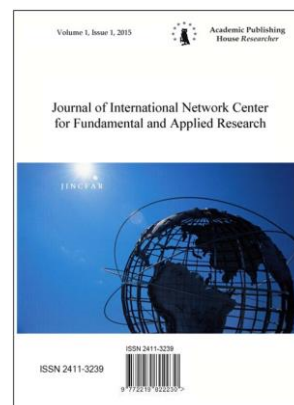


Copyright © 2017 by Academic Publishing House Researcher s.r.o.



Published in the Slovak Republic  
Journal of International Network Center  
for Fundamental and Applied Research  
Has been issued since 2014.  
ISSN 2411-3239  
E-ISSN 2413-7588  
2017, 4(2): 91-99

DOI: 10.13187/jincfar.2017.2.91  
[www.ejournal36.com](http://www.ejournal36.com)



UDC 94:614"1960-1980"(470.41)

## Reorganization and Expansion of the Network of Medical Institutions of Naberezhnye Chelny (the 1960th – the beginning of the 1980th)

Timur A. Magsumov <sup>a,\*</sup>, Mariya O. Nigmatullina <sup>b</sup>

<sup>a</sup> International Network Center for Fundamental and Applied Research, Russian Federation

<sup>b</sup> Secondary school № 56 in Naberezhnye Chelny, Russian Federation

### Abstract

The article on the background of the consideration of the construction of the young city of the era of late socialism and its attendant problems in the sphere of protection of public health, attempts to show the expansion of the network of healthcare institutions of Naberezhnye Chelny. The study is based primarily on record keeping the municipal records and memoirs of contemporaries. The results of the study showed that the rapid population growth of the city in connection with the construction of Nizhnekamsk hydroelectric power station and the Kama automobile plant (KAMAZ), associated with hard living conditions and a dramatic rejuvenation of its members have become an important factor in the spread of disease in the city. Essential is a problem of expansion of network of medical institutions which often is braked weak financing which was allocated for social infrastructure of the city by the residual principle. However, in Naberezhnye Chelny in the short term, the health system has reached a high level of development and has become one of the best in the country, which largely contributed sponsorship to large urban businesses. The results of the study can be used in reforming the health system, especially in conditions of rapidly growing population in certain regions and development of measures for the efficient development of the network structure of healthcare institutions.

**Keywords:** health care, USSR, Naberezhnye Chelny, the network of healthcare institutions, developed socialism, urban planning, social infrastructure.

### 1. Введение

Конец 1960-х – 1970-е гг. для г. Набережные Челны стали временем серьезных изменений. С началом строительства в городе крупных предприятий быстрыми темпами росло и население, пополняемое за счет строителей автограда, будущих рабочих предприятий и множества энтузиастов. Большие сложности возникали у руководства города в вопросе расселения такого количества населения и обеспечения его всеми условиями сохранения жизни и здоровья. Система здравоохранения в период строительства работала в усиленном режиме. Трудности, в первую очередь, заключались в нехватке медицинского персонала и учреждений.

---

\* Corresponding author

E-mail addresses: [nabonid1@yandex.ru](mailto:nabonid1@yandex.ru) (T.A. Magsumov), [mariya08021990@mail.ru](mailto:mariya08021990@mail.ru) (M.O. Nigmatullina)

## **2. Материалы и методы**

2.1. Материалы исследования основаны на отчетах и приказах отдела здравоохранения и материалах совещаний медицинских работников города за рассматриваемый период. Это-документы вкупе с тесно связанными с ними публицистикой и художественной литературой содержат отдельные сведения о состоянии здоровья городского населения, участии работников здравоохранения в жизни города. Воспоминания восполняют данные, содержащиеся в других документах за счет уникальных сведений, деталей, позволяющих воссоздать колорит эпохи.

2.2. Исследование построено в проблемно-хронологическом ключе и основано на историко-генетическом выявлении состояния и роста сети медицинских учреждений, сравнительно-историческом исследовании становления различных служб здравоохранения, историко-системном выявлении комплекса мероприятий по созданию учреждений здравоохранения, историко-ретроспективном выявлении причин создания сети медицинской службы.

## **3. Обсуждение**

Историография развития здравоохранения г. Набережные Челны в период строительства промышленных предприятий представляет из себя минимальное количество работ, имеющих теоретический и публицистический характер.

Развитие системы здравоохранения на уровне страны (Александров, Лисицын, 1972, Баткис, Лекарев, 1961) представляют собой труды, основанные на междисциплинарном медико-экономическом характере, опираются на методы экономического анализа, рассмотрению вопросов финансирования, организации работы различных типов лечебных учреждений. В основе данных работ лежат количественные показатели здравоохранения в советский период.

Региональная историография истории здравоохранения города представлена достаточно скупо. Наиболее полно история городского здравоохранения рассмотрена в работе Ф.Г. Ахмеровой и Р.А. Щеплановой (Ахмерова, Щепланова, 2001), но их труд носит публицистический, популярный характер, и посвящен в значительной мере описанию современной авторам (1990-е гг.) системы здравоохранения города. Отдельному исследованию подверглись вопросы становления и развития стоматологической, инфекционной, противотуберкулезной службы города (Михеева, Магсумов, 2017).

## **4. Результаты**

В советское время утвердилась и довольно успешно функционировала территориальная система организации здравоохранения, включавшая в себя всю совокупность лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений разного типа (Петров, 1962: 71-72). Она находилась в жесткой зависимости от роста численности жителей, который активно наблюдался во многих индустриально развивающихся регионах страны (Гомельская и др., 1971: 59). Для г. Набережные Челны это было время 1960-1970 гг., когда шло строительство ЗЯБ (Завод ячеистых бетонов), Нижнекамской ГЭС и КамАЗа. В связи с началом строительства ЗЯБ в 1958 году и Нижнекамской ГЭС в 1964 году, численность населения города стала расти очень быстрыми темпами. К 1970 году население увеличилось на 21 тыс. человек (Ахмерова, Щепланова, 2001: 22). Этот факт выявил острую нехватку медицинских учреждений и медицинского персонала в городе. Но еще более серьезной проблемой для здравоохранения города стало строительство КамАЗа, начатое в 1969 году. С 1970 по 1971 гг. население увеличилось на 22 тысячи (Беляев, 1974: 13-17). В связи с тем, что на всесоюзную стройку приезжала преимущественно молодежь, то рост населения сопровождался не только миграциями, но и высокой рождаемостью, что еще более обострило проблему. В связи с быстрым демографическим и социально-экономическим ростом города, с одновременной модернизацией системы здравоохранения (24-й съезд: 243-245), как того требовал один из базовых принципов советского здравоохранения – принцип единства медицинской науки и практики (Баткис, Лекарев, 1961: 27), перед руководством города, и руководством здравоохранения в частности, вставали несколько сложных задач, одной из которых была задача набора кадров и непрерывное повышение уровня их квалификации.

Стояла важная задача по повышению качества медицинского обслуживания населения, в первую очередь в поликлиническом звене. Основная цель реорганизации – объединить больницы и поликлиники, пересмотреть профиль и дислокацию коечной сети, что способствует осуществлению единого принципа лечения пациентов на основе сочетания амбулаторного и стационарного лечения (Александров, Лисицын, 1972: 137). Эти меры давали возможность улучшить обеспеченность населения города квалифицированной медицинской помощью (Петров, 1962: 77-79). В основу организации легли территориальный и производственный принципы (Бедный, 1979: 128-131). Обслуживание по территориальному принципу осуществлялось по месту жительства, производственный принцип опирался на обслуживание трудовых коллективов промышленных предприятий. В городе в рассматриваемый период строительство лечебно-профилактических учреждений шло по типовому принципу, то есть объединение больницы и поликлиники в единое учреждение (Гомельская и др., 1971: 34-38). Таким образом, обеспечивалась преемственность и последовательность в лечении и наблюдении за пациентами в стационаре, поликлинике, на дому по единой методике. Следующая важная задача системы здравоохранения – создание специализированных диспансеров, в которых кроме амбулаторного лечения организовывались стационары, работа которых осуществлялась по территориальному принципу, что позволяло вести систематическое наблюдение за населением с патологией (Лисицын, 2008: 251-252).

В 1971 году в городе наблюдался демографический всплеск, что поставило перед здравоохранением большую проблему. На конец 1971 года, когда численность населения возросла почти в полтора раза за один год и составила 55 тысяч человек, был введен в строй только поликлинический корпус горбольницы № 2 и еще не было построено ни одного стационарного учреждения (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 54. Л. 592).

Городская система здравоохранения была представлена Центральной районной больницей (ЦРБ) на 225 коек, рассчитанной в свое время на 18 тысяч жителей города. В состав ЦРБ входила поликлиника на 200 посещений, детская консультация с двумя приемными кабинетами. В приспособленных зданиях были развернуты: станции скорой медицинской помощи, женская консультация, санэпидстанция и противотуберкулезный диспансер (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 31. Л. 303-304). В барачных условиях функционировала поликлиника Нижнекамской ГЭС с детской консультацией на пять педиатрических участков, женской консультацией на четыре участка. В этой же поликлинике было развернуто гинекологическое отделение на тридцать коек. Из-за резкого отставания материально-технической базы в начале 1971 года здравоохранение города оказалось у «крайней черты». Катастрофически не хватало коек, отмечался дефицит медицинских кадров.

Детское население в 1970 году также обслуживалось двумя консультациями: детской консультацией ЦРБ на шесть педиатрических участков и детской консультацией в составе поликлиники Нижнекамской ГЭС. Детская консультация ЦРБ размещалась в обычной деревенской избе с печным отоплением, без канализации, без водопровода, с двумя приемными кабинетами – процедурным и перевязочным. В ожидании врачебного приема, процедур и перевязок, проведения прививок, родители с детьми вынуждены были находиться на улице из-за невозможности уместиться в малогабаритном помещении детской консультации. Вопрос о срочном выделении дополнительной площади, поставленный руководством ЦРБ, к сожалению, оставался без внимания (Ахмерова, Щепланова, 2001: 28).

Детское стационарное отделение размещалось в одноэтажном кирпичном здании, сданном в эксплуатацию в 1962 году. Каждый второй ребенок, находящийся на стационарном лечении в то время, нуждался в интенсивной терапии, так как из-за недостатка коечного фонда госпитализировались в основном дети с тяжелыми формами заболеваний. В больнице не было реанимационной службы, отделения для патологии новорожденных и второго этапа выхаживания недоношенных. Больные с гнойно-септическими заболеваниями, с деструктивными процессами в легких (СДЛ), лейкозом, ревматизмом, с заболеваниями почек, новорожденные и недоношенные, нуждающиеся в реанимации, госпитализировались в детское отделение на сорок коек в составе ЦРБ. Число госпитализированных доходило до 60 и более человек. Койками были заставлены все

коридоры, процедурная, ординаторская и сестринская. Отсутствие возможности для изоляции больных по профилю заболеваний создавало угрозу внутрибольничной вспышки (Лисицын, 2008: 273-274). Это повышало ответственность за выполнение санитарно-гигиенического режима. Из-за недостатка педиатрических кадров врачам приходилось работать по трехзвенной системе: прием, стационар, участок. Рабочий день был уплотнен до предела. Врачи работали по системе чередования. Тем не менее, педиатрическая служба достигала высоких положительных показателей. Летальность в стационаре и уровень детской смертности по городу оставались ниже среднереспубликанских значений (Ахмерова, Щебланова, 2001: 23).

Педиатры работали в тесном контакте с хирургами. В то время не было детских хирургов. Консультативную и лечебную помощь детям с хирургической патологией оказывали специалисты взрослой сети. Хирургическое отделение размещалось в кирпичном одноэтажном здании, построенном в 1910 году. В 1971 году из хирургии не были еще выделены узкие специализации: ортопедия, травматология, урология, анестезиология и др. Была общая хирургия, включавшая стационар на 60 коек и кабинеты хирургов в поликлиниках ЦРБ и Нижнекамской ГЭС (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 58. Л. 853).

В 1971 году, так же, как и все стационары ЦРБ, хирургическое отделение было переполнено больными. Необходимо отметить слаженность в работе, практическое мастерство и профессиональную грамотность всего коллектива хирургического отделения.

Терапевтическое отделение было рассчитано на 48 коек, количество госпитализированных выходило далеко за пределы штатных мест. Нередко в ночное время в отделение попадали инфекционные больные (гепатит, кишечная инфекция, был случай с брюшным тифом). Однако, несмотря на переуплотненность палат и перегрузку персонала, не было допущено ни одного случая внутрибольничной инфекции (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 54. Л. 592). Так же, как и педиатры, терапевты работали по трехзвенной системе: стационар, обслуживание больных на дому и приемы в поликлиниках ЦРБ и Нижнекамской ГЭС.

В ста метрах от детского корпуса в одноэтажном деревянном здании размещалось инфекционное отделение на сорок коек. В нем размещались пациенты с различными заболеваниями: кишечные инфекции, гепатит, случаи менингококковой инфекции и брюшного тифа (Ахмерова, Щебланова, 2001: 26). Туда же госпитализировались дети с тяжелыми формами инфекций: скарлатина, корь, с предполагаемыми диагнозами дифтерии, полиомиелита и др. И все это притом, что не было боксов, лишь общие палаты и один общий санузел (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 47. Л. 643-645).

Родильное отделение ЦРБ было развернуто в приспособленном здании дореволюционной постройки. Работая в сложных условиях, в которых оказалась родовспомогательная служба из-за высокой рождаемости в городе, недостатка коечного фонда и медицинских кадров, удалось организовать работу родильного отделения, не допустив вспышки инфекции среди новорожденных детей.

Поток больных, захлестнувший лечебно-профилактические учреждения, поставил в труднейшее положение и амбулаторно-поликлиническую службу, которая в 1970 году состояла из двух поликлиник: поликлиники ЦРБ и поликлиники Нижнекамской ГЭС. Обе поликлиники размещались в приспособленных деревянных зданиях. Приемы вели в основном молодые выпускники мединститута. Вместо двадцати человек, предусмотренных нормой (Бедный, 1979: 158-162), приходилось за смену принимать до пятидесяти и более, вместо шести вызовов к больным на дом – обслуживать до двадцати и более (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 63. Л. 379).

В феврале 1971 года Министерство здравоохранения, обеспокоенное состоянием дел в городе Набережные Челны, приняло решение назначить новое руководство Центральной районной больницы – для решения новых задач. На должность главного врача ЦРБ пришел Г.А. Колчин, работавший до этого главным врачом Альметьевской ЦРБ. Его заместителем стал молодой врач И. Хайруллин, заместителем по экспертизе – М. Мельникова (Ахмерова, Щебланова, 2001: 29). Являясь одновременно секретарем парторганизации, она обладала большим опытом работы с людьми. С 1962 по 1967 год Маргарита Владимировна возглавляла медицинскую службу на строительстве Новочеркасской ГРЭС.

В короткий срок был сделан скачок в области охраны здоровья населения. На первом этапе в срочном порядке развертывались медицинские учреждения в приспособленных

зданиях. В основном для этого использовались типовые общежития, которые приходилось реконструировать под лечебные учреждения. Так, в начале 1972 года в здании общежития 8/14 была открыта детская поликлиника, там же – женская консультация и поликлиника ЦРБ, в доме 16/1 – инфекционная больница (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 64. Л. 728). В жилом доме нового города был организован врачебный прием, усилена врачебными кадрами поликлиника в составе горбольницы № 2.

Вспоминая 1970-е годы, заместитель министра здравоохранения Татарстана Л. Никольская пишет: «С первых дней становления служб охраны материнства и детства сформировались основные принципы работы всех учреждений здравоохранения, входящих в эту систему. Прежде всего, это высокий профессионализм руководителей службы и самоотверженное стремление к новому, рациональная организация всех действий и максимальная концентрация усилий на самых приоритетных направлениях. Наряду с этим служба окружила себя союзниками и соратниками из других ведомств. Безусловно, поддержка исполнительной власти в течение всех лет – и не просто поддержка, а активное сотрудничество с медиками – заложили прочный фундамент службы охраны материнства и детства: типовые детские поликлиники, многопрофильная детская больница, типовые родильные дома, женские консультации и т. д.» (Ахмерова, Щебланова, 2001: 34).

Еще в 1971 году с развертыванием временных поселков возникли трудности в организации медицинской помощи семьям, проживающим в этих поселках, из-за плохого состояния дорог и телефонной связи. Поселки были разбросаны на расстоянии десятков километров от города, состояли из деревянных и железных вагончиков, отапливались железными печками (буржуйками) (Беляев, 1975: 48-52). В этих вагончиках проживали молодые семьи, а значит – новорожденные, дети первых лет жизни. Перепадов температуры прежде всего не выдерживали малыши. Отсутствие центрального водоснабжения и канализационной системы создавали реальную опасность возникновения инфекционных заболеваний (Александров, Лисицын, 1972: 159).

Первое время оказание медицинской помощи семьям, проживавшим во временных поселках, осуществлялось ординаторами Казанского государственного медицинского института. Создавались бригады из молодых специалистов (в основном педиатров) клиник мединститута и лечебно-профилактических учреждений Казани – для помощи медицинским учреждениям Набережных Челнов. Эти бригады выезжали работать во временные поселки. Но единственно правильным решением было направить врачей на постоянное жительство во временные поселки.

При полном отсутствии материальной базы наблюдался высокий кадровый потенциал. С высоким профессиональным качеством решались вопросы оказания медицинской помощи населению города. На ходу отрабатывались и осваивались новые формы работы, что позволило уже к 1978 году многим учреждениям города стать базовыми по республике. Сюда, чтобы перенять опыт работы, стали приезжать медицинские работники из городов не только ТАССР, но и всего Советского Союза (Ахмерова, Щебланова, 2001: 40).

Актуальность необходимости совершенствования системы управления здравоохранением, в условиях быстро развивающегося города, определялась многими факторами: характерными сдвигами в демографической ситуации (Гуваков, 1991: 111-113), уровнем и структурой заболеваемости населения, необходимостью расширения всех видов медицинской помощи, улучшения ее качества с тем, чтобы полностью удовлетворить потребность населения во всех видах медицинского обслуживания, и обеспечением общего руководства над всеми лечебно-профилактическими учреждениями города. В связи с этим в 1973 году была проведена реорганизация системы управления здравоохранением города. Организован городской отдел здравоохранения, его заведующим был назначен Г. Колчин.

Усилия городского отдела здравоохранения были направлены на дальнейшее развитие сети медицинских объектов, – как за счет развертывания лечебно-профилактических учреждений в приспособленных условиях, так и за счет строительства новых, построенных по типовым и индивидуальным проектам. В общежитиях 16/2, 16/3, 16/4 были организованы: родильный дом, дом санитарного просвещения, детская больница № 3, лечебно-физкультурный диспансер, дерматовенерологический диспансер. За период с 1972 по 1975 год были введены в строй: горбольница № 2, родильный дом № 1, поликлиника на 1600 посещений, детская поликлиника на 300 посещений в смену, противотуберкулезный

диспансер. За это время в городе было развернуто 1935 коек и десять различных поликлиник. К концу 1979 года в городе насчитывалось уже 4,5 тысячи медицинских работников, в том числе 714 врачей; три тысячи стационарных коек, 25 лечебно-профилактических учреждений (Ахмерова, Щебланова, 2001: 35).

В феврале 1970 года закончено строительство типового больничного здания, введено в эксплуатацию только его двухэтажное крыло – поликлиники № 2. Посещаемость возросла до 800 человек в день. В здании поликлиники были развернуты следующие службы: детская консультация, женская консультация, гинекологическое отделение, стоматологическая служба, отделение переливания крови. Работали врачи основных специальностей: терапевты, хирурги, окулисты, невропатологи, отоларингологи (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 63. Л. 383).

Следующий этап – развертывание стационарных отделений с ноября 1971 года. Начали функционировать следующие службы: терапевтическая, травматологическая, хирургическая, инфекционная, офтальмологическая, отоларингологическая, для беременных и рожениц. Надо отметить, что в 1971 году было возможным оказание только экстренной хирургической помощи населению. А в период с 1972 года по декабрь 1977 году вся экстренная и плановая хирургическая помощь оказывалась только во второй горбольнице (Городская больница, 2017).

Поликлиника № 3 начала работу в 1972 году и расположилась в приспособленном помещении жилого дома 2/08 с первого по третий этаж. 15 ноября 1974 года в районе нового города открывается городская больница № 3, объединенная с поликлиникой № 3. Поликлиника №4 начала свою деятельность в 1972 году в составе городской больницы №4 (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 72. Л. 323). На основании приказа № 52 городского отдела здравоохранения г. Набережные Челны от 11 марта 1980 года городская поликлиника организована как самостоятельное учреждение. В 1979 году начинает работу детская поликлиника № 4 на 300 посещений в смену, в ноябре 1979 года – детский санаторий для ослабленных детей на 80 мест. Больница № 4 в 1980 году в полном объеме начала функционировать как больница скорой медицинской помощи на 800 коек. Городская поликлиника № 6 начала свою деятельность в 1986 году, будучи структурным звеном городской больницы № 4. Поликлиника № 5 была введена в эксплуатацию в августе 1980 года в перепрофилированном здании бывшей «школы РИЗа» с проектной мощностью 660 посещений в смену для обслуживания рабочих и служащих заводов КамАЗа и функционировала как лечебно-профилактическое учреждение «Поликлиника № 5 МСЧ - Медсанчасть КамАЗа» (АОИК НЧ. Ф. 267. Оп. 1. Д. 99. Л. 13). Основой коллектива стала цеховая терапевтическая служба поликлиники № 3 и сеть заводских здравпунктов, созданных в период с 1971 по 1979 и финансировавшихся администрацией ПО «КамАЗ» (Ахмерова, Щебланова, 2001: 263).

В основу лечебно-профилактической работы в производственных коллективах был положен цеховой принцип организации терапевтических служб с приближением медпомощи к работникам заводов (Александров, Лисицын, 1972: 178-181). В поликлинике № 5 были организованы три цеховых терапевтических отделения с 23 здравпунктами, действовавшими на производстве. На заводах под патронажем заведующих цеховыми терапевтическими отделениями велись ежегодные профосмотры, 100 % флюорографическое обследование, диспансеризация, в т.ч. 100 % лиц, работающих с профвредностями, проводилось противорецидивное лечение и систематическая поливитаминоизация, плановая санация полости рта всем работающим (Петровский, 1976: 74-75). Под руководством главных инженеров заводов действовали врачебно-инженерные бригады, которые исследовали условия труда, разрабатывали и внедряли конкретные мероприятия по устранению вредных факторов производства, добиваясь снижения профзаболеваний. На основании анализа их результатов цеховые терапевты совместно с цехомами направляли работников с выявленными отклонениями в здоровье на диетпитание, амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение (Поликлиника, 2017). Динамично развивалась в эти годы женская консультация, входившая до 1987 года в состав поликлиники № 5. С увеличением численности работающих на КамАЗе росла и численность женщин, 52 % которых находились в активном детородном возрасте. Это закономерно приводило к высокой рождаемости. За короткое время МСЧ совместно с

администрацией КамАЗа обеспечили к 1986 году организацию на всех заводах 16 акушерско-гинекологических участков (Поликлиника, 2017).

Городская поликлиника №7 построена по индивидуальному проекту на 600 посещений в смену (фактически 900-1000 посещений в смену), введена в эксплуатацию в 1984 году (Ахмерова, Щепланова, 2001: 294).

Большие сложности возникали при перепрофилировании лечебных учреждений в приспособленных зданиях. Реконструировать всегда труднее, чем строить по типовому проекту, разработанному с учетом специфики медицинского учреждения того или иного профиля. Здесь же главным врачам самим приходилось составлять эскизы чертежей на реконструкцию здания, на ходу осваивая основные принципы проектирования.

Так как созданные в срочном порядке медицинские учреждения не являлись плановыми объектами, то и финансирование их не было предусмотрено в бюджете на текущий год. Возникали проблемы и с комплектацией внеплановых лечебных учреждений, так как медицинское оборудование и мебель поступали на базу только по разрядке для строящихся объектов. Врачи этих учреждений налаживали контакты с руководителями строительных организаций и промышленных предприятий города, которые оказывали шефскую помощь в виде финансовой поддержки для приобретения оборудования, мебели, медикаментов. Эта помощь позднее была узаконена решением бюро горкома партии «О закреплении за отдельными лечебно-профилактическими учреждениями строительных организаций для оказания шефской помощи» (Богатко, 1975: 36-37).

## 5. Заключение

5.1. В условиях роста численности населения Набережных Челнов система здравоохранения претерпевала большие изменения: шла реорганизация сети и создание новых лечебно-профилактических учреждений, однако темпы этого процесса были недостаточными, в связи с резко возросшим количеством населения и нехваткой финансирования.

5.2. Советская система хозяйства носила мобилизационный характер, что зачастую приводило к сокращению расходов на развитие социальной инфраструктуры. Здравоохранение финансировалось по остаточному принципу, что в значительной мере сказалось на оказании своевременной медицинской помощи населению.

5.3. Нехватка мощностей капитального строительства, дефицит медицинских кадров на первом этапе реорганизации являлись факторами, тормозящими наращивание сети медицинских учреждений, как общего, так и специализированного профиля.

5.4. Сеть учреждений здравоохранения города к началу 1980-х гг. достигла необходимого количества.

5.5. Немалую помощь в достижении целей оказала шефская помощь системе здравоохранения от промышленных предприятий.

5.6. Были открыты больницы и поликлиники, для обслуживания рабочих, функционировали здравпункты, цеховая служба. В условиях быстрого демографического роста города требовалось постоянное наращивание сети медицинских учреждений, кадрового потенциала и оснащенности медицинских учреждений материально-технической базой.

## Литература

24-й съезд – 24-й съезд КПСС (30 марта – 9 апреля 1971 года): Стенографический отчет. Т. 1. М.: Политиздат, 1971. 540 с.

Александров, Лисицын, 1972 – Александров О.А., Лисицын Ю.П. Советское здравоохранение / Под ред. Г.Е. Острове. М.: Медицина, 1972. 263 с.

АОИК НЧ – Архивный отдел исполнительного комитета города Набережные Челны.

Ахмерова, Щепланова, 2001 – Ахмерова Ф.Г., Щепланова Р.А. Подвиг милосердия. Очерки истории здравоохранения Набережных Челнов. Набережные Челны, 2001. 320 с.

Баткис, Лекарев, 1961 – Баткис Г.А., Лекарев Л.Г. Теория и организация советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1961. 351 с.

Бедный, 1979 – Бедный М.С. Медико-демографическое изучение населения. М.: Статистика, 1979. 223 с.

Беляев, 1974 – Беляев Р.К. Камский автогигант. Стройка и люди. Казань:

Таткнигоиздат, 1974. 128 с.

**Беляев, 1975** – *Беляев Р.К.* Подвиг на Каме. Казань: Таткнигоиздат, 1975. 184 с.

**Богатко, 1975** – *Богатко С.А.* КамАЗ – звезда первой величины. М.: Стройиздат, 1975. 64 с.

**Гомельская и др., 1971** – *Гомельская Г.Л., Коган Е.Я., Логинова Е.А.* Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР. М., 1971. 233 с.

**Городская больница, 2017** – ГАУЗ "Городская больница №2" – История развития [Электронный ресурс] / Портал здравоохранения Республики Татарстан // Режим доступа: <https://zdrav.tatar.ru/gb2chelny/section/story>, свободный (дата обращения 08.10.2017).

**Гуваков, 1991** – *Гуваков В.И.* Здравоохранительная деятельность: социокультурные и методологические проблемы / Отв. ред. А.П. Дубнов, В.И. Шанин. Новосибирск: изд-во Новосибирского ун-та, 1991. 184 с.

**Лисицын, 2008** – *Лисицын Ю.П.* История медицины: учебник для мед. вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 393 с.

**Михеева, Магсумов, 2017** – *Михеева М.О., Магсумов Т.А.* Противотуберкулезная и инфекционная службы г. Набережные Челны на этапе формирования (начало 1960-х середина 1970-х гг.) // *Applied and Fundamental Studies proceedings of the 11th International Academic Conference.* 2017. С. 185-198.

**Петров, 1962** – *Петров Б.Д.* Очерки истории отечественной медицины. М.: Медгиз, 1962. 303 с.

**Петровский, 1976** – *Петровский Б.В.* Успехи советского здравоохранения за годы девятой пятилетки. М.: Медицина, 1976. 157 с.

**Поликлиника, 2017** – Поликлиника №5 ГАУЗ "Городская больница №5" - История поликлиники [Электронный ресурс] / Портал здравоохранения Республики Татарстан // Режим доступа: <https://zdrav.tatar.ru/o258/section/24>, свободный (дата обращения 08.10.2017).

## References

**24-i s"ezd** – 24-i s"ezd KPSS (30 marta – 9 aprelya 1971 goda): Stenograficheskii otchet. (1971). Volume 1. Moscow: Politizdat, 540 p. [in Russian].

**Aleksandrov, Lisitsyn, 1972** – *Aleksandrov O.A., Lisitsyn Yu.P.* (1972). Sovetskoe zdravookhranenie [Soviet health care]. Moscow: Meditsina. 263 p. [in Russian].

**AOIK NCh** – Arkhivnyi otdel ispolnitel'nogo komiteta goroda Naberezhnye Chelny [Archival department of executive committee of the city of Naberezhnye Chelny].

**Akhmerova, Shcheblanova, 2001** – *Akhmerova F.G., Shcheblanova R.A.* (2001). Podvig miloserdiya. Ocherki istorii zdravookhraneniya Naberezhnykh Chelnov [The feat of charity. Sketches of history of health care of Naberezhnye Chelny]. Naberezhnye Chelny. 320 p. [in Russian].

**Batkis, Lekarev, 1961** – *Batkis G.A., Lekarev L.G.* (1961). Teoriya i organizatsiya sovetskogo zdravookhraneniya [Theory and organization of the Soviet health care]. Moscow: Medgiz. 351 p. [in Russian].

**Bednyi, 1979** – *Bednyi M.S.* (1979). Mediko-demograficheskoe izuchenie naseleniya [Medico-demographic studying of the population]. Moscow: Statistika. 223 p. [in Russian].

**Belyaev, 1974** – *Belyaev R.K.* (1974). Kamskii avtogigant. Stroika i lyudi [Kama auto giant. Building and people.]. Kazan: Tatknigoizdat. 128 p. [in Russian].

**Belyaev, 1975** – *Belyaev R.K.* (1975). Podvig na Kame [Feat on Kama]. Kazan: Tatknigoizdat. 184 p. [in Russian].

**Bogatko, 1975** – *Bogatko S.A.* (1975). KamAZ – zvezda pervoi velichiny [KAMAZ – a star of the first magnitude]. Moscow: Stroiizdat. 64 p. [in Russian].

**Gomel'skaya et al., 1971** – *Gomel'skaya G.L., Kogan E.Ya., Loginova E.A.* (1971). Ocherki razvitiya poliklinicheskoi pomoshchi v gorodakh SSSR [Sketches of development of the polyclinic help in the cities of the USSR]. Moscow. 233 p. [in Russian].

**Gorodskaya bol'nitsa, 2017** – Portal zdravookhraneniya Respubliki Tatarstan. (2017). GAUZ "City Hospital No. 2" - development History. [online] of Available at: <https://zdrav.tatar.ru/gb2chelny/section/story> [Accessed 8 Oct. 2017].

**Guvakov, 1991** – *Guvakov V.I.* (1991). Zdravookhranitel'naya deyatelnost': sotsiokul'turnye i



metodologicheskie problemy [Public health activity: sociocultural and methodological problems]. Novosibirsk: izd-vo Novosibirskogo un-ta. 184 p. [in Russian].

[Lisitsyn, 2008](#) – *Lisitsyn Yu.P.* (2008). *Istoriya meditsiny: uchebnik dlya med. vuzov* [Medicine history: the textbook for medical higher education institutions]. Moscow: GEOTAR-Media. 393 p. [in Russian].

[Mikheeva, Magsumov, 2017](#) – *Mikheeva M.O., Magsumov T.A.* (2017). *Protivotuberkuleznaya i infektsionnaya sluzhby g. Naberezhnye Chelny na etape formirovaniya (nachalo 1960-kh - seredina 1970-kh gg.)* [Antitubercular and Infectious Services of Naberezhnye Chelny City at the Formation Stage (the Beginning of the 1960th - the Middle of the 1970th)]. *Applied and Fundamental Studies proceedings of the 11th International Academic Conference*. (pp. 185-198). St. Louis: Publishing House Science and Innovation Center, Ltd. [in Russian].

[Petrov, 1962](#) – *Petrov B.D.* (1962). *Ocherki istorii otechestvennoi meditsiny* [Sketches history of Russian medicine]. Moscow: Medgiz. 303 p. [in Russian].

[Petrovskii, 1976](#) – *Petrovskii B.V.* (1976). *Uspekhi sovetskogo zdravookhraneniya za gody devyatoi pyatiletki* [Achievements of the Soviet health care for years of the ninth five-years period]. Moscow: Meditsina. 157 p. [in Russian].

[Poliklinika, 2017](#) – Portal zdravookhraneniya Respubliki Tatarstan. (2017). *Policlinic No. 5 GAUZ City Hospital No. 5 – History of policlinic.* [online] of Available at: <https://zdrav.tatar.ru/0258/section/24> [Accessed 8 Oct. 2017].

УДК 94:614"1960-1980"(470.41)

## **Реорганизация и расширение сети медицинских учреждений г. Набережные Челны (1960-е – начало 1980-х гг.)**

Магсумов Т.А.<sup>a,\*</sup>, Нигматуллина М.О.<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Международный сетевой центр фундаментальных и прикладных исследований,  
Российская Федерация

<sup>b</sup>Средняя общеобразовательная школа № 56, г. Набережные Челны, Российская Федерация

**Аннотация.** В статье на фоне рассмотрения активного строительства молодого города эпохи позднего социализма и сопутствующих ему проблем в сфере охраны здоровья населения, делается попытка показать расширение сети учреждений здравоохранения г. Набережные Челны. Исследование основано, в первую очередь, на делопроизводственных материалах городского архива и воспоминаниях современников. Результаты исследования показали, что быстрый рост населения города в связи со строительством Нижнекамской ГЭС и Камского автомобильного завода (КамАЗ), связанные с ним сложные условия проживания и резкое омоложение его состава стали важным фактором распространения заболеваний в городе. Насущной становится задача расширения сети медицинских учреждений, зачастую тормозящаяся слабым финансированием, которое на социальную инфраструктуру города выделялось по остаточному принципу. Однако в Набережных Челнах за короткий срок система здравоохранения достигла высокого уровня развития и стала одной из лучших по республике, чему во многом способствовала шефская помощь крупных городских предприятий. Результаты исследования могут быть использованы при реформировании системы здравоохранения, особенно в условиях быстрорастущего населения на отдельных территориях и разработки мер по эффективному развитию сетевой структуры учреждений здравоохранения.

**Ключевые слова:** здравоохранение, СССР, Набережные Челны, сеть учреждений здравоохранения, развитой социализм, градостроительство, социальная инфраструктура.

---

\* Корреспондирующий автор

Адреса электронной почты: [nabonid1@yandex.ru](mailto:nabonid1@yandex.ru) (Т.А. Магсумов),  
[mariya08021990@mail.ru](mailto:mariya08021990@mail.ru) (М.О. Нигматуллина)