицинскими кадрами в парторганизации Ханты-Мансийского округабыло отмечено, что многие из недостатков имели место в большинстве региональных городов и районов. Каждый год из числа медработников Ханты-Мансийского округа специализацией и усовершенствованием врачей охватывали 35–40 человек из 270. За 1965–1966 гг. из 1650 средних медработников округа повысили свою квалификацию только 140 человек. При таких темпах округу потребовалось бы 25 лет, чтобы охватить учёбой эту категорию работников. Мало проводилось окружных конференций, семинаров, совещаний по различным разделам работы.[596].

В Ханты-Мансийском округе работала в основном молодёжь, не имеющая достаточного практического опыта и теоретических знаний. Из числа всех врачей региона стаж работы до 3-х лет был у 50 % и до 5 лет – у 66 %. В окружной больнице из 47 медиков с высшим образованием только 14 имели стаж работы свыше 5 лет. Без учёбы этих молодых людей нельзя было изменить окружной уровень охраны здоровья[597].

Государство планировало улучшить работу по подготовке, повышению профессионализма персонала в соответствии с требованиями научно-технического прогресса. Ради обеспечения районов Сибири и Дальнего Востока кадрами предусматривались «улучшение обучения и навыков врачей, провизоров, среднего медицинского и фармацевтического персонала, подготовка 9,6 млн. специалистов с высшим и средним специальным образованием. Особое внимание уделялось обеспечению кадрами районов интенсивного развития производительных сил»[598].

---

[595] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 6. Л. 34, 61; Д. 11. Л. 63.
[596] Там же. Д. 11. Л. 63. Л. 63; Д. 13. Л. 61.
[597]Там же. Д. 6. Л. 63.
[598] Материалы XXV съезда КПСС. С. 102.

Намечалось в 1979–1981 гг. увеличить число учебных заведений, выпускающих медработников со средним образованием при многопрофильных больницах. Планировалось «организовать в 1979–1985 гг. институты усовершенствования врачей и факультеты усовершенствования и специализации врачей и провизоров при медицинских и фармацевтических институтах страны»[599]. Предписывалось не реже одного раза в 5 лет осуществлять туда направление медиков и провизоров, обеспечить дальнейшее совершенствование качества обучения в интернатуре врачей участков и скорой медицинской помощи, а также – через первоочередное направление их на улучшение профессиональных навыков[600].

Намечалась широкая программа мероприятий по дальнейшему усовершенствованию дела охраны здоровья советских людей, среди которых важное место занимала подготовка специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием и повышение их профессионализма. Необходимо было организовать училища совершенствования профессиональных навыков, постоянно действующие курсы специализации и усовершенствования[601].

Особенно подчёркивалось «повышение качества» обучения персонала и «увеличение выпуска специалистов по новым направлениям науки и техники»[602].

В Тюменском регионе существовал институт главных внештатных специалистов. Врачи-главные специалисты облздравотдела играли значительную роль в работе с кадрами. На партийных собраниях облздравотдела подчёркивалось важность работы с врачами и средними медработниками – главного раздела деятельности главных специалистов. Им необходимо было изучать причины неявки врачей-специалистов после окончания интернатуры по месту распределения, определять конкретные плановые направления медиков на

---

[599] Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 870 от 22.09.1977 г. Л. 262–269.
[600] Там же.
[601] О мерах по совершенствованию системы повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием: приказ Минздрава СССР 12.12.1978 г. // ГАРФ. Ф. Р8009. Оп. 50. Д. 6978. Л. 98.
[602] Материалы XXVI съезда КПСС. С. 106.

повышение профессиональных навыков в ГИДУВы и контролировать его выполнение[603].

Проблемы подготовки и расстановки персонала и пути их решения являлись чрезвычайно актуальными для государства. В середине 1980-х гг. каждый год в область прибывало свыше 1000 человек начинающих медиков с высшим и средним образованием. Приблизительно столько же прибывало по приглашениям в основном на север края. Такая текучесть личного состава требовала особенно внимательной работы с медицинскими кадрами. Главными специалистами облздравотдела под руководством заведующих отделом и сектором кадров проводились учёт численности специалистов, их планирование, повышение профессионализма, аттестация, подготовка персонала в интернатуре, ординатуре, воспитательная работа. Большинство главных специалистов имели картотеку на своих подопечных, следили за движением кадров, их аттестацией и повышением профессионального мастерства.

Главные специалисты вели подготовку персонала с целью работы за рубежом. За труд своих врачей страна получала немалые валютные поступления. Все главные специалисты являлись членами аттестационной комиссии облздравотдела и играли важную роль в вопросах аттестации личного состава[604].

Проблема главных специалистов заключалась в слабом решении вопросов планирования деятельности будущих врачей. Субординатура по специальности формировалась в институте, исходя из желания студента и возможностей института. Недостаточное влияние главных специалистов на этот процесс приводило к тому, что на распределении на государственной комиссии облздравотдел получал не нужных региону специалистов, а таких, какие были. В 1985 г. не закрыли врачами-фтизиатрами ряд регионов, не фиксировалось травматологов в г. Тюмени и т. д.

Все врачи облбольницы и ассистенты 3-х кафедр терапии ТГМИ закреплялись за определёнными региональными городами и районами. Кураторы

---

[603] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 21. Л. 26; Миллер В.Д. Люди, здравоохранение, власть. Тюмень, 2012. С. 54.
[604] ГАСПИТО. Ф. 2812. Оп. 1. Д. 21. Л. 40, 41, 42, 43.

по графику выезжали на места методической и консультативной помощи и учёбы терапевтического персонала. Они регулярно осуществляли экстренные и плановые выезды. Количество экстренных вызовов год от года сокращалось, а плановых увеличивалось. В 1967 г. экстренных выездов насчитывалось 51, в 1975 г. – 34; плановых выездов, соответственно – 47 и 108. Увеличение плановых выездов улучшало качество медобслуживания[605].

Особенности практики врача требовали постоянного повышения навыков в течение его профессиональной деятельности. В этих целях организовали единую государственную систему специализации и усовершенствования врачей. К 1973 г. создали 13 институтов и 22 факультета усовершенствования врачей и провизоров в мединститутах[606]. Их приравняли к высшим учебным заведениям по учебному и научному статусу и наделили правами высшей школы.

Первой ступенью данной системы являлась специализация в институтах и на факультетах усовершенствования врачей. Второй ступенью повышения квалификации являлись проводимые там же подобные курсы и циклы.

С 1964 по 1975 гг. специализировались и усовершенствовались в ГИДУВах страны и на местной базе: в 1964 г. – 87, в 1975 г. – 80, в 1985 – 222 врача терапевтического профиля. Из них более всех насчитывалось терапевтов (соответственно 24, 12 и 161). С 1964 по 1985 гг. количество специализировавшихся и усовершенствовавшихся врачей-специалистов терапевтического профиля увеличилось в 2,5 раза. Из них терапевтов – в 6,7 раза *(см. приложение 1, табл. 17)*.

Врачи терапевтического профиля проходили аттестацию и получали категории. Если в 1967 г. аттестовали 10 врачей-терапевтов, то в 1975 г. – 46. К 1986 г. квалификационную категорию имело 262 врача, из них высшая категория была у 48. К 1986 г. врачи-терапевты имели больше всех квалификационных категорий. Всего по одному квалифицированному специалисту насчитывалось среди пульмонологов, аллергологов, два – среди гематологов. Методкабинетом

---

[605] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 27; Д. 915. Л. 13.
[606] Чикин С. Я., Исаков Ю. Ф., Чекнев Б. М., Житницкий Г. Д. Высшая медицинская школа в СССР. С. 157.

областной клинической больницы совместно с главными специалистами облздравотдела и главврачами диспансеров производилась плановая работа по повышению профессионализма терапевтического персонала путём проведения областных, окружных, городских, районных конференций, семинаров, совещаний, заседаний научного общества терапевтов. В каждом лечебно-профилактическом учреждении проводилась учёба врачей и фельдшеров[607].

Интенсивное развитие практической медицины в 1980-е гг. привело к нехватке высококвалифицированных медиков. Существовавшие на то время курсы повышения квалификации не удовлетворяли требований учреждений охраны здоровья. В 1985 г. организовали Тюменское училище повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием, где готовили до полутора тысяч специалистов в год Возглавила его Г. Н. Кочубей[608]. В 1986 г. создали факультет повышения квалификации последипломной подготовки врачей-специалистов в ТГМИ.

Учёба среднего персонала осуществлялась планово на рабочих местах районных больниц, окружных и областных родовспомогательных учреждений, на курсах повышения квалификации с отрывом от производства в г.г. Ханты-Мансийске и Тюмени. Регулярно проводился день акушерки с переаттестацией на 1 категорию в г.г. Ханты-Мансийске и Ишиме. В апреле 1970 г. начали работать курсы усовершенствования акушерок. Каждому району выделялось по 3 места[609].

Отделения, кабинеты Тюменской областной больницы стали школами медперсонала. По воспоминаниям В.В. Шевчука здесь перенимали опыт, приобретали новые специальности работники периферийных медучреждений. «При облбольнице действовал филиал медучилища, позднее открыли училище повышения квалификации. И готовили до полутора тысяч специалистов в год!»[610].

Для улучшения качества медобслуживания населения и в наше время сохраняют актуальность организация школ передового опыта на базе лучших

---

[607] ГАТО. Ф.1725. Оп.1. Д. 1135 а. Л. 58.
[608] Летопись здравоохранения Тюменской области. С. 36.
[609] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 886. Л. 278.
[610] Шевчук В. В. Бурное время «застоя». С. 26.

лечебных заведений и проведение обучающих циклов среди медработников. В Абатской и Тюменской районных больницах, городской поликлинике № 3, Салехардской окружной больнице и др. существовали подобные школы[611].

В Ханты-Мансийском округе проводились циклы подготовки «По основам клинической паразитологии» факультетом усовершенствования Тюменского института, по «Актуальным вопросам социальной гигиены и организации здравоохранения» кафедрой Киевского института усовершенствования врачей. Ежегодно проводились циклы подготовки медсестёр, лаборантов, фельдшеров, отделений «скорой медицинской помощи», зубных техников. Была создана аттестационная комиссия по аттестации медиков с высшим и средним образованием на соответствие занимаемых должностей», утверждён резерв руководящего личного состава. Открылись вечерние группы в г.г. Урае, Ханты-Мансийске, Советском районе[612].

В июле 1986 г. во исполнение приказа Минздрава РСФСР № 320 от 18 мая 1986 г. открыли медучилище в городе Нижневартовске. В 1989 г. приказом Минздрава РСФСР № 109 от 4 июля 1989 г. – Сургутское медицинское училище[613]. В 1987–1989 гг. учредили филиалы Салехардского медучилища в г.г. Надыме, Новом Уренгое и Ноябрьске[614].

Развитие материально-технической базы и кадрового потенциала здравоохранения привели к изменению уровня и качества медицинского обслуживания. Количественные и качественные показатели здравоохранения взаимосвязаны, они дополняют друг друга, позволяя комплексно оценивать состояние системы. Анализ качественных показателей здравоохранения Тюменской области на этапах развития 1964–1976 гг. и 1976–1991 гг. позволяет проследить динамику доступности, качества, безопасности, удовлетворённости, эффективности и результатов лечения.

---

[611] ГАСПИТО. Ф. 3918. Оп. 1. Д. 179. Л. 14, 89.
[612] В. М. Каданцев. Река времён …
[613] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 617. Л. 92.
[614] Мелещенко К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа ... С. 27.

Отправными точками для сравнения служат данные за 1965, 1975, 1986 и 1990 гг., так как они опубликованы в использованных нами статистических сборниках.

На первом этапе развития здравоохранения 1964–1976 гг. наблюдался устойчивый рост доступности медицинской помощи. Подушевое финансирование в 1965–1975 гг. выросло с 32,2 р. до 56,1 р. (в 1,7 раза). Объём медпомощи увеличился с 4623,9 тыс. до 11460,1 тыс. амбулаторных посещений врачей (в 2,5 раза), с 3238,8 тыс. до 5767 тыс. посещений среднего медперсонала (в 1,7 раза), с 80752 до 115918 хирургических операций в год (в 1,4 раза). Уровень госпитализации от общей численности населения увеличился с 21,5 % до 25,6 %, что могло свидетельствовать о расширении доступа к стационарной помощи[615].

Число новорождённых в городах, которых посетили врачи в первые 3 дня после выписки из роддома, увеличилось с 83,5 % до 93,3 %, в сельской местности уменьшилось с 26,6 % до 24,1 %, но в среднем выросло с 55,05 % до 58,7 %. Выросло число вызовов скорой помощи с 81526 в 1965 г. до 209616 в 1967 г., что отражало развитие экстренной службы[616].

Однако существовали и проблемы: был очевиден дисбаланс между городом и селом, наблюдалась высокая нагрузка на врачей. Средняя численность населения на терапевтическом участке снизилась с 3853 до 3391 человека, на педиатрическом выросла с 857до 988 человек. При норме 1700 человек на городских участках, 1300 человек на участках в сельской местности и 800 человек на педиатрических участках она оставалась высокой[617].

Улучшалось качество обслуживания. Происходило снижение доли поздней доставки по некоторым заболеваниям (например, по острому аппендициту – с 24,15 % до 21,75%, по внематочной беременности – с 38,65 % до 33,9 %)[618].

---

[615] Здравоохранение в Тюменской области … С. 18, 61, 63, 100; Здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР: статистический сборник / Госкомстат РСФСР. М., 1988. С. 30.
[616] Здравоохранение в Тюменской области … С. 215; ГАТО. Ф. 1725. Оп 1. Д. 614. Л. 3, 65.
[617] Здравоохранение в Тюменской области … С. 57, 58.
[618] Там же. С. 209.

Расширялся охват профилактическими осмотрами. Выполнение плана выросло с 91,7 % до 96%, увеличилось количество осмотреннных с 537858 до 747987 человек, обследованных на туберкулёз – с 389,2 до 740,2 на 1000 человек[619].

Таким образом, по показателю «качество» фиксировалось улучшение своевременности медицинской помощи и профилактики заболеваний.

Однако в сельской местности проблемы с доступностью и качеством сохранялись

В эффективности медицинской помощи имелись отрицательные тенденции. Снизилось средняя занятость терапевтической койки в году. В 1964 г. она составляла по сельской местности 317,45 дней, в 1975 г. – 309 дней[620]. Снижение составило 8,45 дня, или примерно 2,7 %. Занятость коек была далека от оптимального показателя 340-350 дней, что показывало недостаточную загрузку системы здравоохранения.

Среднее пребывание больного на терапевтической койке в 1964 г. в сельской местности составляло 11,4 дней, в 1975 г. – 13,7[621]. Рост составил 4,9 дня, или примерно 43 %.

В итоге за 1965–1975 гг. отмечается снижение средней занятости терапевтической койки и значительный рост средней длительности пребывания больного на койке. Если рассматривать занятость койки как показатель интенсивности работы стационара, то эффективность коечного фонда за 10 лет незначительно снизилась. Рост длительности лечения означал снижение оборота койки.

В результате лечения уже в 1965–1975 гг. произошло снижение больничной смертности: по гипертонии с 1,2 % до 0,5 %; по онкологии (кроме крови и лимфы) – с 15,6 % до 10,3 %; по туберкулёзу органов дыхания – с 3,2 % до 2,9 %[622].

---

[619] Здравоохранение в Тюменской области …. С. 134, 135,137.
[620] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 313, 4; Д. 915. Л. 4
[621] Там же. Л. 5.
[622] Здравоохранение в Тюменской области … С. 204, 209.

Общая смертность выросла с 7,6 до 8,8 на 1000 человек, детская – снизилась с 33 до 24,6 на 1000 человек. Контингенты больных на 1000 жителей по гипертонии увеличились с 9,75 до 13,55, хроническим гастритом – снизились с 11,9 до 7,65. Заболеваемость городских детей до 14 лет на 1000 человек: гриппом и острыми инфекциями дыхательных путей резко выросла с 230,8 до 706,6, дизентерией – снизилась с 27,7 до 30,7, корью – с 68,3 до 28,8[623].

Можно сделать вывод, что эффективность медицинской помощи незначительно снизилась. Результаты лечения хронических заболеваний улучшились, но наблюдались противоречия – снижение детской смертности и, вместе с тем, рост общей смертности и заболеваемости некоторыми инфекциями.

Увеличение послеоперационной летальности и уменьшение больничной смертности косвенно свидетельствовало о неоднозначности показателя безопасности лечения.

Таким образом, на первом этапе исследуемого периода 1964–1976 гг. (отправные точки 1965, 1975 гг.) наблюдался прогресс в доступности и качестве медицинской помощи: выросли подушевое финансирование, объём услуг, показатели профилактики. Однако снижалась эффективность и безопасность лечения: росла общая смертность, послеоперационная летальность, сохранялись проблемы в сельской местности, а также в области инфекционной заболеваемости.

На втором этапе исследуемого периода 1976–1990 гг. (отправные точки 1975, 1986, 1990 гг.) подушевое финансирование выросло с 56,1 (1975 г.) до 118,8 (1990 г.) на одного жителя, что говорит о значительном увеличении государственных расходов на здравоохранение. По объёму медицинской помощи число посещений врачей на амбулаторном приёме увеличилось с 11460,1 тыс. до 26979,5 тыс., что свидетельствовало о росте доступности амбулаторной помощи[624].

---

[623] Здравоохранение в Тюменской области …. С. 11, 13, 161, 172, 184, 187.
[624] Там же … С. 13, 61; Основные показатели … за 1990 г. С. 40, 138.

Охват медицинским родовспоможением был сТаблильно высоким – 99,97% в 1986 и 1990 гг. Число вызовов скорой помощи также выросло с 955677 в 1986 г. до 1043510 в 1990 г. Уровень госпитализации к 1986 г. практически не изменился (25,6–25,7%), что говорило о сТаблильности системы стационарной помощи[625].

Таким образом, доступность медицинских услуг выросла за счет увеличения финансирования и расширения объёма медицинской помощи.

Улучшалось качество медицинской помощи. Происходило снижение поздней госпитализации по некоторым заболеваниям: по острому аппендициту – с 21,75 % в 1975 г. до 23,3 % в 1986 г., по внематочной беременности – с 33,9 % до 35,4 % в 1986 г.[626]

Вместе с тем можно отметить и позднюю госпитализацию по ряду заболеваний. Наблюдалось увеличение несвоевременной доставки при ущемленной грыже – в городах 17,1, в селе – 15,0 %, в среднем – 16,05 % в 1975 г. и – 17,8 % в 1986 г.; по острому холециститу в городах – 44,9 %, в селе – 28,3%, в среднем 36,6 % в 1975 г. и 39,1 % в 1986 г. Фиксировалась поздняя госпитализация по внематочной беременности в 1975 г. в городах – 25,7, в сельской местности – 42,1, в среднем – 33,9; в 1986 г. – 35,4 %[627].

В целом, к 1986 г. своевременность оказания помощи по ряду острых состояний (аппендицит, прободная язва, внематочная беременность, ущемлённая грыжа, острый холецистит) в среднем ухудшилась или осталась на прежнем уровне, особенно в сельской местности.

Выполнение плана профосмотров за 1975–1990 гг. снизилось с 96 % до 91,2%, охват осмотрами на туберкулёз – с 822,9 до 572,7 на 1000 населения.

---

[625] Здравоохранение в Тюменской области … С. 137, 100; ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 614. Л. 3; Д. 616. Л. 145; Основные показатели … за 1986 г. С. 199, 169; Основные показатели … за 1990 г. С. 143, 177, 161; Здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР: статистический сборник / Госкомстат РСФСР. М., 1988. С. 30.

[626] Здравоохранение в Тюменской области … С. 209; Основные показатели … за 1986 г. С. 114, 120, 122.

[627] Здравоохранение в Тюменской области … С. 209; Основные показатели … за 1986 г. С. 9, 122.

В то же время диапазон диспансеризации в 1990 г. составил 69,9 % населения[628].

Средняя численность пациентов на терапевтическом и педиатрическом участках в 1986 г. была существенно ниже, чем в 1975 г., что свидетельствовало о повышении доступности и качества участковой службы. В 1965–1986 гг. на одном терапевтическом участке количество пациентов сократилась с 3391 до1774 человек, на одном педиатрическом участке – с 988 до 823 человек[629].

Качество медицинской помощи улучшалось за счет снижения поздней госпитализации по некоторым заболеваниям, роста диспансеризации, сокращения населения на терапевтических и педиатрических участках.

Улучшалась эффективность медицинских услуг. Оптимизировалось использование коечного фонда: среднее число дней пребывания больного на койке снизилось с 16,3 (18,9 в городе, 13,7 в селе) в 1975 г. до 14,3 в 1986 г. Среднее число дней занятости койки в году за 1975–1986 гг. практически не изменилось и составило, соответственно, 326,5 (по городу 344, по сельской местности 309 дней) и 322 дня. Эти показатели были ещё далеки от оптимальных 340–350 дней[630].

Безопасность и результаты лечения были неоднозначными. Фиксировались высокие показатели смертности по отдельным заболеваниям. В 1986 г. смертность по причине гипертонии на 100 тыс. больных составляла 43 случая в (городе – 27,2, в сельской местности – 87,6), по онкологии – 93,9 (городе – 88,2, в сельской местности – 110,1) случая[631].

Послеоперационная летальность выросла с 0,6 % (1975 г.) до 0,9 % (1990 г.), что может свидетельствовать о росте сложности случаев или о проблемах в

---

[628] Здравоохранение в Тюменской области … С. 135; 137; Основные показатели … за 1990 г. С. 137, 141, 143.
[629] Здравоохранение в Тюменской области … С. 57; 58; Основные показатели … за 1986 г. С. 141, 143.
[630] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710, Л.4; Д. 915. Л. 4, 5; Основные показатели … за 1986 г. С. 97.
[631] Основные показатели … за 1986 г. С. 9.

организации экстренной помощи. Больничная летальность в 1986 г. составляла 0,56 %[632].

Фиксировалось снижение общей смертности на 1000 человек с 8,8 в 1975 г. до 6,3 в 1990 г. Детская смертность на 1000 родившихся снизилась с 24,6 в 1975 г. до 18,8 в 1990 г. Смертность новорожденных в стационарах на 1000 родившихся выросла с 6,35 (1975 г.) и 11,4 (1986 г.) до 10,9 в 1990 г. Материнская смертность: в стационарах составляла 0,04 (1986 г.) и 0,05 % в 1990 г.[633]

В 1986 г. 335 учреждений имели вспомогательные кабинеты (рентген, ЭКГ, лаборатория, физиотерапия)[634], что говорило об увеличении использования диагностического оборудования.

Можно сделать следующие выводы: на втором этапе развития здравоохранения 1964–1991 гг. (отправные точки 1975, 1986, 1990 гг.) отмечались рост финансирования и доступности медицинской помощи, снижение общей смертности; повышение эффективности использования коечного фонда. Тем не менее, к 1990 г. наблюдался рост смертности новорожденных в стационарах, увеличивалась послеоперационная и материнская смертность, снижался охват профилактическими осмотрами.

В целом, система здравоохранения за этот период продемонстрировала положительную динамику по большинству ключевых показателей до конца 80-х годов, но к началу 90-х появились негативные тенденции, требующие дополнительного анализа и принятия управленческих решений.

Здравоохранение Тюменской области в 1964–1991 гг. развивалось, ориентируясь на доступность и профилактику, но требовало улучшения безопасности хирургических вмешательств и сбора обратной связи от пациентов.

В изученных нами материалах архивов нет показателей по удовлетворённости пациентов. В советский период отдавался приоритет количественным показателям: число коек, посещений, охват профосмотрами.

---

[632] Здравоохранение в Тюменской области … С. 208, 249; Основные показатели … за 1986 г. С. 97; Основные показатели … за 1990 г. С. 112.
[633] Здравоохранение в Тюменской области … С. 11, 249; Основные показатели … за 1986 г. С. 199, 211; Основные показатели … за 1990 г. С. 6, 177, 187.
[634] Основные показатели … за 1986 г. С. 219.

Удовлетворённость считалась второстепенной, главной задачей являлось обеспечить минимальный стандарт помощи максимальному числу людей, а не персонализация медицинких услуг. Поэтому анкетирование пациентов не практиковалось, обратная связь собиралась через жалобы и благодарности. Систематический сбор данных об удовлетворённости стал внедряться в России лишь в 1990–2000-е гг.

Параметры, по которым могла бы оцениваться удовлетворённость – это вежливость персонала, комфорт условий в медучреждениях, информированность пациентов о лечении, время ожидания услуг. Несмотря на отсутствие прямых данных, можно сделать предположения на основе других показателей.

Уровень удовлетворенности мог расти благодаря: расширению доступности медпомощи, снижению смертности, развитию профилактических программ. Ключевыми рисками для удовлетворённости являлись очереди и длительное ожидание, недостаточный комфорт в медучреждениях, рост осложнений после операций.

По показателям состояния здоровья в 1989 г. в Тюменской области рождаемость была несколько выше, чем в соседних Свердловской, Омской и Курганской областях. По младенческой смертности – примерно на одном уровне, по общей смертности, заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичному выходу на инвалидность – показатели Тюменской области были значительно ниже[635].

В СССР осуществлялось ранжирование областей по состоянию здоровья населения по показателям: рождаемость, младенческая смертность, общая смертность, заболеваемость с временной нетрудоспособностью и первичный выход на инвалидность.

Первое место по рождаемости и выходу на инвалидность присуждалось области с наибольшеми показателями рождаемости и первичной инвалидности, по смертности и заболеваемости, наоборот, – области с самым низким показателем смертности и заболеваемости.

---

[635] См. Приложение 1.Табл. 21, 22, 23.

В результате проделанной работы по укреплению материально-технической базы и повышению кадрового потенциала здравоохранения к концу исследуемого периода Тюменская область занимала в ранге областей РСФСР из 73 территорий 11 место – по рождаемости, 4 – по общей смертности, 56 – по младенческой смертности, 10 – по заболеваемости с временной нетрудоспособностью и 2 – по первичному выходу на инвалидность. Средняя продолжительность предстоящей жизни составляла 70 лет[636].Эти показатели можно было бы считать удовлетворительными, если не учитывать младенческую смертность и первичный выход на инвалидность.

Таким образом, проблема подготовки медперсонала Тюменской области решалась поэтапно. На первом этапе (1964–1976 гг.) отдел здравоохранения Тюменской области исходил из управленческих, педагогических кадров вузов других регионов страны путём планового централизованного направления их на работу в Тюменское здравоохранение. С 1963 г. медработников с высшим образованием для Тюменской области подготавливал Тюменский государственный медицинский институт, организованный по постановлению Совета Министров СССР, распоряжению Совета Министров РСФСР и приказу министра здравоохранения РСФСР В.В. Трофимова.

Средние медицинские кадры Тюменской области на первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) выпускали 6 образовательных учреждений: Тюменское, Тобольское, Салехардское, Ханты-Мансийское, Ишимское и Ялуторовское медицинские училища. На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.) к ним прибавились Нижневартовское и Сургутское училища, а также филиалы Салехардского медучилища в г.г. Надыме, Новом Уренгое и Ноябрьске. Важную роль в учебных заведениях играла подготовка медиков из числа народностей Севера. Такие нововведения советского здравоохранения, как ранняя специализация студентов-медиков, институт внештатных специалистов и повышение квалификации медицинских кадров продолжают выполнять свои функции и сегодня.

---

[636] ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1222 а. С. 63

Вместе с изменениями количественных показателей, таких как количество коек, медицинского персонала, обеспеченность населения и укомплектованность медучреждений врачами и средними медработниками, менялись качественные показатели здравоохранения. Произошёл значительный рост доступности медицинской помощи (финансирование, объём услуг), улучшение качества лечения хронических заболеваний (снижение больничной смертности), улучшение профилактической работы (осмотры, диспансеризация), снижение детской смертности, оптимизация коечного фонда. Вместе с тем фиксировались рост послеоперационной летальности, ухудшение показателей общей смертности к 1990 г., дисбаланс в доступности медицинской помощи между городом и селом, большая нагрузка на медицинский персонал, высокий показатель материнской смертности, поздняя госпитализация по ряду острых состояний.

Здравоохранение Тюменской области в 1965–1990 гг. развивалось с акцентом на доступность и профилактику, но требовало улучшения безопасности хирургических вмешательств и сбора обратной связи от пациентов. По показателям общей смертности, заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичному выходу на инвалидность Тюменская область была более благополучной, чем соседние Свердловская, Омская и Курганская области.

***

Одной из главных задач модернизации здравоохранения являлось привлечение медицинских работников, особенно на первом этапе исследуемого периода (1964–1991 гг.). Первоначально привлекался персонал, приехавший по направлениям здравоохранительных органов. Врачи и средние медработники приглашались также через медицинскую печать. Затем с открытием Тюменского государственного медицинского института в областном здравоохранении начало работу значительное число его выпускников.

С середины 1970-х гг. интенсифицировались решаемые кадровой политикой задачи. На первое место выдвинулись вопросы правильного использования медицинского персонала и укомплектование лечебно-

профилактических учреждений первичного звена. Вопреки постоянной недостаточности медицинских кадров рациональное и равномерное централизованное распределение штатов позволило укомплектовать лечебно-профилактические учреждения. К концу исследуемого периода показатели укомплектованности лечебно-профилактических учреждений и обеспеченности населения медперсоналом начали снижаться.

В результате последовательного решения проблем по созданию материально-технической базы, необходимых бытовых и производственных условий для работы медиков, появился немногочисленный постоянный персонал, и текучесть специалистов снизилась. Такие методы как распределение выпускников, целевое обучение в вузах, предоставление квартир молодым специалистам, воспитательная работа с кадрами, учреждение научных обществ, общественных организаций, поддержание средствами массовой информации имиджа современного врача можно и нужно использовать в современных условиях. Тем не менее проблемы условий труда и быта полностью решены не были, поэтому текучесть медицинского персонала в значительной степени сохранялась и инновационные процессы не были решены.

Проблема подготовки медперсонала Тюменской области решалась поэтапно. С 1963 г. медработников с высшим образованием для Тюменской области подготавливал Тюменский государственный медицинский институт.

Средние медицинские кадры Тюменской области на первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) выпускали шесть образовательных учреждений. На втором этапе исследуемого периода (1976–1991 гг.) к ним прибавились ещё два училища и три филиала. Важную роль в учебных заведениях играла подготовка медиков из числа народностей Севера. Такие нововведения советского здравоохранения, как ранняя специализация студентов-медиков, институт внештатных специалистов и повышение квалификации медицинских кадров продолжают выполнять свои функции и сегодня.

Вместе с измененими количественных показателей, таких как количество коек, медицинского персонала, обеспеченность населения и укомплектованность

медучреждений врачами и средними медработниками, менялись качественные показатели здравоохранения. Произошёл значительный рост доступности медицинской помощи, улучшение качества лечения хронических заболеваний, улучшение профилактической работы, снижение общей смертности, оптимизация коечного фонда. Недостатками можно считать рост послеоперационной летальности, ухудшение показателей смертности новорожденных и материнской смертности, дисбаланс в доступности медицинской помощи между городом и селом, большую нагрузку на медицинский персонал, позднюю госпитализацию по ряду острых состояний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В середине 1960-х гг. Тюменская область вступила в период интенсивного экономического развития, связанного с созданием нефтегазового комплекса. С этим было связано повышенное внимание государства к социальному развитию районов нового промышленного освоения Западной Сибири, в том числе, к здравоохранению. Здравоохранение стало частью социальной программы формирования на территории Тюменской области дорогостоящего Западно-Сибирского нефтегазового комплекса, заложившей основу современной системы охраны здоровья региона.

Развитие данной системы в Тюменской области в 1964–1991 гг. осуществлялось в русле государственной политики СССР. Основными её задачами в области здравоохранения, наряду с повышением материально-технической оснащённости и укрепления кадрового потенциала, было постоянное усиление внимания к профилактическому направлению. Главный вектор развития медицины в 1964–1991 гг. отражал углубление специализации медицинской помощи, с которой был непосредственно связан прогресс здравоохранения. Значительное внимание государство уделяло социально-экономическому развитию районов нового промышленного освоения Сибири и Дальнего Востока, в частности Западно-Сибирского нефтегазового региона.

Развитие системы охраны здоровья в Тюменской области в 1964–1991 гг. можно разделить на два этапа. С 1964 по 1976 гг. происходило экстенсивное развитие здравоохранения, что выражалось в увеличении количества медучреждений, оснащении их медицинскими кадрами, лечебно-диагностической техникой, вёлся контроль над выполнением количественных показателей. В период 1976–1991 гг. больше внимания стало уделяться качеству медобслуживания и интенсивным методам развития системы охраны здоровья.

Здравоохранение Тюменской области в рассматриваемый период опиралась на союзный опыт, испытывая при этом влияние местных особенностей региона. Среди них отмечались низкие зимние температурные показатели, отдалённость от культурно-экономических центров, слабая заселённость, отсутствие дорог круглогодичного действия. Усложняли оказание медицинской помощи колоссальные пространства, необразованность аборигенного населения, неудовлетворительный уровень материально-технической оснащённости, кадровый дефицит в областной медицинской службе и др.

Кроме того, темпы прироста населения оказались выше всех плановых расчетов. В г.г. Нижневартовске, Сургуте, Нефтеюганске уже в 1980 г. проживало в 2–3 раза больше населения, чем предусматривали генеральные планы этих городов на 2000 г. Коэффициенты миграционного прироста городского населения в 1980-х гг. были самыми высокими в стране.

Эти факторы стали общим фоном развития здравоохранения области, отличающими её от соседних регионов и выделяющими в общесоюзной ситуации. В период с 1964 по 1991 гг. в основном была сформирована материально-техническая база системы охраны здоровья Тюменской области: сеть лечебно-профилактических и образовательных учреждений, его кадровая основа.

На первом этапе исследуемого периода (1964–1976 гг.) осуществлялось развитие крупных медицинских учреждений, способных оказывать специализированную помощь.

На втором этапе (1976–1991 гг.) развитие специализированной помощи углубилось, началось интенсивное строительство центральных районных больниц.

В конечном итоге была создана разветвлённая система учреждений здравоохранения: больницы, амбулатории, поликлиники, учреждения охраны материнства и детства, станции переливания крови, скорой помощи. Произошли позитивные изменения в развитии педиатрического направления.

Были созданы или модернизированы важные специализированные медицинские службы Тюменской области. Особенное значение имели те из них,

контингенты больных в которых занимали одно из первых мест в структуре общей заболеваемости и смертности населения: сердечно-сосудистая, онкологическая, травматологическая, инфекционная.

Шагом вперёд по пути прогресса было введение в эксплуатацию новых физиолечебниц и санаториев на базе местных минеральных источников. С каждым годом материально-техническая база санаториев-профилакториев Тюменской области улучшалась, и сегодня тюменские дома отдыха являются гордостью здравоохранения региона. Например, санаторий «Большой Тараскуль» считается одним из лучших в стране.

Особую миссию в предоставлении срочных медицинских услуг жителям отдаленных северных сёл, лесозаготовителям, участникам различных экспедиций, партий и т. д. выполняла санитарная авиация. Сформировалась сеть ведущих медицинских учреждений, где население получало высококачественную специализированную помощь, оказывавшуюся поэтапно: хирургический корпус ОКБ, функционально-диагностический и кардиологический центры, онкологический стационар, травматологическая поликлиника, больничный комплекс в п. Мыс, Тюменские городские поликлиника и больница № 2. Последняя дважды, в 1978 и 1979 гг. была включена в десятку лучших больниц СССР.

При объективных процессах бурного роста новых городов, привлекавших население высокими зарплатами, северными льготами и снабжением, развернулся этап массового многоэтажного жилищного строительства. В городах появились водопровод и канализация, были созданы отрасли и предприятия, функционально обеспечивающие нормальную жизнедеятельность населения.

Изменение социально-бытовой среды проживающих содействовало достижению успехов здравоохранения, проявившихся в сокращении эпидемий инфекционных заболеваний, снижении детской смертности, росте продолжительности жизни.

Высшее образование претерпевало значительные преобразования. К концу рассматриваемого периода медицинское образование Тюменской области

приблизилось к системе непрерывной подготовки и переподготовки кадров через фельдшерско-акушерские школы, медицинские техникумы и факультет повышения квалификации.

Важным фактором подготовки квалифицированных кадров для области являлся Тюменский медицинский институт. С его открытием в 1963 г. с середины 1970-х гг. получило развитие профпатологическое направление медицины. Разработанные кафедрами мединститута рекомендации по трудовой гигиене вахтовиков, работников деревообрабатывающей промышленности, своевременно принятые меры по сохранению их здоровья и правильное лечение улучшали качество жизни населения и производительность труда.

С середины 1970-х гг. основным направлением научно-исследовательской работы института стали региональные медико-социальные проблемы. По заданию Сибирского филиала АМН СССР совместно с отраслевыми объединениями разрабатывались медико-биологические обоснования комплектования вахтовых бригад на нефтяных и газовых месторождениях Тюменской области.

В соответствии с постановлением ЦК КПСС от 30 марта 1980 г. в Тюменском медицинском институте наиболее успешно разрабатывались проблемы: физиологии и патологии механизмов адаптации к различным климатогеографическим производственным условиям Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера. Были определены медико-биологические аспекты вахтового метода труда геологических партий Приполярья и Заполярья и объективные тесты профотбора рабочих в производственные коллективы северных районов Тюменской области. Научные достижения института вводились в тюменскую систему охраны здоровья. сотрудники ТГМИ начали сотрудничество с НГДУ по созданию сбалансированного режима труда и отдыха для трудящихся.

С целью преодоления текучести и закрепления медицинских работников разрабатывались меры в следующих направлениях: подготовка местных кадров, создание благоприятных производственных и жилищно-бытовых условий, повышение зарплат и социальных выплат трудящимся, гарантия совершенствования профессиональных навыков путём повышения квалификации.

В процессе становления здравоохранения Тюменской области создавались и успешно осуществляли свою деятельность различные учебные центры по повышению квалификации медперсонала, осуществляемые в институтах и крупных клиниках на территории области и за её пределами.

На втором этапе (1976–1991 гг.) получили развитие специализированные службы, сформировалась сеть ведущих лечебно-профилактических заведений: окружные больницы в г.г. Ханты-Мансийске и Салехарде, трахоматозный, противотуберкулёзный и психоневрологический диспансеры Ямало-Ненецкого округа, противотуберкулезные диспансеры в г.г. Ханты-Мансийске и Сургуте, центральные районные, городские, участковые больницы и медсанчасти. Создали целую дерматовенерологическую отрасль в Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском округах: Ямало-Ненецкий окружной кожно-венерологический диспансер, Надымский, Новоуренгойский, Ноябрьский дерматовенерологические диспансеры, Ханты-Мансийский окружной кожно-венерический диспансер, в центральных районных больницах – кожно-венерологические отделения и кабинеты.

В северных округах Тюменского края развивались специфические формы организации охраны здоровья. Важным направлением являлось медицинское обслуживание населения в местах освоения нефтяных и газовых месторождений. При вахтовых посёлках, компрессорных и насосных станциях на трассах нефтегазопроводов создавались врачебные амбулатории, фельдшерские здравпункты. Население обслуживали плавучие поликлиники, передвижные медицинские бригады.

Преобладающей тенденцией развития здравоохранения Тюменской области являлся экстенсивный характер: укреплялась материально-техническая база, развивалась сеть лечебно-профилактических заведений, увеличивалось количество медицинских работников. В условиях Тюменской области это было оправдано, так как в 1964–1991 гг. ещё не были побеждены эпидемии кишечных инфекций и туберкулёз, высока была детская смертность, не хватало больниц,

поликлиник, медицинского персонала. Всё это усугублялось неблагоприятными для жизни местными климатическими особенностями региона.

Развитие материально-технической базы и кадрового потенциала здравоохранения привели к изменению уровня качества медицинского обслуживания.

На первом этапе развития здравоохранения исследуемого периода 1964–1976 гг. наблюдался прогресс в доступности и качестве медицинской помощи: выросли подушевое финансирование, объём услуг, показатели профилактики. Однако снижалась эффективность и безопасность лечения: росла общая смертность, послеоперационная летальность, сохранялись проблемы в сельской местности, а также в области инфекционной заболеваемости.

На втором этапе развития здравоохранения 1964–1991 гг. продолжились рост финансирования и доступности медицинской помощи. Вместе с тем произошло снижение общей смертности; повышение эффективности использования коечного фонда. Тем не менее, к 1990 г. наблюдался рост смертности новорожденных в стационарах, увеличивалась послеоперационная и материнская смертность, снизился охват профилактическими осмотрами.

В целом, система здравоохранения за 1964–1991 гг. продемонстрировала положительную динамику по большинству ключевых показателей до конца 1980-х годов, но к началу 1990-х появились негативные тенденции, требующие дополнительного анализа и принятия управленческих решений.

Здравоохранение Тюменской области в 1964–1991 гг. развивалось, ориентируясь на доступность и профилактику, но требовало улучшения безопасности хирургических вмешательств и сбора обратной связи от пациентов.

По показателям состояния здоровья в 1989 г. в Тюменской области рождаемость была несколько выше, чем в соседних Свердловской, Омской и Курганской областях. По младенческой смертности – примерно на одном уровне, по общей смертности, заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичному выходу на инвалидность – показатели Тюменской области были значительно ниже.

В результате проделанной работы по укреплению материально-технической базы и повышению кадрового потенциала здравоохранения к концу исследуемого периода Тюменская область занимала в ранге областей РСФСР из 73 территорий 11 место – по рождаемости, 4 – по общей смертности, 56 – по младенческой смертности, 10 – по заболеваемости с временной нетрудоспособностью и 2 – по первичному выходу на инвалидность. Средняя продолжительность предстоящей жизни составляла 70 лет. Данные показатели, кроме уровня младенческой смертности и первичного выхода на инвалидность, были удовлетворительными.

Не все поставленные задачи были решены. В тюменском здравоохранении существовали недостатки, заключающихся в следующем: показатели деятельности медицинских служб в течение 1964–1991 гг. повышались очень медленно, быстрому развитию экономики, росту населения национальных строительства округов не соответствовали уровень медицинского обслуживания, темпы объектов социально-бытового назначения. Ряд проблем не получил удовлетворительного решения: профилактика не стала главным направлением в работе медучреждений, не была решена кадровая проблема, сохранялось отставание показателей деятельности медучреждений Тюменской области от средних показателей по стране, оставался высоким уровень заболеваемости туберкулёзом.

В этой связи задачу повышения качества медобслуживания, поставленную на втором этапе государственной политики в сфере здравоохранения в 1976–1991 гг., полностью реализовать не удалось.

Несмотря на это, при сравнении тюменского здравоохранения середины 1960-х гг. и конца 1980-х гг. можно видеть, что оно пережило период реальной модернизации и стало основой для дальнейшего развития.

Построенная в советские годы сеть медучреждений продолжает обслуживать население, опыт работы специализированных служб актуален в современных условиях, существуют собственные медицинские кадры. Такие методы работы с кадрами, как распределение выпускников, целевое обучение в вузах, предоставление квартир молодым специалистам, воспитательная работа,

учреждение научных обществ, общественных организаций, поддержание средствами массовой информации имиджа современного врача можно и нужно использовать в современных условиях. Такие нововведения советского здравоохранения, как ранняя специализация студентов-медиков, институт внештатных специалистов и повышение квалификации медицинских кадров продолжают выполнять свои функции и сегодня. Ценным и актуальным остается опыт борьбы с инфекциями и профилактическое направление.

Рекомендации, перспективы дальнейшей разработки темы. Проведенное исследование показывает перспективность темы здравоохранения Тюменского региона, стратегически важного для развития современной России. В данной работе рассматривается период 1964–1991 гг., на протяжении которого Тюменская медицина сделала большой шаг вперёд по пути модернизации. Проанализированы материалы по основам государственной политики СССР в области здравоохранения, по росту сети лечебно-профилактических учреждений, по становлению специализированных медицинских служб, имеющих первоочередное значение, по формированию кадрового потенциала в здравоохранении Тюменской области 1964–1991 гг.

Вместе с тем есть неизученные документы по таким направлениям как: модернизация фармации и различных узкоспециализированных медицинских служб Тюменской области в 1964–1991 гг.

В работе описывается период 1964–1991 гг., когда был заложен фундамент тюменского здравоохранения, вместе с тем в 1990-х–2010-х гг. в здравоохранении области произошли масшТаблные изменения.

В этой связи в дальнейшем необходимо проанализировать неизученные документы и исследовать преемственность развития тюменского здравоохранения по направлениям подготовки кадров, расширения сети лечебно-профилактических учреждений, развития профилактического направления медицины.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВНКЦ – Всесоюзный научный кардиологический центр

ГАСПИТО – Государственный архив социально-политической истории Тюменской области

ГАТО – Государственный архив Тюменской области

ГИДУВ – Государственный институт усовершенствования врачей

ГКБ – Городская клиническая больница

ЗСНГК – Западно-Сибирский нефтегазовый комплекс

МСЧ – Медико-санитарная часть

НГДУ – Нефтегазодобывающее управление

ОКБ – Областная клиническая больница

ПО – Производственное объединение

СЭС – Санитарно-эпидемиологическая станция

ТГМА – Тюменская государственная медицинская академия

ТГМИ – Тюменский государственный медицинский институт

Тюменский ГМУ – Тюменский государственный медицинский университет

ЦРБ – Центральная районная больница

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт

ФАШ – Фельдшерско-акушерская школа

г. г. – города

п. п. – посёлки

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

ИСТОЧНИКИ

Архивные материалы

Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ)

1. Ф. А482 – Минздрав РСФСР. Опись 56. Дела 4671, 4675.

2. Ф. Р5446 – Совет СНК-Совмина СССР. Опись 106сч. Дела 1154, 1275, 1324, 1342, 1657, 2243.

3. Ф. 5470 – Центральный Комитет профсоюзов рабочих химической и нефтехимической промышленности 1957-1977 гг. Опись 29. Дела 2739, 3471, 3837, 4200.

4. Ф. Р8009 – Минздрав СССР. Опись 50. Дела 4244, 6970, 6978, 6979, 8381; Опись 51. Дела 44, 1139, 3419.

Российский государственный архив новейшей истории (РГАНИ)

6. Ф. 5 – Аппарат ЦК КПСС. 1935-1991 гг. Опись 58. Дело 41. Опись 59. Дело 51.

7. Ф. 2. – Пленумы ЦК КПСС. 1941-1991 гг. Опись 3. Дело 44.

Государственный архив социально-политической истории Тюменской области (ГАСПИТО)

8. Ф. 124 – Тюменский областной комитет КПСС. Опись 1. Дела 261 а, 311, 4387, 4582, 5257, 5258, 5566, 6681, 7298, 7604, 7955, 8063, 8434, 8818; Опись 245. Дело 126.

9. Ф. 2010 – Тюменский промышленный областной комитет КПСС. Опись 1. Дела 77, 84.

10. Ф. 2037 – Первичная парторганизация Тюменнефтегаза. Опись 1. Дело 123.

11. Ф. 2812 – Первичная организация КПСС областного отдела здравоохранения. Опись 1. Дела 6, 8, 10, 11, 21; Опись 2. Дела 11, 13.

12. Ф. 3185 – Первичная организация КПСС городского управления бытового обслуживания. Опись 1. Дела 311, 320, 324.

13. Ф. 3918 – Тюменская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ. Опись 1. Дела 110, 140, 148, 159, 171, 173, 179, 240, 261 а, 311, 320, 324, 494, 917, 1105.

14. Ф. 113 – Сургутский городской комитет КПСС. Опись 16. Дело 42.

Государственный архив Тюменской области (ГАТО)

15. Ф. Р814 – Тюменский областной Совет народных депутатов и его Исполнительный Комитет. Том. 1. Опись 1. Дела 173, 836, 855, 1673; Опись 5. Дела 835, 969, 1105. Указы, постановления Президиума Верховного Совета СССР и РСФСР. Дела 1003–1006, 1030–1032, 1058–1060, 1073–1079, 1094–1103; Постановления ЦК КПСС и Совета министров СССР. СИФ. Инв. № 1949. С. 299-312; Дело 1105.

16. Ф. 1112 – Тюменский областной комитет по статистике. Опись 2. Дела 2484, 3046.

17. Ф. Р1725 – Департамент здравоохранения администрации Тюменской области. Опись 1. Дела 611, 614, 615, 616, 617, 709, 710, 712, 715, 721, 750, 759, 880, 886, 915, 916, 917, 933, 1105, 1109, 1116 а, 1119 а, 1135 а, 1151, 1180 а, 1222 а, 1242, 1264 а, 1292 а.

18. Ф. Р2004 – Тюменский государственный медицинский институт. Опись 1. Дело 3.

19. Ф. Р2005 – Тюменский обком работников просвещения высшей школы и научных учреждений. Опись 1. Дело 3.

20. Ф. Р2081 – Работники здравоохранения. Дьячков Василий Иванович. Опись 1. Дела 35, 40, 126.

21. Ф. Р2101 – Всесоюзное промышленное объединение по добыче газа в Тюменской области «Тюменгазпром». Опись 1. Дело 700.

22. Ф. Р2146 – Главное Тюменское производственное управление по нефтяной и газовой промышленности. Опись 1. Дело 721.

Государственный архив Ханты-Мансийского округа (ГАХМАО)

23. Ф. 6 – Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре. Опись 1. Дело 452а.

24. Ф. 184 – Плановая комиссия Ханты-Мансийского окрисполкома. С 2000 г. – Департамент экономической политики ХМАО. Опись 1. Дело 523.

25. Ф. 291 – Сагандукова Е.М. – депутат Верховного Совета СССР. Опись 1. Дела 1–14.

Государственный архив Ямало-Ненецкого округа (ГАЯНАО)

26. Ф. 3 – Ямало-Ненецкий окрисполком. Опись 1. Дело 419.

28. Ф. 56 – Отдел здравоохранения исполнительного комитета Ямало-Ненецкого окружного Совета депутатов трудящихся. Опись 1. Дела 330, 341, 351, 379.

29. Ф. 84 – Салехардское медучилище. Опись 1. Дела 113–117.

30. Ф. 209 – Московкин Павел Тимофеевич. Опись 1. Дело 102.

Тюменский областной краеведческий музей (ТОКМ)

31. ТОКМ – Основной фонд. Ед. хр. № 28094. Письмо бурильщика Ишимской нефтеразведки В.К. Залесского в ЦК КПСС о недостатках в работе руководства нефтеразведки, неудовлетворительном обеспечении рабочих продовольствием и медицинским обслуживанием и т. д.

Музей истории Тюменского Государственного медицинского университета (М.И.Т.ГМУ)

32. М.И.Т.ГМУ – Основной фонд. Д. 3. Зиганьшин Р.В.

33. М.И.Т.ГМУ – Основной фонд. Д. Л. Лернер Г.Я.

34. М.И.Т.ГМУ – Основной фонд. Д. М. Митряков Н.Ф.

35. М.И.Т.ГМУ – Основной фонд. Д. Т. Томилов А.Ф.

36. М.И.Т.ГМУ – Ф. Архив фотодокументов.

Нормативно-правовые акты и сборники нормативно-правовых актов

40. Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических республик [утверждена постановлением Чрезвычайного VIII Съезда Советов

Союза Советских Социалистических Республик 5 декабря 1936 г.]. – М. : НКЮ Союза ССР: Юридическое издательство. 1937. – 51 с.

41. Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик (принята на внеочередной VII сессии Верховного Совета СССР девятого созыва 7 октября 1977 г.). – М. : Политиздат. 1977. –127 с.

42. XXIII сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 5–22 мая 1970 г. // Официальные документы Всемирной организации здравоохранения № 184. Часть I. Резолюции и решения, приложения / Всемирная организация здравоохранения. – Женева. 1972. – 103 с.

43. СЗ СССР. Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении: Закон СССР № 4589–VII: [принят Верховным Советом СССР 19 декабря 1969 г.]. – М. : Известия. 1990. – Т. 3. – С. 56.

Документы партии и правительства

44. Программа Коммунистической партии Советского Союза. – М. : Госполитиздат. 1961. – 144 с.

45. Программа Коммунистической партии Советского Союза. – М. : Политиздат. 1986. – 80 с.

46. Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам: сборник документов за 50 лет / сост.: К. У. Черненко и М. С. Смиртюков. – М. : Политиздат. 1967–1988. Т. 6. – С. 276, 352.

47. СЗ СССР. – М. : Известия, 1990. Т. 3. – С. 102.

48. XXIII съезд КПСС [29 марта–8 апреля 1966 г.]: Стенографический отчёт. – Москва : Госполитиздат. 1966. В 2 т. Т. 1 – 640 с., т. 2 – 672 с.

49. XXIV съезд КПСС [30 марта–9 апреля 1971 г.] : Стенографический отчёт. – М. : Госполитиздат. 1971. В 2 т. Т. 1 – 598 с., т. 2 – 592 с.

50. XXV съезд КПСС [24 февраля–5 марта 1976 г.] : Стенографический отчёт. – М. : Политиздат. 1976. В 3 т. Т. 1 – 472 с., т. 2 – 600 с., т. 3 – 310 с.

51. КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. – М. : Политиздат. 1972. – Т. 10. – 566 с.

52. Материалы XXIII съезда КПСС. – М. : Политиздат. 1966. – 304 с.

53. Материалы XXIV съезда КПСС. – М. : Политиздат. 1972. – 319 с.

54. Материалы XXV съезда КПСС . – М. : Политиздат. 1976. – 256 с.

55. Материалы XXVI съезда КПСС. – М. : Политиздат. 1981. – 223 с.

56. Материалы XXVII съезда КПСС. – М. : Политиздат. 1986. – 352 с.

Статистические материалы

57. Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области 1965/66–1983/84 уч. гг. / Стат. управление Тюменской области. – Тюмень: ЦСУ-РСФСР. 1984. – 120 с.

58. Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области 1990/91–94/95 уч. гг. / Стат. управление Тюменской области. ЦСУ-РСФСР. – Тюмень : б. и. 1984. – 118 с.

59. Государственный бюджет СССР и бюджеты Союзных республик (1961–1965) : статистический сборник / Министерство финансов СССР. Бюджетное управление; редактор Я. Силуанова. – М. : Финансы. 1966. – 225 с.

60. Государственный бюджет СССР и бюджеты Союзных республик (1966–1970) : статистический сборник / Министерство финансов СССР. Бюджетное управление; ответственный редактор В. С. Павлов. – М. : Финансы. 1971. – 232 с.

61. Государственный бюджет СССР и бюджеты Союзных республик (1971–1975) : статистический сборник / Министерство финансов СССР. Бюджетное управление; ответственный редактор В. С. Павлов. – М. : Финансы. 1976. – 217 с.

62. Государственный бюджет СССР и бюджеты Союзных республик (1976–1980) : статистический сборник / Министерство финансов СССР. Бюджетное управление; ответственный редактор В. Г. Пансков. – М. : Финансы и статистика. 1982. – 186 с.

63. Государственный бюджет СССР и бюджеты Союзных республик (1981–1985) : статистический сборник / Министерство финансов СССР. Бюджетное управление; ответственный за выпуск В. Г. Пансков. – М. : Финансы. 1987. – 198 с.

64. Государственный бюджет СССР 1990 г. : краткий статистический сборник / Министерство финансов СССР. Главное бюджетное управление; ответственный за выпуск В. В. Барчук. – М. : Финансы и статистика. 1990. – 161 с.

65. Демографические процессы и развитие здравоохранения в РСФСР / ЦСУ РСФСР. – М. : б. и. 1983. – 180 с.

66. Естественное и механическое движение населения Тюменской области (1970–1977 гг.) / Стат. управление Тюменской области. ЦСУ-РСФСР. – Тюмень: б. и. ноябрь 1978. – 114 с.

67. Здравоохранение и социальное обеспечение в РСФСР : статистический сборник / ЦСУ при Совете Министров РСФСР. – М. : б. и. 1976. – 262 с.

68. Здравоохранение, социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР : статистический сборник / Госкомстат РСФСР. – М. : б. и. 1988. – 268 с.

69. Здравоохранение Тюменской области в 1965–1975 гг. : статистический сборник / Тюменский областной отдел здравоохранения. Бюро медицинской статистики. – Тюмень : б. и. 1977. – 316 с.

70. Культура, здравоохранение и население: статистический сборник / Стат. управление Тюменской области. ЦСУ-РСФСР. – Тюмень : б. и. 1985. – 33 с.

71. Народное хозяйство РСФСР в 1965 г. : статистический ежегодник. – М. : Статистика. 1966. – 616 с.

72. Народное хозяйство РСФСР в 1970 г. : статистический ежегодник. – М. : Статистика. 1971. – 489 с.

73. Народное хозяйство РСФСР в 1980 г. : статистический ежегодник. – М. : Статистика. 1981. – 406 с.

74. Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. : статистический ежегодник. – М. : Статистика. 1986. – 398 с.

75. Народное хозяйство РСФСР в 1981 г. : статистический ежегодник. – М. : Финансы и статистика. 1982. – 288 с.

76. Народное хозяйство СССР в 1980 г. : статистический ежегодник / Центральное статистическое управление СССР. – М. : Финансы и статистика. 1981. – 584 с.

77. Народное хозяйство СССР за 70 лет / Госкомстат СССР. – М. : Финансы и статистика. 1987. – 770 с.

78. Народное хозяйство Тюменской области за 70 лет / Тюменское обл. управление статистики. – Тюмень : б. и. 1987. – 320 с.

79. Народное хозяйство Тюменской области за два года девятой пятилетки (1971–1972) : сборник ЦСУ-РСФСР / Стат. управление Тюменской области. – Тюмень : б. и. окт. 1973 г. – 553 с.

80. Народное хозяйство Ханты-Мансийского национального округа за 1959–1964 гг. : статистический сборник / Стат. управление Тюменской области. – Тюмень : б. и. 1965 – 316 с.

81. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1980 г. : статистический сборник / Отдел здравоохранения Тюменского облисполкома. Обл. бюро медицинской статистики. – Тюмень : б. и. 1981. – 312 с.

82. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1986 г. : статистический сборник / Отдел здравоохранения Тюменского облисполкома. Обл. бюро медицинской статистики. – Тюмень : б. и. 1987. – 312 с.

83. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Тюменской области за 1990 г. / Главное управление Тюменского Облисполкома. Обл. бюро медицинской статистики. – Тюмень : б. и. 1991. – 118 с.

84. Основные показатели естественного и механического движения населения Тюменской области за девятую пятилетку (1970–1975 гг.) / ЦСУ-РСФСР. Стат. управление Тюменской области. – Тюмень : б. и. июль 1976. – 108 с.

85. Основные показатели развития здравоохранения Тюменской области за 1981–1985 гг. / Отдел здравоохранения Тюменского облисполкома. Обл. бюро медицинской статистики. – Тюмень: б. и. 1986. – 104 с.

86. РСФСР в цифрах в 1966 г. : краткий статистический сборник – М. : Статистика. 1967. – 302 с.

87. Системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной Европы : 1965–1991 гг. // Ugra-№ews.ru 20/04/2017. – Режим доступа: http://ucheb№ik.o№li№e/byudjet№aya-sistema-a№aliz/sistemyi-fi№a№sirova№iya-zdravoohra№e№iya-sssr-37829.html (дата обращения: 02.02.2018).

88. Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования) : статистическое издание / Тюменьстат. – Тюмень : б. и. 2014. – 280 с.

89. Численность населения и его размещение в Тюменской области. Итоги Всероссийской переписи населения – 2010 / Федеральная служба гос. статистики территориальный орган федеральной службы гос. статистики по Тюменской области. В 10 частях. – Тюмень : б. и. 2012. – 513 с.

Периодическая печать

90. Варта : нижневартовская городская общественно-политическая газета / учредители администрация г. Нижневартовска, ООО «Редакция газеты «Варта». – 2007, 24 окт.; 2008, 25 янв. – Нижневартовск. 2007, 2008. – 12 полос. – Ежедн.

91. Вестник здравоохранения Тюменской области / учредитель ООО «Издательский дом Аррант». – 2014, вып. 1-2, Февраль. – Тюмень. 2014 – 12 полос. – Еженед.

92. Вечерняя Тюмень : тюменская городская вечерняя газета / учредитель АО Газета.ru. – 2013, 20 дек. – Тюмень. 2013. – 8 полос. – Ежедн.

93. Здравоохранение Югры: опыт и инновации : журнал / учредитель БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры Медицинский информационно-аналитический центр. – 2015. – Ханты-Мансийск. 2015. – 74–80 с. – Выходит 4 раза в год.

94. Известия : ежедневная газета / орган Президиума Верховного Совета СССР. – М. 1952. – 6 полос. .– Ежедн.

95. Ленинская правда : общественно-политическая газета Ханты-Мансийского автономного округа (с 1991 г. Новости Югры) / орган администрации Ханты-Мансийского автономного округа. – 1964, 14 авг.; 1965, 22

мая; 1966, 26 нояб.; 1967, 3 окт.; 1968, 15 июня; 1974, 16 нояб.; 1975, 10 июля; 1981, 26 апр., 31 июля; 1982, 2 марта; 1984, 14 сент., 17 окт., 11 нояб.; 1987, 20 марта, 17 окт.; 1988, 16 апр.; 1990, 1 сент. – Ханты-Мансийск. 1964-1968, 1974, 1975, 1981, 1982, 1984, 1987, 1988, 1990. – 4 полосы. – Выходит три раза в неделю.

96. Медицинские вести / учредитель ГАУ Свердловской области «Городской центр медицинской профилактики». – 1995, 1 янв. – Екатеринбург. 1995. – 8 полос. – Ежемес.

97. Местное время : общественно-политическая газета Ханты-Мансийского автономного округа / учредитель АУ Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружная телерадиокомпания «Югра». – 2007, 27 июня. – Ханты-Мансийск. 2007. – 2 полосы. – Выходит три раза в неделю.

98. Медицинская газета : профессиональное врачебное издание / орган Министерства здравоохранения СССР, медицинской промышленности и ЦК профсоюза медицинских работников. – 1974, 12 июня. – Москва. 1974. – 4 полосы. – Еженед.

99. Новости Югры : общественно-политическая газета Ханты-Мансийского автономного округа / учредители ОАО «Издательский дом «Новости Югры», Дума Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, Правительство Ханты-Мансийского автономного округа – Югрыорган. – Ханты-Мансийск. 1994, 4 окт.; 1996, 8 март. – Ханты-Мансийск. 1994, 1996. – 4 полосы. – Выходит три раза в неделю.

100. Тюменская область сегодня : общественно-политическая газета / учредитель АНО «Тюменская область сегодня». – 2001, 31 окт.; 2003, 31 окт.; 2005, 5 мая; 2008, 28 окт.; 2009, 24 апр.; 2010, 27 апр.; 2013, 2 окт.; 2014, 27 авг., 16 окт. – Тюмень. 2003, 2005, 2008, 2009, 2010, 2013, 2014.– 4 полосы. – Ежедн.

101. Тюменская правда: общественно-политическая газета Тюменской области / учредитель АНО «Редакция газеты «Тюменская правда». – 1998, 21 нояб. – Тюмень. 1998 .– 4 полосы. – Еженед.

102. Тюменские известия: парламентская газета / учредители Тюменская областная Дума, Дума Ханты-Мансийского автономного округа-Югры,

Законодательное собрание Ямало-Ненецкого автономного округа. – 1996, 6 марта, 30 окт.; 1997, 18, 21 марта; 2000, 18 окт.; 2004, 21 авг.; 2011, 30 июля; 2013, 14 февр.; 2015, 15 апр. – Тюмень. 1996, 1997, 1998, 2000, 2004, 2011, 2013, 2015. – 4 полосы. – Ежедн.

103. Тюменский курьер / учредители АО «Редакция газеты «Тюменский курьер», администрация г. Тюмени. – 2014, 30 сент. – Тюмень. 2014. – 2 полосы. – Ежедн.

104. Ямальский меридиан : общественно-политический историко-культурный журнал / учредитель Департамент информации и общественных связей ЯНАО ; редактор Ругин Р. П. – 2006. – Салехард. 2006. – 100-125 с. – Ежемес.

Воспоминания

105. Жвавый, Н. Ф. Эстафета творчества. Летопись Тюменского медицинского института с момента основания до 35-летия : автобиография / Н. Ф. Жвавый. – Тюмень : Тюменская гос. мед. академия. 1998. – 208 с.

106. Жизнь, отданная людям. Воспоминания о Ю. Н. Семовских : сб. статей / Под. ред. Н. В. Ермакова. – Тюмень: Академия. 2001. – 176 с.

107. За полчаса до боя курантов: сборник очерков, статей, справочно-информационных заметок о Тюменской областной клинической больнице / Под ред. В. Б. Гохфельда. В. Д. Хренова. – Тюмень : Издательство «СофтДизайн». 1995 г. – 192 с.

108. Иванов, Н. В. Записки хирурга : мемуары / Н. В. Иванов. – Тюмень : Мандр и Ка, 2011. – 286 с.

109. Каданцев, В. А. Река времён … / В. А. Каданцев – Текст : электронный // Медицина РФ : [сайт]. – 2016. – 15 сент. – Режим доступа: http://medici№arf.ru/public/10175/ (дата обращения 30.09.2017).

110. Карнацевич, С. И. Память о прошлом / С. И. Карнацевич : под ред. С. А. Константинова. – СПб. : б. и. 2008. – 58 с.

111. Московкин, П. Т. На страже здоровья: воспоминания о становлении и развитии медицины в Нижневартовске / П. Т. Московкин // Город вечной молодости. – М. : Пента. 2002. – С. 214–219.

112. Рошаль, М. И. Скорая – вся моя жизнь / М. И. Рошаль – Текст : электронный // Станция скорой медицинской помощи г. Тюмени : [сайт]. – 2016. – Режим доступа: http://sp03tm№.ru/ru/about/skoraya-vsya-moya-zhiz№/ (дата обращения: 27.09.2018).

113. Рудаков, А. Ф. Главное богатство – доброе имя, благородные дела и мысли : книга воспоминаний о Ю.Н. Семовских / А. Ф. Рудаков. Е. В. Лосева. – Тюмень : Академия. 2011. – 198 с.

Справочные издания и материалы

114. Ханты-Мансийск 1637–1999 гг. Город в лицах, фактах и датах. История предприятий и учреждений : библиографический указатель / Сост. С. Ю. Волженина. О. М. Павлова. – Ханты-Мансийск : Государственная центральная окружная библиотека. 2000. – 196 с.

115. Энциклопедия Тюмени. – РЕЖИМ ДОСТУПА: http://geo№etia.ru (дата обращения: 05.01.2017).

ЛИТЕРАТУРА

Книги, брошюры

116. 50 лет советского здравоохранения : юбилейное издание (1917–1967) / А. Г. Сафонов. И. Калью. Я. И. Родов и др. : под. ред. Б. В. Петровского. – М. : Медицина. 1967. – 697 с.

117. Аверин, А. Н. Западная Сибирь: социальная инфраструктура районов освоения : монография / А. Н. Аверин., Е. П. Антропов. – М. : Советская Россия. 1988. – 112 с.

118. Алексеев, В. В. Рост благосостояния рабочих Сибири в условиях строительства развитого социализма (1946–1957 гг.) : монография / В. В. Алексеев. С. С. Букин. – Новосибирск: Наука: Сиб. отд-ние. 1980. – 216 с.

119. Алексеев, В. В. Опыт решения кадровых проблем в нефтегазовом строительстве Сибири : монография / В. В. Алексеев. Е. В. Логунов. П. П. Шабанов. – Свердловск: Изд-во Урал. ун-та. 1987. – 280 с.

120. Белова, А. П. Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города : монография / А. П. Белова. – Ленинград : Медицина Ленинградское отделение. 1978. – 304 с.

121. Бова, П. А. Очерки по истории здравоохранения Томской области : монография / П. А. Бова. В. Ф. Олейниченко. – Томск: Изд-во Том. ун-та. 1986. – 146 с.

122. Вишневский, А. Г. Серп и рубль. Консервативная модернизация в СССР : монография / А. Г. Вишневский. – М. : ОГИ. 1998. – 432 с.

123. Гаврилова, Н. Ю. Социальное развитие нефтегазодобывающих районов Западной Сибири (1964–1985 гг.) : монография / Н. Ю. Гаврилова. – Тюмень : ТюмГНГУ. 2002. – 282 с.

124. Глухих, А. С. Земли Югорской дочь / А. С. Глухих. Л. Ф. Струсь. – Ханты-Мансийск: б. и. 2014. – 319 с.

125. Гольфельд, А. Я. Очерки истории педиатрии в СССР : монография / А. Я. Гольфельд. – М. : Медицина, 1970. – 184 с.

126. Гомельская, Г. Л. Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР : монография / Г. Л. Гомельская. Е. Я. Коган. Е. А. Логинова. – М. : Медицина. 1971. – 233 с.

127. Демографическая модернизация в России: 1900–2000 : монография / Под ред. Вишневского А. Г. – М. : Новое издательство. 2006. – 608 с.

128. Диковский, А. М. Здравницы Тюменской области : брошюра / А. М. 170. Диковский. – М. : Медицина. 1972. – 48 с.

129. Дьячков, В. И. Особенности становления здравоохранения в районах Тюменского Севера : монография / В. И. Дьячков. – Тюмень: б. и. 1969. – 144 с.

130. Егай, В.С. Развитие терапии в Сибири: М. Г. Курлов и его школа : монография / В. С. Егай. – Новосибирск: Наука: Сиб. Отделение. 1981. – 113 с.

131. Иваненко, А. С. Новые прогулки по Тюмени: путеводитель / А. С. Иваненко. – Тюмень : Радуга-Т. 2008. – 335 с.

132. Иваненко, А. С. Прогулки по Тюмени : путеводитель / А. С. Иваненко. – Тюмень : Слово. 1999. – 368 с.

133. Иваненко, А. С. Четыре века Тюмени: очерки живой истории старинного сибирского города : монография / А. С. Иваненко. – Тюмень : Радуга-Т. 2004. – 367 с.

134. История Нижневартовского района : монография / Л. В. Алексеева. Я. Г. Солодкин. В. В. Цысь и др.; под общей редакцией Л. В. Алексеевой. – Екатеринбург : БАСКО. 2013. – 320 с.

135. История Салехардского медицинского училища : монография. – Салехард : б. и. 1989. – 150 с.

136. Карпов, В. П. История создания и развития Западно-Сибирского нефтегазового комплекса (1948–1990 гг.) : монография / В. П. Карпов. – Тюмень : ТюмГНГУ. 2005. – 316 с.

137. Колева, Г. Ю. Западно-Сибирский нефтегазодобывающий район: экономическое и социальное развитие (1960–2000-е гг.) : монография / Г. Ю. Колева – Тюмень : Вектор Бук. 2010. – 258 с.

138. Колева, Г. Ю. Становление индустриально-урбанистического общества на территории Тюменской области : монография / Г. Ю. Колева. И. Н. Стась. И. И. Шорохова : М-во образования и науки Российской Федерации, Федеральное гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования «Тюменский гос. нефтегазовый ун-т». – Тюмень : ТюмГНГУ. 2013. – 290 с.

139. Кузьмин, М. К. История медицины: очерки / М. К. Кузьмин. – М. : Медицина. 1978. – 198 с.

140. Куксанова, Н. В. Социально-бытовая инфраструктура Сибири 1965–1980 гг. : монография / Н. В. Куксанова : отв. ред. С. С. Букин. – Новосибирск : Изд-во Новосибирского ун-та. 1993. – 224 с.

141. Курортные ресурсы Сибири и их лечебное использование : сб. науч. тр. / Пятигор. НИИ курортологии и физиотерапии, Том. НИИ курортологии и

физиотерапии; Редкол.: Н. М. Стариков (отв. ред.) и др. – Томск ; Пятигорск : ПНИИКИФ. 1986. – 137 с.

142. Куцев, Г. Ф. Человек в северном городе: монография / Г. Ф. Куцев. – Свердловск : Средне-Уральское книжн. изд-во. 1987. – 222 с.

143. Летопись здравоохранения Тюменской области / Составитель В. В. Квашнина. – Тюмень : Сити пресс. 1986 г. – 224 с.

144. Лисицын, Ю. П. Здравоохранение в XX веке : монография / Ю. П. Лисицын. – М. : Медицина. 2002. – 215 с.

145. Лисицын, Ю.П. Медицина и гуманизм : монография / Ю. П. Лисицын, А. М. Изуткин, И. Ф. Матюшин. – М. : Медицина. 1984. – 280 с.

146. Лютоева, И. Г. Тюменский ГМУ. Традиции. Инновации. Лидерство: юбилейное издание / И. Г. Лютоева, Д. Д. Васильева, И. И. Шорохова. – Тюмень : ОЛМАРПРЕСС. 2018. – 160 с.

147. Майорова, О. А. Город Нижневартовск основали мы : сборник очерков / О. А. Майорова. – Нижневартовск : Нижневартовский педагогический институт. 1997. – 80 с.

148. Мананникова, Н. В. Охрана здоровья детей в СССР : монография / Н. В. Мананникова. – М. : Медицина. 1973. – 280 с.

149. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ : монография / В. А. Медик. А. М. Осипов. – М. : РИОР; ИНФА-М. 2012. – 358 с.

150. Мелещенко, К. П. Краткая история развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа: к 70-летию образования Ямало-Ненецкого автономного округа : монография / К. П. Мелещенко. – ЯНАО-Салехард : Красный Север. 2001. – 80 с.

151. Милецкий, В. П. Российская модернизация: предпосылки и перспективы эволюции социального государства : монография / В. П. Милецкий; Санкт-Петерб. гос. ун-т. – СПб : СПбГУ. 1997. – 195 с.

152. Миллер, В. Д. Люди, здравоохранение, власть : монография / В. Д. Миллер. – Тюмень : Тюменский дом печати. 2012. – 116 с.

153. Мирский, М.Б. Медицина России X–XX веков: очерки истории России / М. Б. Мирский. – М. : РОССПЭН. 2005. – 631 с.

154. Московкин, П. Т. Записки врача, заведующего окрздравотделом Тюмень-Ямал: / П. Т. Московкин // Западная Сибирь: история и современность: краеведческие записки. Вып. VII / отв. за вып. В. И. Чернышова, сост. Л. Ф. Семёнова. – Тюмень : Мандр и Ка. 2005. – С. 370–282.

155. Патрикеев, Н. Б. Ямал: страницы былого: краеведческий очерк / Н. Б. Патрикеев. – Салехард: Н.И.К. 1995. – 98 с.

156. Первая в Югре / Автор-составитель А. А. Головин. – Берёзово: Информационно-издательский центр «Березов». 2000. – 60 с.

157. Петровский, Б. Н. Героизм, драматизм и оптимизм медицины : монография / Б. Н. Петровский. – М. : Ньюднамед. 2001. – 268 с.

158. Петрушин, А. А. Академия: юбилейное издание / А. А. Петрушин. – Тюмень : ООО «Печатник». 2013. – 264 с.

159. Полторанов, В. В. Здравницы профсоюзов СССР: курорты, санатории, пансионаты, дома отдыха : монография / В. В. Полторанов. С. Я. Слуцкий. – М. : Профиздат. 1986. – 704 с.

160. Послание президента Федеральному собранию 2018 г. – РЕЖИМ ДОСТУПА: http://kremli№.ru/eve№ts/preside№t/№ews/62582 (дата обращения: 11.11.2020).

161. Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти : сб. статей / Ред. Ю. Н. Семеновских : М-во здравоохранения РСФСР. Тюмен. обл. отд. здравоохранения. Обл. клинич. больница. – Тюмень: Средне-Уральское книжное издательство. 1968. – 135 с.

162. Ректоры Тюменской области. Факты и чувства : сборник / Сост. Л. 152. Жаров, С. Ермакова. – Тюмень : ФГУИПП «Тюмень». 2004. – 502 с.

163. Родионов, В. Т. Здравоохранение Алтая (60–80-е гг. историко-партийный аспект) : монография / В. Т. Родионов. – Барнаул : б. и. 1989 г. – 155 с.

164. Серенко, А. Ф. Здравоохранение социалистического общества : монография / А. Ф. Серенко. Г. Н. Соболевский. – М. : Медицина. 1975. – 312 с.

165. Симонов, С. Г. Ритм жизни молодёжи Западной Сибири : монография / С. Г. Симонов. А. Н. Силин. – Томск : Изд-во Том. ун-та. 1993. – 188 с.

166. Сорокина, Т. С. История медицины : учебник / Т. С. Сорокина. – М. : Академия. 2004. – 526 с.

167. Социальные проблемы медицины : монография / Под ред. А. Я. Боярского. Б. Я. Смулевича. – М. : Мысль. 1968. – 128 с.

168. Тимошенко, А. И. Государственная политика формирования и закрепления населения в районах нового промышленного освоения в Сибири в 1950–1980-е гг.: планы и реальность : монография / А. И. Тимошенко. – Новосибирск : Сиб. научн. изд-во. 2009.

169. Трофимов, В. В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет : монография / В. В. Трофимов. – М. : Медицина. 1967. – 332 с.

170. Трубицын, А. А. Здравницы Свердловской и Тюменской областей / А. А. Трубицын. И. Е. Оранский. – Свердловск. – 1985. – 126 с.

171. Тюменская областная клиническая больница: проспект / Министерство здравоохранения РСФСР, Тюменский областной отдел здравоохранения – Тюмень : б. и. 1969. – 96 с.

172. Федотов, Н. П. История становления здравоохранения Сибири : монография / Н. П. Федотов. – Томск : Изд-во Том. ун-та. 1975. – 254 с.

173. Федотов, Н. П. Очерки по истории здравоохранения Томской области : монография / Н. П. Федотов. – Томск : Изд-во Том. ун-та. 1967. – 184 с.

174. Федотов, Н. П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири : монография / Н. П. Федотов. Г. И. Мендрина. – Томск : Изд-во Том. ун-та. 1975. – 260 с.

175. Хорев, Б. С. Региональная политика в СССР : монография / Б. С. Хорев. – М. : Мысль. 1989. – 283 с.

176. Чикин, С. Я. Здравоохранение в Сибири и на Дальнем Востоке : монография / С. Я. Чикин. – М. : Медицина. 1979. – 176 с.

177. Чикин, С. Я. Высшая медицинская школа в СССР : монография / С. Я. Чикин. Ю. Ф. Исаков. Б. М. Чекнев. Г. Д. Житницкий. – М. : Медицина. 1973. – 187 с.

178. Ямал: грань веков и тысячелетий : попул. иллюстрир. очерк истории края с древнейших времен / Под ред. Ю. Морозова. – Салехард : Артвид, Санкт-Петербург: Русская коллекция. 2000. – 656 с.

Статьи

179. Алексеев, А. И. Роль некоторых факторов в выборе профессии врача / А. И. Алексеев, В. И. Долгинцев, Н. И. Сафонова // Здравоохранение Российской Федерации. – 1982. – № 3. – С. 37–39.

180. Алексеев, В. В. Модернизационная перспектива: проблемы и подходы / В. В. Алексеев. И. В. Побережников // Опыт российских модернизаций XVIII–XX вв. : монография / В. В. Алексеев. И. В. Побережников. А. С. Сенявский и др. : отв. ред. В. В. Алексеев ; Российская акад. наук, Уральское отд-ние, Ин-т истории и археологии. – М. : Наука. 2000. – С. 10–49.

181. Бородин, Ю. И. Медико-социальные аспекты охраны здоровья населения Сибири и Дальнего Востока / Ю. И. Бородин // Советское здравоохранение. – 1981. – № 8. – С. 24–27.

182. Букин, С. С. Социально-экономические процессы в северных районах Сибири во второй половине XX века / С. С. Букин // Человек в условиях интенсивного нефтегазового освоения Севера : материалы Всерос. науч. конференции (Тюмень, 17–18 ноября 2010 г.). – Тюмень : ТюмГНГУ. 2010. – С. 30-35.

183. Бурматов, А. А. Детская смертность в 1970-х гг. в Западной Сибири / А. А. Бурматов // Исторический курьер. – 2021. – № 4 (18). – С. 7–25.

184. Гаврилова, Н. Ю. Опыт социального освоения нефтегазодобывающих районов Западной Сибири (1960–1980-е годы) / Н. Ю. Гаврилова // Отечественная история. – 2003. – № 5. – С. 111–118.

185. Гаврилова, Н. Ю. Социокультурное развитие районов нового промышленного освоения Севера Западной Сибири (60–80-е гг. XX в.) / Н. Ю.

Гаврилова. В. П. Карпов // Региональные социокультурные процессы : темат. сб. / Тюм. регион. отд-ние Акад. наук высш. шк. России, Гос. образоват. учреждение высш. проф. образования «Тюм. гос. нефтегазовый ун-т», Науч.-исслед. ин-т исслед. о-ва : отв. ред. Н. Г. Хайруллина. – Тюмень : Изд-во ТюмГНГУ. 2003 – 275 с. – С. 79–85.

186. Головтеев, В. В. Основные направления развития здравоохранения СССР в IX пятилетке / В. В. Головтеев // Советское здравоохранение. – 1971. – № 1. – С. 3–7.

187. Гонцов, А. А. Уроки Семовских / А.А. Гонцов. – Текст : непосредственный // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2001. – № 4. – С. 10–12.

188. Гончаров, Ю. М. Модернизационные процессы в сибирской городской семье во второй половине XIX–начала XX в. / Ю. М. Гончаров // Сибирское общество в контексте модернизации XVIII–XX вв.: сб. материалов всерос. конф. (Новосибирск, 22–23 сент. 2003 г.) / Отв. ред. Ламин В.А. – Новосибирск : ИИ, 2003. – С. 105-124.

189. Гончарова, О. А. Условия и особенности развития системы здравоохранения в Горном Алтае в 1965–1985 годы / О. А. Гончарова. Н. Н. Ложкина. – Манускрипт. – 2020. – Т. 13, вып. 10 – С. 92–95.

190. Дашинамжилов, О. Б. Урбанизация Западной Сибири в 1960–1980-е гг.: территориальные особенности смертности / О. Б. Дашинамжилов // Гуманитарные науки в Сибири. – 2018. – № 4. – Т. 25. – С. 7–25.

191. Дмитриенко, И. М. Из истории развития здравоохранения Алтайского края / И. М. Дмитриенко. Ю. И. Елисеев // Здравоохранение Российской Федерации. – 1988. – № 7. – С. 42–45.

192. Долгинцев, В. И. Основные вехи развития здравоохранения Тюменского региона / В. И. Долгинцев // Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке: сб. докладов XVIII международ. науч.-практ. конф. : в 3-х томах. – Тюмень:

ФГБОУ ВПО Тюменский государственный архитектурно-строительный университет. – 2016. – Т. 3. – С. 146–151.

193. Долгинцев, В. И. Политика устойчивого развития здравоохранения в Тюменском регионе / В. И. Долгинцев // Науч. вестн. Тюмен. мед. акад. – 2001. – № 3. – С. 17–21.

194. Долгинцев, В. И. Проблемы подготовки руководящих кадров здравоохранения [в Тюменской области] / В. И. Долгинцев // Науч. вестн. Тюмен. мед. акад. – 1999. – № 3-4. – С. 9–10.

195. Долгинцев, В. И. Развитие системы здравоохранения Тюменской области, решения / В. И. Долгинцев // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко: мат-лы конф. – Тюмень: Тюменский государственный медицинский университет. – 2014. – № S1. – С. 73–75.

196. Долгинцев, В. И. Развитие системы здравоохранения Тюменского региона: научное обоснование, концептуальный подход, перспективы развития / В. И. Долгинцев // Сибирский вестник медицинской информатики и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1 – С. 43–46.

197. Долгинцев, В. И. Становление и развитие здравоохранения в районах промышленного освоения нефтегазовых месторождений Западной Сибири [70–80-е гг. XX в.] / В. И. Долгинцев / Развитие государственной медицины в России: материалы симп. – М. – 2003. – С. 129–131.

198. Долгинцев, В. И. Ю.Н. Семовских – крупный организатор здравоохранения Тюменского региона / В. И. Долгинцев. Н. В. Долгинцева // Российская Академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья : мат-лы конф. Тюмень: Тюменский ГМУ. – 2013. – № S1. – С. 58–59;

199. Ермолаева Е. В. Профессиональная деятельность медицинской сестры как основа формирования ее социального портрета / Е. В. Ермолаева. Л. А. Павлова // Научная дискуссия: вопросы социологии, политологии, философии, истории. – 2015. – № 11 (39). – С. 37–41.

200. Как системы здравоохранения в разных странах мира справляются с коронавирусом : аналитика 21 мая. – РЕЖИМ ДОСТУПА : https:m.vostokmedia.com (дата обращения: 02.08.2020).

201. Затравкин, С. Н. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960–1980-х / С. Н. Затравкин. Е. А. Вишленкова. В. В. Чалова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 1. – Т. 29. – С. 153–160.

202. Каргаполов, Е. П. Альбина Алексеевна Соколова как руководитель Ханты-Мансийского окружного отдела здравоохранения (1982–1985 гг.) / Е. П. Каргаполов // Научный медицинский вестник Югры. – 2017. – № 3–4 (13-14). – С. 63–69.

203. Каргаполов, Е. П. Виктор Давыдович Вильгельм как руководитель окружной системы здравоохранения / Е. П. Каргаполов // Научный медицинский вестник Югры. – 2016. – № 2 (10). – С. 61–71.

204. Карма, С. С. К истории развития здравоохранения города Нижневартовска / С. С. Карма // Мира не узнаешь, не зная края своего : материалы 8-х краев. чт. – Нижневартовск : б. и, 2004. – С. 82–83.

205. Карпов, А. В. К истории развития здравоохранения Барнаула / А. В. Карпов. И. М. Дмитриенко // Здравоохранение Российской Федерации. – 1981. – № 6. – С. 21–24.

206. Кованов, В. В. О людях самой гуманной профессии / В. В. Кованов // Наука и нравственность : сб. статей / Сост. и авт. введ., с. 6–24, канд. филос. наук В. И. Толстых. – М. : Политиздат. 1971. – С. 387–388.

207. Козлов, И. И. Достижения курортного дела в СССР / И.И. Козлов // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 1982. – № 6. – С. 1–6.

208. Куксанова, Н. В. Здравоохранение и здоровье населения Сибири в 1960-е – первой половине 80-х гг. / Н. В. Куксанова // История Сибири: человек, общество, государство : сб. научных трудов / Новосиб. гос. ун-т ; Отв. ред. В. И. Шишкин – Новосибирск: Новосиб. нац. иссл. гос. ун-т. 1995. – С. 123–146.

209. Курбанова А. Я. История развития и этапы становления Тюменского государственного медицинского университета / А. Я. Курбанова, Г. Б. Агаширинова, М. Ю. Семенюк // Университетская медицина Урала. – Тюмень: Тюменский ГМУ. – 2016. – Т. 2. – С. 61–62.

210. Курносиков, М. С. Хирург Николай Васильевич Иванов / М. С. Курносиков. Н. И. Матвеева. М. Ю. Черепанова. Т. И. Зубкова // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2015. – Вып. № 3. – С. 62–63.

211. Логунов, Е. В. Проблемы сТаблилизации трудовых коллективов в базовых отраслях Западно-Сибирского нефтегазового комплекса / Е. В. Логунов // Исторический опыт освоения Сибири. – Новосибирск. – 1986. – Вып. 2. – С. 75–77.

212. Логунов, Е. В. Социальная инфраструктура нефтегазодобывающих районов Севера Тюменской области (1970–1985 гг.) / Е. В. Логунов // Нефть и газ Западной Сибири : материалы IV областной научно-практической конференции (октябрь 1987). – Тюмень : ТюмГНГУ. 1987. – С. 136–138.

213. Макарова, М. М. Вклад Тюменского медицинского колледжа в становление и развитие здравоохранения региона: заметки на полях столетней истории / М. М. Макарова. Е. А. Дубровина // Медсестра. – 2021. – № 2. – С. 7–25.

214. Мамонов, Ю. П. Актуальные вопросы организации травматологической помощи в нефтегазодобывающем районе Западной Сибири / Ю. П. Мамонов // Пятый Всесоюзн. съезд травматологов ортопедов (Одесса 22–24 сентября 1988 г.): тез. докл. – М. – 1988. – С. 123–125.

215. Мантикова, Э. К. Медицинское обслуживание работников электроэнергетики Тюменской области (сер.1960-х–сер.1990-х гг.) / Э. К. Мантикова // Человек в условиях интенсивного нефтегазового освоения Севера : материалы Всерос. научн. конференции. – Тюмень : ТюмГНГУ. 2010. – С. 168–173.

216. Миклашевич, А. И. Реализация ленинских принципов в становлении и развитии здравоохранения Сибири и Дальнего Востока / А. И. Миклашевич. В. А. Алексеев // Здравоохранение Российской Федерации. – 1981. – № 4. – С. 6–9.

217. Москвич, О. Вехи истории славной: о Салехардском медицинском училище / О. Москвич // Ямальский меридиан. – 2006. – № 1–2. – С. 46–47.

218. Наумова, Н. Ф. Социальная политика в условиях запаздывающей модернизации / Н. Ф. Наумова // Социологический журнал. – 1994.– № 1. – С. 6–21.

219. Палкин, А. И. О факторах, влияющих на выбор медицинской профессии / А. И. Палкин. П. И. Алексеев // Советское здравоохранение. – 1972. – № 4. – С. 41–42.

220. Панарин, С. М. Улучшение жилищно-бытовых условий – важнейший фактор сТаблилизации трудовых коллективов / С. М. Панарин // Нефть и газ Западной Сибири : материалы IV областной научно-практической конференции (октябрь 1987). – Тюмень : ТюмГНГУ. 1987. – С. 112–114.

221. Песков, В. Г. Медико-социальные проблемы освоения Западно-Сибирского нефтегазового комплекса / В. Г. Песков // Актуальные проблемы здоровья жителей Западно-Сибирского территориально-промышленного комплекса : тез. докл. науч. конф., посвящ. 20-летию Тюмен. гос. мед. ин-та. – Тюмень: – б. и. 1983. – С. 15–17.

222. Пилипенко, Е. И. Формирование кадров газовой промышленности Западной Сибири (1966–1980 гг.) / Е. И. Пилипенко // Социальные аспекты индустриального развития Сибири : сб. ст. / АН СССР, Сиб. отд-ние, Ин-т истории, филологии и философии; Редкол.: В. В. Алексеев (отв. ред.) и др.] – Новосибирск: Наука, 1983. – С. 67–81.

223. Побережников, И. В. Модернизация и теоретико-методологические подходы / И. В. Побережников // Экономическая история. Обозрение. – 2002. – Вып. 8. – М. – С. 146–168.

224. Прохоров, Б. Б. Общественное здоровье в России за 100 лет (1897–1997) / Б. Б. Прохоров // Россия в окружающем мире – 2000 : аналитический ежегодник / Отв. редактор Н. Н. Марфенин. – М. : Изд. МНЭПУ, 2000. – 328 с.

225. Ратманов, П. Э. Советское здравоохранение в освещении западных авторов (1920–1960-е гг.) / П. Э. Ратманов // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2013. – № 3 (12), Т. 29. – С. 7.

226. Руденков, И. В. Первый советский нарком здравоохранения Николай Семашко – основоположник образцовой системы медицинских учреждений / И. В. Руденков // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 2 (114). – С. 119–123.

227. Семовских, Ю. Н. Состояние неотложной помощи в Тюменской области при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости: материалы областной конференции хирургов / Ю. Н. Семовских. Р. В. Зиганьшин. Н. Ф. Митряков. – Тюмень : типография издательства «Тюменская правда». 1970. – С. 4–12.

228. Сильвеструк, С. В. Формирование имиджа современного врача / С. В. Сильвеструк. Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. –№ 1. – С. 213.

229. Скрипников, П. Н. Кадровое обеспечение здравоохранения в Тюменской области в 1959–1974 гг. / П. Н. Скрипников // Наука и инновации XXI века: мат-лы IV Всерос. конф. молодых ученых. – Сургут: СурГУ, 2017. С. 244–248.

230. Суздальская, Р. В. Основные этапы развития Томской городской больницы / Р. В. Суздальская // Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири / Ин-т организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко. Томский гос. мед. ин-т. Томский обл. отд. здравоохранения. Томский филиал Всесоюз. науч. ист.-мед. о-ва ; Под ред. Д. И. Гольдберга, Н. П. Федотова. – Томск. – 1960. – С. 122–125.

231. Темплинг, В. Я. Здравоохранение на Крайнем Севере Тобольской губернии (XIX – начало XX века) / В. Я. Темплинг // Вестник археологии, антропологии и этнографии. – 2015. – 4 (31). – С. 135–142.

232. Трагакес, Э. Системы здравоохранения: время перемен / Э. Трагакес, С. Лессоф // Европейская обсерватория по системам здравоохранения :

международный сборник научных трудов. – Издание Европейской обсерватории по системам здравоохранения. 2003. – 205 с.

233. Тэннер, Майкл. Пирамида Семашко / Майкл Тэннер // Эксперт. – 01–08–2011. – № 30-31 (764). – С.68–72.

234. Федотов, Н. П. Преподавание и исследования по истории медицины в Сибири / Н. П. Федотов // Советское здравоохранение. – М. : Министерство здравоохранения СССР, 1965. – № 7. – С. 7–17.

235. Федотов, Н. П. Выдающийся советский ученый, врач, общественный деятель (к 100-летию со дня рождения А.Г. Савиных) / Н. П. Федотов. П. А. Бова // Хирургия. – 1968. – № 12. – С. 34–44.

236. Цапф, В. Теория модернизации и различие путей общественного развития / В. Цапф // Социологические исследования. – 1998. – № 8. – С. 14–26.

237. Царегородцев, Г. И. Медицина и нравственность / Г. И. Царегородцев. А. В. Шмаков // Этико-психологические проблемы медицины : монография / К. К. Платонов. И. Т. Курцин. Г. В. Морозов и др. : под ред. Г. И. Царегородцева – М. : Медицина, 1978. – С. 361–390.

238. Чазов, Е. И. Итоги, задачи и перспективы развития кардиологии и кардиологической службы / Е. И. Чазов // Советское здравоохранение. – 1982. – № 5. – С. 3–10.

239. Чумаков, М. П. Успехи в изучении полиомиелита и борьба с ним в СССР / М. П. Чумаков, М. К. Ворошилова, С. Г. Дзагуров, К. М. Синек // Вести АМН СССР. – 1967. – № 3. – С. 18–27.

240. Шадеркина, В. А. Система советского здравоохранения Семашко / В. А. Шадеркина. Е. В. Болотова // Информационно-консультативный портал для урологических пациентов. – РЕЖИМ ДОСТУПА: https://03uro.ru/ (дата обращения: 27.09.2020).

241. Шорохова, И. И. Изменение уровня инфекционной заболеваемости в Тюменской области (1960–1990-е гг.) / И.И. Шорохова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2014 г. – №. 2 (58), Т. 1. – С. 52–57.

242. Шорохова, И. И. Кадровые изменения в здравоохранении Тюменской области в период с 1964 по 1991 гг. / И. И. Шорохова // Омский научный вестник. – 2015. – №. 2 (136). – С. 48–51.

243. Шорохова, И. И. Развитие материально-технической базы здравоохранения Тюменской области в период интенсивного нефтегазового освоения (1964–1991 гг.) / И. И. Шорохова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – №. 2 (155). – С. 50–61.

244. Штейнгауер, А. А. Проблемы кадрового обеспечения медицинских учреждений в середине 1960-х–конце 1980-х гг. / А.А. Штейнгауер // Сургут в отечественной истории / Под ред. А. И. Прищепы. – Сургут: СурГУ. 2005. – С. 83–85.

245. Щепин, О. П. Проблемы реформы здравоохранения (круглый стол редакции журнала «Российская Федерация сегодня» / О. П. Щепин // Российская Федерация сегодня. – 2005. – № 3. – С. 23–26.

246. Яблоков, Д. Д. Профессор М. Г. Курлов – основоположник сибирской школы терапевтов / Д. Д. Яблоков // Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири / Ин-т организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко. Томский гос. мед. ин-т. Томский обл. отд. здравоохранения. Томский филиал Всесоюз. науч. ист.-мед. о-ва ; Под ред. Д. И. Гольдберга. Н. П. Федотова. – Томск. – 1960. – С. 102–105.

247. Якушев, Ю. В. Организация санаторно-курортного лечения и отдыха трудящихся / Ю. В. Якушев // Санаторно-курортное обслуживание и отдых трудящихся : сб. статей. – М. : Профиздат, 1985. – С. 3–35.

Диссертации

248. Дудкина. М. П. Развитие здравоохранения в городах Западной Сибири(1946–1960 гг.) : специальность 07.00.02 «Отечественная история» : диссертация на соискание учёной степени кандидата исторических наук / Дудкина Марина Петровна ; Институт истории СО РАН. – Новосибирск, 2008. – 254 с.

249. Гаврилова. Н. Ю. Социальное развитие районов нового промышленного освоения Севера Западной Сибири (1964–1985 гг.) : специальность 07.00.02

«Отечественная история» : диссертация на соискание учёной степени доктора исторических наук / Гаврилова Надежда Юрьевна ; Уральский государственный университет им. А. М. Горького. – Екатеринбург, 2003. – 483 с.

250. Князькина. Т. А. Становление и развитие здравоохранения на Камчатке в период с 1917 г. по 1991 г. : специальность 07.00.02 «Отечественная история» : диссертация на соискание учёной степени кандидата исторических наук / Князькина Татьяна Анатольевна ; Камчатский государственный университет им. Витуса Беринга. – Петропавловск-Камчатский, 2007. – 173 с.

251. Стась. И. Н. Урбанизация Ханты-Мансийского автономного округа в период нефтегазового освоения (1960-е– начало 1990-х гг.) : специальность 07.00.02 «Отечественная история» : диссертация на соискание учёной степени кандидата исторических наук / Стась Игорь Николаевич ; Национальный исследовательский Томский государственный университет. – Томск, 2013. – 363 с.

252. Шаповалова. Я. А. Государственная политика в области семейно-брачных отношений в 1945–1991 гг. (на материалах Краснодарского края) : специальность 07.00.02 «Отечественная история» : диссертация на соискание учёной степени кандидата исторических наук / Шаповалова Янина Анатольевна ; Кубанский государственный университет. – Краснодар, 2014. – 190 с.

Интернет-сайты

253. Архивы Югры ; единый официальный сайт государственных органов [Электронный ресурс]. – Ханты-Мансийск. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: http://www.arhivugra.admhmao.ru (дата обращения: 18.02.2018).

254. Вести Ямал : информационный канал Ямало-Ненецкого автономного округа [Электронный ресурс]. – Салехард. 2015. 15 сентября. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://vesti-yamal.ru/ru/№ovosti_kompa№ii/ (дата обращения: 02.02.2018).

255. Восток – Медиа : информационный портал Приморского края : [Электронный ресурс]. – Владивосток. 2020. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://vostokmedia.com/ (дата обращения: 02.05.2020).

256. Вслух.ru : информационный портал Тюменской области [Электронный ресурс]. – Тюмень. 2014. 21 августа. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://vsluh.ru/ (дата обращения: 02.02.2018).

257. Департамент здравоохранения ХМАО-Югры ; официальный сайт [Электронный ресурс]. – Ханты-Мансийск. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://www.dzhmao.ru/ (дата обращения: 27.09.2018).

258. Живая память : о ветеранах и тружениках тыла Великой Отечественной войны посвященный дню Великой Победы области [Электронный ресурс] / Ю.П. Кульман. – Тюмень. 2018. – Режим доступа: /http://memory-tyume№.ru/ (дата обращения: 12.02.2018).

259. Здравоохранение ; официальный портал органов государственной власти Тюменской области [Электронный ресурс]. – Тюмень. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://admtyume№.ru/ (дата обращения: 02.02.2018).

260. ИА Север-Пресс – Новости Ямала : информационное агентство [Электронный ресурс]. – Салехард. 2018. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://sever-press.ru// (дата обращения: 02.02.2018).

261. Ваш год рождения : информационно-исторический портал : [Электронный ресурс]. – Москва, 2017. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: http://22-91.ru/ (дата обращения: 02.02.2017).

262. Информационно-консультативный портал для урологических пациентов [Электронный ресурс]. – Москва. 2012. – Режим доступа: https://03uro.ru/№ews/sistema-sovetskogo-zdravookhra№e№iya-semashko (дата обращения: 12.11.2020 г.).

263. Казённое учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер ; официальный сайт [Электронный ресурс]. – Сургут. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: http://surguttub.ru/ (дата обращения: 15.02.2018).

264. Консорциум Кодекс : электронный фонд правовых и нормативно-технических документов [Электронный ресурс]. – Москва. 2020. –. Режим доступа: http://docs.c№td.ru/docume№t/901986856 (дата обращения: 27.09.2020).

265. КонсультантПлюс : законодательство РФ [Электронный ресурс]. – Москва, 2021. – Режим доступа: http://www.co№sulta№t.ru/ (дата обращения: 27.02.2021).

266. Медицина РФ : медицинский портал [Электронный ресурс]. – Москва. 2017. – Режим доступа: http://medici№arf.ru/public/10175/ (дата обращения 30.09.2017).

267. Регионы России : федеральный политико-экономический журнал / учредитель: ООО «Холдинг Регионов» : гл. ред. О. В. Чернокоз. [Электронный ресурс]. – Екатеринбург. 2019 г. – Выходит 2 раза в мес. – Режим доступа: https://www.gosrf.ru/ (дата обращения: 27.03.2019).

268. Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал / учредитель ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации» : ред. коллегия : О. С. Кобякова (гл. ред.) (и др.) [Электронный ресурс]. – Москва. 2007. – Выходит 6 раз в год. – Режим доступа: http://vest№ik.med№et.ru/co№te№t/view/74/30/la№g,ru/ (дата обращения: 27.09.2018).

269. Центр гигиены и эпидемиологии в Ямало-Ненецком автономном округе ; официальный сайт Федерального бюджетного учреждения здравоохранения [Электронный ресурс]. – Салехард. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: http://cgse№89.ru/ (дата обращения: 19.01.2017).

270. Станция скорой медицинской помощи г. Тюмени ; официальный сайт Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области [Электронный ресурс]. – Тюмень. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://sp03tm№.ru/ru/ (дата обращения: 27.09.2018).

271. Тюменская область ; официальный портал органов государственной власти [Электронный ресурс]. – Тюмень. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: http://uporovo.admtyume№.ru/ (дата обращения: 17.02.2018).

272. Фонд Общественное Мнение : интернет-газета : [сайт] / учредитель Всероссийский центр изучения общественного мнения [Электронный ресурс]. –

Москва. 2020. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: http://fom.ru 3 авг. 2020 г. (дата обращения: 27.09.2020).

273. Ugra-№ews.ru : региональный информационно-аналитический портал ХМАО-Югры [Электронный ресурс]. – Ханты-Мансийск. 2018. – Обновляется в течение суток. – Режим доступа: https://ugra-№ews.ru/ (дата обращения: 18.02.2018).

Приложение 1

Таблица 1

Обеспеченность населения койками в Тюменской области в 1965–1990гг. на 10 000 человек[637]

Вид коек	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Всего	**94,6**	**117,3**	**123,5**	**118,6**	**119,3**	**120,5**
в т. ч. педиатрические-соматические	**8,3**	**14,4**	**15,9**	**16,1**	**14,3**	**11,9**

Таблица 2

Обеспеченность населения больничными койками по регионам Тюменской области, на 10 000 человек в 1965–1990 г.г.[638]

Населённый пункт и регион	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Юг области	**93,6**	**109,2**	**122,1**	**100,8**	**99,0**	**100,4**
Ишим	**91,6**	**98,7**	**89,7**	**93,2**	**147,2**	**142,2**
Тобольск	**110,3**	**112,1**	**11,3**	**116,1**	**103,0**	**111,1**
Тюмень	**73,2**	**67,6**	**79,3**	**84,8**	**66,8**	**61,9**
Ханты-Мансийский округ	**82,3**	**132,5**	**123,4**	**102,5**	**101,6**	**103,9**
Ханты-Мансийск	**163,2**	**169,3**	**219,7**	**194,3**	**188,5**	н/д
Когалым	н/д	н/д	н/д	н/д	**94,2**	**94,1**
Лангепас	н/д	н/д	н/д	н/д	**119,5**	**99,5**
Мегион	н/д	н/д	н/д	**96,3**	**85,4**	**90,2**
Нягань	н/д	н/д	н/д	н/д	**93,2**	**60,0**
Радужный	н/д	н/д	н/д	н/д	**84,1**	**90,9**
Сургут	-	-	**72,0**	**72,5**	**68,8**	-
Урай	**54,0**	**189,1**	**192,1**	**145,4**	**92,8**	**114,4**
Ямало-Ненецкий округ	**149,1**	**164,9**	**135,7**	**110,6**	**93,9**	**11,7**
Салехард	**252,6**	**201,6**	**203,0**	**247,1**	**223,9**	**224,3**
Лабытнанги	**151,5**	**201,9**	**145,9**	**151,5**	**127,9**	**111,3**
Новый Уренгой	н/д	н/д	н/д	**45,7**	**67,6**	**97,3**
Ноябрьск	н/д	н/д	н/д	н/д	**60,7**	**89,0**
Муравленко	н/д	н/д	н/д	н/д		**104,9**
Всего по области	**94,6**	**117,3**	**123,5**	**118,6**	**114,6**	**115,2**

[637] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 70; Основные показатели … за 1980 г.; С. 50; Основные показатели … за 1986 г. С. 80; Основные показатели … за 1990 г. С. 78.
[638] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 84; Основные показатели … за 1980 г. С. 54; Основные показатели … за 1986 г. С. 87; Основные показатели … за 1990 г. С. 85.

Таблица 3

Динамика смертности и рождаемости в Тюменской области, на 1000 населения в 1965–1990 гг.[639]

Показатели	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Рождаемость по области	18,9	17,7	19,9	19,5	22,9	15,9
в т. ч. по югу области	18,2	20,3	18,9	18,5	21,1	15,1
в т. ч. по Ханты-Мансийскому округу	19,9	21,3	23,2	21,6	25,2	16,7
в т. ч. по Ямало-Ненецкому округу	24,5	20,3	18,9	18,2	22,1	16,3
Общая смертность по области	7,6	8,6	8,8	9,1	6,4	6,3
в т. ч. по югу области	7,8	8,8	10,0	11,1	9,6	9,7
в т. ч. по Ханты-Мансийскому округу	6,5	7,3	6,3	6,4	3,9	4,1
в т. ч. по Ямало-Ненецкому округу	8,8	10,6	6,7	6,4	3,2	3,3
Детская смертность по области	33,0	29,7	24,6	26,0	21,5	18,4
в т. ч. по югу области	30,0	25,3	25,5	26,5	23,2	19,3
в т. ч. по Ханты-Мансийскому округу	34,0	31,4	21,9	26,0	19,1	17,0
в т. ч. по Ямало-Ненецкому округу	63,1	68,3	27,3	23,4	23,8	20,3
Естественный прирост населения	11,3	9,1	11,1	10,4	16,5	9,6

Таблица 4

Финансирование здравоохранения Тюменской области в 1965–1990 гг., в тыс. руб.[640]

Город, регион	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990
Расходы госбюджета						
Юг области	28773,6	41682,6	56283,9	58016,2	67225,9	111193,9
Ишим	1426,2	2288,7	3549,1	5161,5	5415,0	7666,1
Тобольск	1672,2	2264,0	2921,9	4195,8	5223,6	9545,6
Тюмень	5797,9	9468,2	14627,8	20334,2	24474,0	43472,4

639 Рассчитано и сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 11; Основные показатели … за 1980 г. С. 6; Основные показатели … за 1986 г. С. 6; Основные показатели … за 1990 г. С. 6.

640 Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 17; Основные показатели … за 1980 г. С. 28; Основные показатели … за 1986 г. С. 41; Основные показатели … за 1990 г. С. 40.

Ханты-Мансийский округ	**7821,0**	**16769,4**	**25156,4**	**41414,3**	**73108,2**	**156528,8**
Ханты-Мансийск	н/д	н/д	н/д	**5305,2**	**5744,8**	**-**
Когалым	н/д	н/д	н/д	н/д	**890,2**	**3784,6**
Лангепас	н/д	н/д	н/д	н/д	**1166,0**	**4942,8**
Мегион	н/д	н/д	н/д	н/д	**2368,6**	**4578,8**
Нижневартовск	н/д	н/д	н/д	**6673,8**	**14307,0**	н/д
Сургут	н/д	н/д	н/д	**6008,1**	**11283,1**	н/д
Урай	н/д	н/д	н/д	**1778,3**	**3073,9**	**6451,8**
Ямало-Ненецкий округ	**5001,4**	**7875,0**	**10372,8**	**16337,9**	**30889,0**	**64059,4**
Салехард	н/д	н/д	н/д	**6099,6**	**7102,6**	**10979,0**
Лабытнанги	н/д	н/д	н/д	**2371,9**	**3063,1**	**4641,1**
Новый Уренгой	н/д	н/д	н/д	**411,6**	**3796,3**	**9903,2**
Ноябрьск	н/д	н/д	н/д	н/д	**3633,3**	**11125,5**
Муравленко	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	**2125,3**
Всего по области	**41596,0**	**66327,0**	**91813,1**	**131983,0**	**195850,3**	**375554,0**
Расходы на одного жителя в год						
Всего по области	**32,2**	**46,7**	**56,1**	**65,0**	**70,9**	**118,8**

Таблица 5

Основные причины смертности населения в Тюменской области, (в случаях на 100000 населения)[641]

Заболевание	1970 г.	1976 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Сердечно-сосудистое	**352,7**	**366,0**	**370,1**	**304,6**	**288,8**
Онкологическое	**102,5**	**100,3**	**95,9**	**93,9**	**89,0**
Пульмонологическое	**84,3**	**78,7**	**74,9**	**33,5**	**29,9**
Гастроэнтерологическое	**26,5**	**23,6**	**30,5**	**22,2**	**23,5**
Инфекционное и паразитарное	**32,3**	**5,0**	**21,3**	**13,1**	**10,8**
Неврологическое	**9,7**	**9,2**	**7,6**	**6,1**	**5,3**
Травматологическое	**201,1**	**231,8**	**264,8**	**117,5**	**141,7**

[641] Рассчитано и сост. автором по материалам: Основные показатели … за 1980 г. С. 7, 8; Основные показатели … за 1986 г. С. 8; Основные показатели … за 1990 г. Тюмень С. 8; Основные показатели естественного и механического движения населения Тюменской области за девятую пятилетку (1970–1975 гг.). С. 9, 10; Естественное и механическое движение населения Тюменской области (1970–1977 гг.). С. 28, 29; Численность населения и его размещение в Тюменской области. Итоги Всероссийской переписи населения – 2010. Ч. 1. С. 11.

Таблица 6

Кадровая и материально-техническая характеристика хирургического направления в здравоохранении Тюменской области, в численности врачей, количестве коек и числе произведённых операций в 1965–1990гг.[642]

Показатель	1965	1970	1975	1980	1986	1990
Общее число врачей хирургического профиля	204	299	520	697	1 012	1 195
онколог	8	13	34	43	44	58
травматолог	13	29	57	95	142	163
нейрохирург	2	4	9	13	27	30
Общее число коек хирургического профиля	1 379	2 139	2 781	3 665	5 208	6 294
сердечнососудистая	-	16	20	-	72	100
онкологическая и радиологическая	119	245	285	285	305	340
травматологическая	160	286	523	718	995	1 191
нейрохирургическая	40	40	80	90	225	290
ожоговая	нет	5	35	35	142	160
Общее число операций	80 752	94 364	115 918	58 016	90 505	94 583

Таблица 7

Обеспеченность населения врачами и койками хирургического направления в здравоохранении Тюменской области в 1965–1990гг., на 10 000 человек[643]

Показатель	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Общее число врачей хирургического профиля	1,6	2,1	3,2	3,4	3,6	3,8
онколог	0,06	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
травматолог	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5
нейрохирург	0,02	0,04	0,1	0,1	0,1	0,1
Общее число коек хирургического профиля	10,4	15,0	17,0	3,4	18,4	19,8
сердечнососудистая	-	16	20	-	72	100
онкологическая и радиологическая	119	245	285	285	305	340
травматологическая	160	286	523	718	995	1 191
нейрохирургическая	40	40	80	90	225	290
ожоговая	-	5	35	35	142	160

[642] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 27, 29, 69; Основные показатели … за 1980 г. С. 97; Основные показатели … за 1986 г. С. 50, 80; Основные показатели … за 1990 г. С. 49, 78, 112.; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах. С. 196.

[643] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 28, 70, 88; Основные показатели … за 1980 г. С. 34, 50; Основные показатели … за 1986 г. С. 50, 80; Основные показатели … за 1990 г. С. 49, 78; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах. С.49, 78.

Таблица 8

Количественная характеристика материально-технической базы здравоохранения Тюменской области в 1965–1990гг., в ед.[644]

Число медучреждений и коек	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Общее количество учреждений	219	237	248	1 792	2 085	3 500
станция и отделение скорой медицинской помощи	15	24	41	45	71	83
детская больница	5	5	5	5	6	3
санаторий-профилакторий	7	6	6	5	5	6
Общее количество коек	12 225	16 670	20 200	24 085	32 525	38 225
педиатрическая соматическая койка	1 073	2 050	2 606	3 266	4 051	3 765

Таблица 9

Обеспеченность населения инфекционными и туберкулезными койками в Тюменской области в 1965–1990гг., на 10 000 человек[645]

Назначение койки	1965	1970	1975	1980	1986	1990
инфекционная	11,0	13,7	15,1	12,3	10,5	10,8
туберкулезная	13,0	14,1	11,1	8,4	6,0	4,8

Таблица 10

Количество исследованных на туберкулез в Тюменской области в 1965-1990гг., на 1000 человек[646]

Год	1965	1970	1975	1980	1986	1990
Количество пациентов	389,2	552,2	740,2	770,3	822,9	572,7

Таблица 11

Количество инфекционных и туберкулезных коек в Тюменской области в 1965–1990гг., единиц[647]

Назначение коек	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
инфекционные	1 422	1 951	2 467	2 489	2 992	3 428
туберкулезные	1 681	2 004	1 808	1 708	1 713	1 512

---

[644] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 19, 20, 24, 69; Основные показатели … за 1980 г.; С. 29, 32; Основные показатели … за 1986 г. С. 43; Основные показатели … за 1990 г. С. 42.

[645] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 70, 87; Основные показатели … за 1980 г. С. 50; Основные показатели … за 1986 г. С. 80; Основные показатели … за 1990 г. С. 78.

[646] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 137; Основные показатели … за 1980 г. С**.** 121**;** Основные показатели … за 1986 г. С. 50; Основные показатели … за 1990 г. С. 143.

[647] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 69; Основные показатели … за 1980 г. С. 50; Основные показатели … за 1986 г. С. 80; Основные показатели … за 1990 г. С. 13, 42, 49, 78.

Таблица 12

Обеспеченность населения врачами инфекционной службы в Тюменской области в 1965–1990гг., на 10 000 человек[648]

Направление	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Врач санитарно-эпидемиологической службы	1,4	1,6	1,9	1,8	1,7	1,6
Врач-фтизиатр	0,7	0,7	0,8	0,8	0,6	0,6
Общее количество инфекционных врачей	0,5	0,7	0,9	0,9	0,8	0,7

Таблица 13

Укомплектованность врачебными должностями инфекционной службы в Тюменской области в 1965–1990гг., в % отношении[649]

Должность	1965	1970	1975	1980	1986	1990
инфекционист	98,6	99,0	92,6	94,6	99,2	99,3
фтизиатр	100,0	93,3	95,8	94,9	95,0	96,0

Таблица 14

Кадровый потенциал здравоохранения Тюменской области в 1965–1990гг., в количестве человек[650]

Кадровая единица	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Средний медицинский работник	8481	11736	15322	19829	36854	35484
Врач скорой помощи	н/д	н/д	н/д	147	251	298
Врач-педиатр	299	333	533	753	1 390	1683
Общее количество врачей	1876	2732	4403	6045	10668	11145

[648] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 28, 70; Основные показатели … за 1980 г. С. 34; Основные показатели … за 1986 г. С. 50; Основные показатели … за 1990 г. С. 49, 78.

[649] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 50; Основные показатели … за 1980 г. С. 48; Основные показатели … за 1986 г. С. 78; Основные показатели … за 1990 г. С. 49.

[650] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 26, 27, 28, 31; Основные показатели … за 1980 г. С. 34, 44; Основные показатели … за 1986 г. С. 50; 69; Основные показатели … за 1990 г. С. 49, 68, 74; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования). С. 196.

Таблица 15

Обеспеченность населения врачебными кадрами по регионам Тюменской области в 1965–1990 гг., на 10 000 человек[651]

Город и регион	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Юг области	**13,8**	**17,8**	**27,0**	**22,2**	**26,6**	**34,1**
Ишим	**17,3**	**17,1**	**25,8**	**33,1**	**35,0**	**32,3**
Тобольск	**16,1**	**15,9**	**23,0**	**24,7**	**29,1**	**28,0**
Тюмень	**18,5**	**19,0**	**29,1**	**31,9**	**35,3**	**35,5**
Ханты-Мансийский округ	**10,0**	**16,9**	**22,9**	**24,0**	**30,3**	**30,0**
Ханты-Мансийск	**29,3**	**35,9**	**52,6**	**53,0**	**55,9**	н/д
Когалым	н/д	н/д	н/д	н/д	**23,4**	**23,9**
Лангепас	н/д	н/д	н/д	н/д	**28,7**	**26,6**
Мегион	н/д	н/д	н/д	**18,5**	**29,2**	**24,8**
Нижневартовск	н/д	н/д	н/д	**29,0**	**37,8**	**-**
Нягань	н/д	н/д	н/д	н/д	**18,9**	**22,4**
Радужный	н/д	н/д	н/д	н/д	**20,3**	**24,1**
Нефтеюганск	**7,7**	**17,2**	**22,5**	н/д	н/д	н/д
Сургут	**5,9**	**20,5**	**31,6**	**22,3**	**32,6**	н/д
Урай	**5,9**	**20,5**	**31,6**	**29,5**	**35,7**	**36,1**
Ямало-Ненецкий округ	**23,4**	**26,1**	**26,7**	**26,8**	**31,6**	**34,2**
Салехард	**48,4**	**44,8**	**54,5**	**58,8**	**61,1**	**55,7**
Лабытнанги	**24,2**	**21,1**	**27,0**	**27,8**	**33,8**	**29,0**
Новый Уренгой	н/д	н/д	н/д	**17,7**	**27,0**	**30,2**
Ноябрьск	н/д	н/д	н/д	н/д	**28,0**	**32,8**
Муравленко	н/д	н/д	н/д	н/д	**-**	**28,5**
По области	**13,7**	**18,1**	**25,9**	**28,8**	**34,0**	**35,0**

Таблица 16

Обеспеченность населения средними медицинскими работниками и врачами в Тюменской области в 1965–1990гг., на 10 000 человек[652]

Кадровая единица	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Средний медработник	**82,5**	**82,5**	**93,6**	**97,7**	**129,9**	**105,1**
Врач	**13,7**	**18,1**	**25,9**	**29,8**	**37,6**	**35,0**
в т. ч. врач скорой помощи	**-**	**-**	**-**	**0,6**	**0,9**	**0,9**
врач-педиатр	**2,3**	**2,3**	**3,2**	**3,7**	**4,9**	**18,6**

[651] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 29, 30; Основные показатели … за 1980 г. С. 35; Основные показатели … за 1986 г. С.51, 52; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах. С. 196.

[652] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 34, 50; Основные показатели … за 1980 г. С. 34, 44; Основные показатели … за 1986 г. С. 50, 69; Основные показатели … за 1990 г. С. 49, 68, 72, 74; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования). С. 196.

Таблица 17

Повышение квалификации врачей терапевтического профиля Тюменской области в 1964–1985 гг.[653]

Специальность	1964 г.	1970 г.	1975 г.	1981 г.	1985 г.
Терапевт	**24**	**32**	**12**	**133**	**161**
Кардиолог	н/д	**16**	**18**	**13**	**5**
Ревматолог	н/д	**2**	**3**	**10**	**7**
Эндокринолог	н/д	**1**	**3**	**7**	**9**
Гематолог	н/д	**4**	**1**	**3**	**2**
Гастроэнтеролог	н/д	**2**	**1**	н/д	**1**
Нефролог	н/д	**1**	**1**	н/д	**3**
Профпатолог	н/д	**2**	**23**	н/д	**-**
Физиотерапевт	**2**	**1**	**4**	**15**	**11**
Функциональный диагност	н/д	**5**	**9**	**19**	н/д
Инфекционист	**15**	н/д	н/д	**17**	**22**
Рентгенолог	**19**	н/д	н/д	н/д	н/д
Клинический лаборант	**7**	н/д	н/д	н/д	н/д
Фтизиатр	**20**	н/д	н/д	н/д	н/д
Аллерголог	н/д	н/д	**1**	н/д	н/д
Пульмонолог	н/д	н/д	**4**	н/д	н/д
Диетолог	н/д	н/д	**-**	**6**	**1**
Итого	**87**	**69**	**80**	**223**	**222**

Таблица 18

Укомплектованность медицинских учреждений средними медицинскими работниками и врачами в Тюменской области в 1965–1990гг., в % отношении[654]

Кадровая единица	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1986 г.	1990 г.
Средний медработник	**96,3**	**98,6**	**99,1**	**99,0**	**97,3**	**95,1**
Врач	**92,4**	**88,5**	**96,6**	**98,0**	**95,6**	**94,5**

Таблица 19

Выпуск специалистов из высших учебных заведений Тюменской области в 1970–1990 гг., человек[655]

Количество выпускников	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1983 г.	1990 г.
общее число	**667**	**2676**	**3632**	**4389**	**4425**
число по отрасли «здравоохранение»	**425**	**449**	**535**	**594**	**447**

[653] Сост. автором: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 710. Л. 10, 301; Д. 915. Л. 9; Д. 1109. Л. 1, 88.
[654] Сост. автором: Здравоохранение в Тюменской области … С. 43, 46; Основные показатели … за 1980 г. , 47; Основные показатели … за 1986 г. С. 74, 76; Основные показатели … за 1990 г. С. 70; Тюменская область: прошлое и настоящее в цифрах (к 70-летию образования). С. 196.
[655] Сост. автором: Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области 1965/66–1983/84 уч. гг. С. 21.; Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области 1990/91–94/95 уч. гг. С. 9.

Таблица 20

Численность учащихся медицинских училищ Тюменской области в 1965–1992 гг., человек[656]

Медицинское училище	1965/66 гг.	1970/71 гг.	1975/76 гг.	1980/81 гг.	1983/84 гг.	1991/92 гг.
Тюменское	684	605	1050	1158	1122	1562
Ишимское	450	527	527	516	430	354
Тобольское	826	926	767	574	547	662
Ялуторовское	180	754	593	467	453	528
Ханты-Мансийское	373	403	431	320	316	551
Сургутское	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	415
Нижневартовское	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	341
Салехардское	225	309	330	293	312	657
Общее число учащихся	2738	3524	3698	3328	3180	5070

Таблица 21

Показатели состояния здравоохранения Тюменской области в 1985–1989 гг., на 1000 населения, родившихся[657]

Показатель	1985 г.	1989 г.	1989 г.			
			РСФСР	Свердловская обл.	Омская обл.	Курганская обл.
Рождаемость	22,5	17,4	14,6	13,6	16,0	15,5
Младенческая смертность	24,2	18,8	17,8	18,0	18,0	18,3
Общая смертность	7,4	6,0	10,7	10,8	9,4	11,1

Таблица 22

Показатели заболеваемости с временной нетрудоспособностью населения Тюменской области, в случаях на 100 рабочих и служащих[658]

Показатель	1985 г.	1989 г.	1989 г.			
			РСФСР	Свердловская обл.	Омская обл.	Курганская обл.
Заболеваемость	763,5	846,3	942,7	1000,7	944,2	950,1

Таблица 23

Показатели первичного выхода на инвалидность населения Тюменской области, в случаях на 10 000 рабочих и служащих[659]

Показатель	1985 г.	1989 г.	1989 г.			
			РСФСР	Свердловская обл.	Омская обл.	Курганская обл.
Выход на инвалидность	34,4	31,3	45,8	46,2	45,3	40,3

[656] Рассчитано и сост. автором: Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области 1965/66–1983/84 уч. гг. С. 51, 52; Высшие и специальные учебные заведения Тюменской области 1990/91–94/95 уч. гг. Тюмень. С. 43.
[657] Сост. автором: ГАТО. Ф. 1725. Оп. 1. Д. 1222 а. Л. 63.
[658] Сост. автором: там же.
[659] Сост. автором: там же.

Приложение 2

Фото 1. Старый Вартовск. Больничный комплекс. Главный корпус Нижневартовской центральной районной больницы. 1971 г. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 2. МСЧ нефтяников в Нижневартовске в 1960-х гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 3. Станция скорой медицинской помощи в Нижневартовске в 1960-х гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 4. База отдыха нефтяников в 1980-х гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 5. База отдыха нефтяников в 1980-х гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

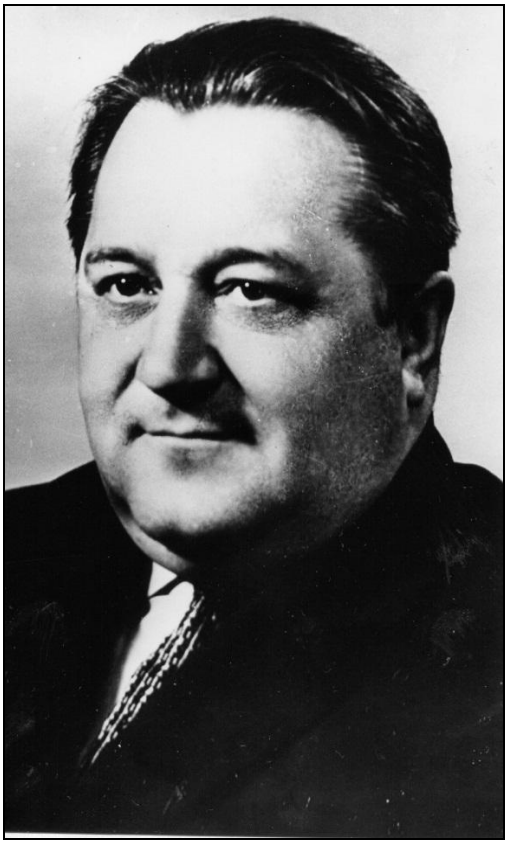

Фото 6. Семовских Юрий Николаевич, заведующий Тюменским областным отделом здравоохранения в 1952–1983 гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

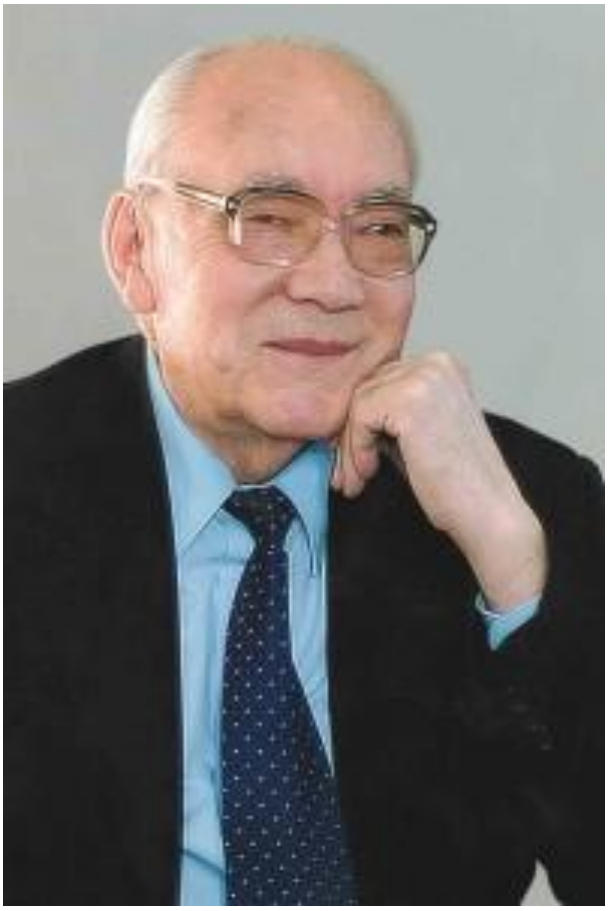

Фото 7. Московкин Павел Тимофеевич, заведующий Ямало-Ненецким окрздравотделом в 1948–1970 гг., первый организатор здравоохранения в рабочем поселке Нижневартовский. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 8. Сагандукова Елена Михайловна, первая женщина-врач народа ханты. 1950-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 9. В коллективе Тюменской областной больницы в 1970-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 10. Первый выпуск Тюменского медицинского института в1969 г. Второй слева: главный врач Тюменской областной больницы А.А. Моисеенко; третий слева: первый ректор ТГМИ Е.А. Жуков; четвёртый слева: первый секретарь Тюменского обкома КПСС, Б.Е. Щербина. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 11. Пузатов Виктор Тихонович, главный врач Нижневартовской ЦГБ, затем МСЧ «Нижневартовскнефтегаз» с 1970 по 1987 гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 12. Открытие Тюменского медицинского института в 1963 г. Ленточку перерезает заместитель министра здравоохранения РСФСР Семён Яковлевич Чикин. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 13. Протозанов Александр Константинович, первый секретарь Тюменского промышленного обкома КПСС в 1963–1964 гг., инициатор создания Тюменского медицинского института. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

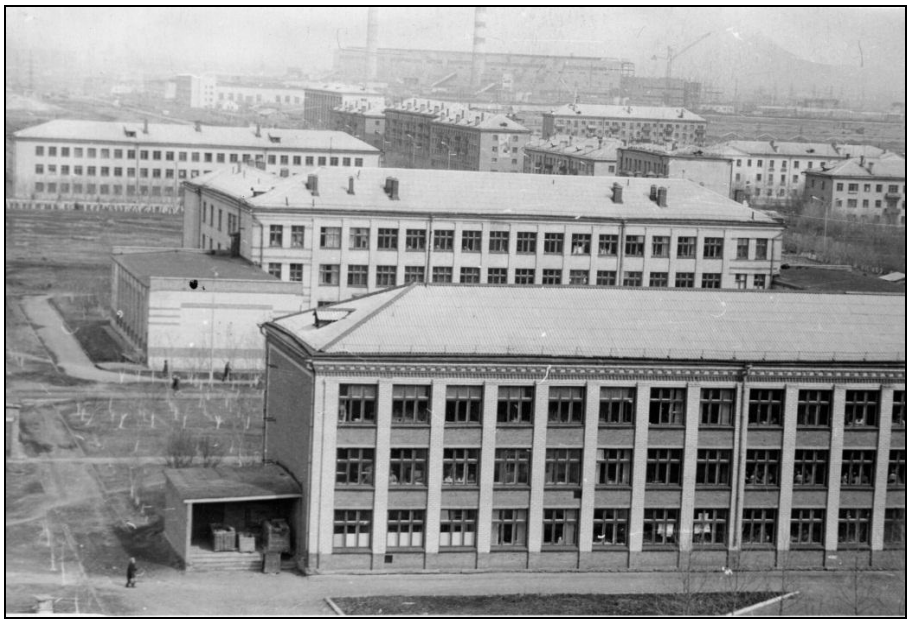

Фото 14. Корпуса Тюменского медицинского института в 1960-х гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 15. Вахтовый поселок. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

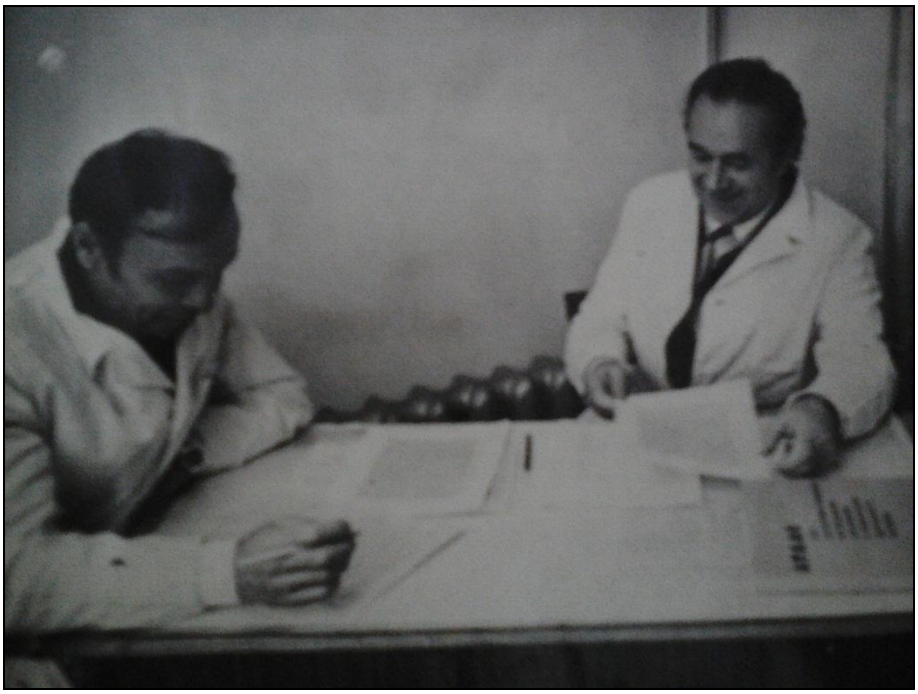

Фото 16. Руководитель Лаборатории физиологии труда ТГМИ и «Главтюменьгеологии», профессор Г.Д. Губин. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

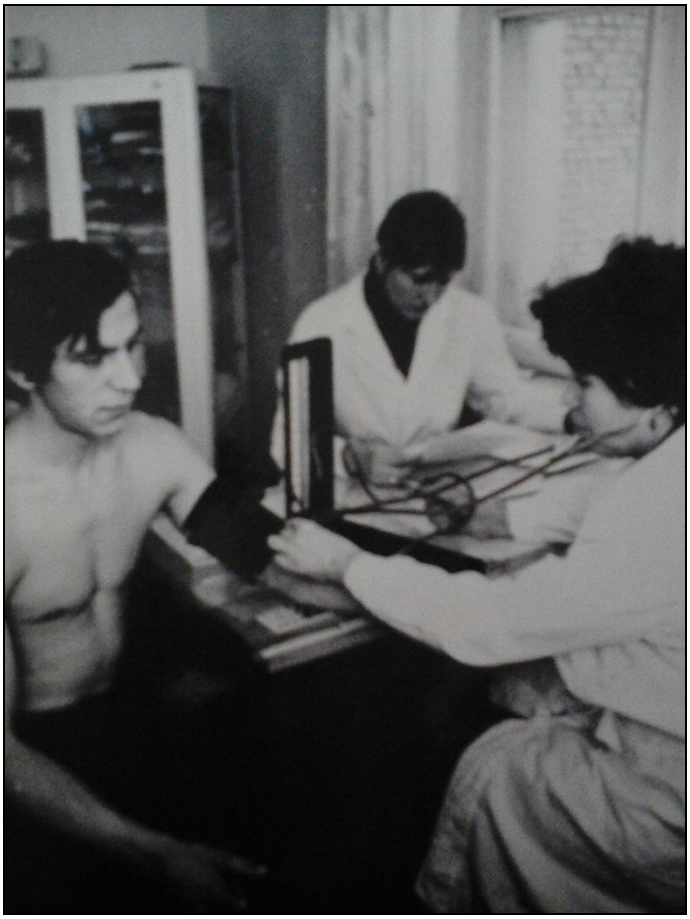

Фото 17. Оценка функции сердечно-сосудистой системы в Лаборатории физиологии труда. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 18. Исследования на буровых в бригадах «Главтюменьгеологии» сотрудниками ТГМ. 1980-е гг.. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 19. Научные экспедиции в северные регионы Тюменской области. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 20. Член студенческого научного общества В.П. Дыба проводит спирографию в 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 21. Заведующий кафедрой патофизиологии доцент В.С. Зудин. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 22. Доцент кафедры патофизиологии В.В. Колпаков с активистами студенческого научного общества проводит исследования в экспедиционных условиях. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 23. Фельдшер здравпункта на буровой. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 24. Фельдшер на кухне буровой. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 25. В столовой на буровой. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 26. Вахтовый посёлок. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 27. Здесь будет больница вахтового посёлка. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

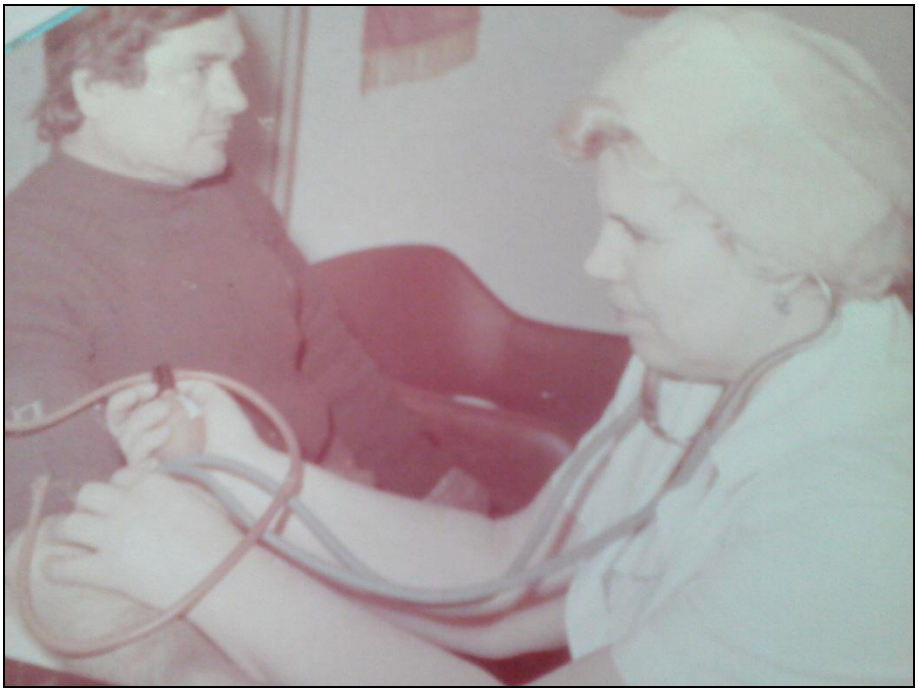

Фото 28. Медицинский контроль перед вахтой. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 29. Беседа врача на буровой. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 30. Медицинские работники используют все виды транспорта. Вертолёт. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)

Фото 31. Вездеход. 1980-е гг. (М.И.Т.ГМУ Ф. Архив фотоматериалов)