А.В. Ахметова*

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 1940-х –
ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 1950-х гг.**

В статье рассматриваются государственные мероприятия по созданию и развитию системы здравоохранения коренных малочисленных народов Хабаровского края во второй половине 1940-х – первой половине 1950-х гг. Работа медицинских экспедиций конца 1940-х гг. позволила проанализировать численность аборигенного населения обследованных территорий, обобщить показатели основных эпидемиологических заболеваний и характер наиболее распространенных среди малочисленных этносов болезней, что стало важным информационным источником для дальнейшей трансформации политики в данной сфере. Автор заключает, что последовавшее за этим развитие сети медицинских и лечебно-профилактических учреждений в национальных районах края, осуществлявшееся при поддержке местных предприятий, позволило к началу 1960-х гг. существенно снизить уровень заболеваемости среди коренных малочисленных народов региона.

Ключевые слова: коренные малочисленные народы, Хабаровский край, система здравоохранения, национальная политика, эпидемиологические заболевания

The establishment of the indigenous health system in Khabarovsk territory in the late 1940s and early 1950s. ANNA V. AKHMETOVA (Komsomolsk-na-Amure State University)

The article focuses on the government measures to establish and develop the indigenous health system in Khabarovsk territory in the late 1940s and early 1950s. The work of medical expeditions of the late 1940s made it possible to analyze the aboriginal population of the territory, to generalize the indicators of the main epidemiological diseases and the nature of the most common diseases among the small-numbered indigenous peoples. This information was crucial in further policy transformation in this area. The author concludes that the subsequent development of a network of medical institutions in the indigenous regions of Khabarovsk territory carried out with the support of local enterprises significantly reduced the morbidity rate among the indigenous peoples of the region by the early 1960s.

Keywords: small-numbered indigenous peoples, Khabarovsk territory, health system, national policy, epidemics

* АХМЕТОВА Анна Валинуровна, кандидат исторических наук, начальник управления научно-исследовательской деятельностью Комсомольского-на-Амуре государственного университета.

E-mail: srdsehp@knastu.ru

© Ахметова А.В., 2019

** Статья выполнена при финансовой поддержке гранта Министерства образования и науки Хабаровского края. Соглашение № 19с/2019.

Процессы глобализации, ставшие характерной и неизбежной особенностью конца XX – начала XXI вв., усиливают нивелирование этнического и культурного многообразия малочисленных народов, постепенно уничтожая их традиционный образ жизни. Это не могло не сказаться на образе их жизни и физиологических показателях здоровья. Состояние здоровья и проблемы здравоохранения малочисленных народов зависят от особенностей традиционного образа жизни и изменений, связанных с широким проникновением в их быт обычаев других народов и индустриализацией территорий их проживания. В настоящее время направленность и механизмы эволюции человека как биологического объекта остаются теми же, что и в прошлые тысячелетия, но в результате социального и научно-технического прогресса меняются способы, правила и сроки эволюции. Если раньше человеку приходилось в большей степени адаптироваться к естественной среде, то сегодня – к среде социально-экономической, созданной им самим.

Трансформация системы обеспечения здоровья малочисленных народов в условиях советской модернизации Дальнего Востока представляет собой составную часть процесса изменения традиционного образа жизни малочисленных народов всего мира. В XX в. культуры этих народов подверглись широкомасштабному воздействию технологической цивилизации. Ее наступление на традиционные общества автохтонных этносов остро поставило вопрос о пути их дальнейшего развития. Все это актуализирует задачу проведения комплексного исследования проблемы развития системы здравоохранения коренного населения Хабаровского края в условиях советской модернизации.

С целью улучшения ситуации в сфере медицинского обслуживания коренного населения региональные власти использовали разнообразные формы организации системы здравоохранения в национальных районах, а именно возобновление деятельности фельдшерско-акушерских пунктов при культбазах, организацию медицинских экспедиций с целью проведения как лечебных работ, так и научно-диагностического обследования коренного населения, расширение стационарной сети учреждений здравоохранения, укрепление ее материально-технической базы и финансирования. Так, в 1946 г. в Чукотском национальном округе начали строить 4 районные больницы и 13 фельдшерских пунктов (Государственный ар-

хив Хабаровского края, далее – ГАХК. Ф. 683. Оп. 2. Д. 338. Л. 73).

Система здравоохранения, которую начали создавать в 1920-е – 1930-е гг., в период Великой Отечественной войны была фактически разрушена. В целях снижения высокого уровня заболеваемости потребовалась очень продолжительная вакцинация и интенсивные санитарно-противоэпидемические мероприятия. Отдаленность национальных районов, кочевой образ жизни, тяжелые условия труда и проживания способствовали высокому росту числа хронических заболеваний у коренного населения [5, с. 104]. Например, в Корякском национальном округе из 871 обследованного аборигена 154 были поражены открытой формой туберкулеза, причем 40% из них были детьми (ГАХК. Ф. 35. Оп. 46. Д. 33. Л. 1). Причину этого врачи медицинской экспедиции видели в насильственной модернизации хозяйственной деятельности малочисленных народов и недуманных действиях местной власти по реализации принятых решений. В период рыбной путины мобилизовалось взрослое население всех близлежащих национальных колхозов, даже тех, что были расположены далеко от устья рек, где традиционный уклад жизни аборигенов (коряков) не предполагал занятия рыбной ловлей. В результате их переселения на места рыбодобычи, для которых были характерны плачевные жилищные условия, скученность и постоянный холод, начинались эпидемии гриппа, кори, тифа, коклюша, в свою очередь, провоцирующие вспышки туберкулеза.

С целью хотя бы частичного решения проблемы 24 июля 1946 г. было издано постановление Совета Министров СССР № 471 «О мероприятиях по оказанию помощи Корякскому национальному округу», в котором в качестве основного мероприятия по улучшению ситуации с заболеваемостью в национальных районах была предложена отправка в округ узких медицинских специалистов. Однако ввиду их небольшого количества эта мера не могла решить назревшие в национальных поселках проблемы в области здравоохранения. В крупных населенных пунктах были открыты специально оборудованные медицинские кабинеты, но при отсутствии каких-либо средств связи и коммуникации на огромных территориях с кочующим населением оказание планомерной систематической медико-санитарной помощи было невозможным [6, с. 577].

Более эффективной в таких условиях оказалась работа медицинских экспедиций (ГАХК. Ф. 35. Оп. 19. Д. 41, Л. 157). Их целью было изучение существующего медицинского обслуживания, состояния больниц, наличия квалифицированных кадров, обеспеченности медикаментами, а также проведение осмотра жителей на наличие заболеваний, исследование быта и условий жизни. Хотя экспедиции и не были высокоорганизованными (не все желали ехать на Крайний Север), тем не менее они имели большое значение, так как помогли сделать серьезные научно-практические выводы не только о состоянии здравоохранения, но и об условиях жизни аборигенного населения.

В 1947–1948 гг. в целях обследования малочисленных этносов дальневосточного региона в отдаленные районы были направлены медицинские экспедиции. Система здравоохранения и санитарно-гигиенического обслуживания только начинала налаживаться, не хватало ни оборудования, ни квалифицированных кадров, поэтому для анализа существующей медико-санитарной ситуации и оказания необходимой помощи в северные районы Дальнего Востока, а именно на Чукотку и Камчатку, были направлены специалисты Хабаровского медицинского института и Крайздравотдела (ГАХК. Ф. 683. Оп. 2. Д. 105).

Одна из крупнейших экспедиций была направлена в Чукотский национальный округ. В июне 1947 г. в поселок Анадырь прибыла комплексная медицинско-паразитологическая экспедиция Министерства здравоохранения РСФСР во главе с кандидатом медицинских наук товарищем Коссовым в следующем составе: фтизиатр, окулист, кожно-венеролог, рентгенолог, рентгенотехника, врач-лаборант, лаборант. Экспедиция имела целью обследование определенного количества местного населения с целью изучения его физического состояния, проверки медицинских учреждений, оказания им на месте практической помощи. Свою работу экспедиция начала с поголовного обследования местного населения поселка Анадырь. Была проведена туберкулиновая проба среди всех учащихся средних школ, педучилища, школы колхозных кадров и работников колхоза им. И.В. Сталина [1, с. 15].

В результате были обследованы больницы поселков Анадырь, Комбинат и залива Лаврентия, кроме того – ряд фельдшерских пунктов. Врачи, фельдшера и заведующие райздравотде-

лами были проконсультированы по ряду специальных вопросов и вопросов администрирования. Рекомендации относительно последних не всегда можно было провести в жизнь, так как они не соотносились с практическими возможностями местных учреждений здравоохранения. Например, Коссов настаивал на том, чтобы в Окружной больнице было открыто родильное отделение из 6 палат, выделено 2 палаты для туберкулезных больных, 2 хирургические палаты, 2 детские палаты, палата-изолятор (всего 14 палат). Больница же располагала помещением из 5 палат на 15 коек (ГАХК. Ф. 683. Оп. 2. Д. 280. Л. 8).

Анализ научных отчетов экспедиций позволил констатировать тот факт, что сеть здравоохранения, как и в довоенный период, находилась в неудовлетворительном нестабильном состоянии и не могла осуществлять систематическую работу. Фактически до 1947–1948 гг. развитием здравоохранения на Чукотке в плановом порядке не занимались. Медицинские учреждения, особенно фельдшерские пункты, на протяжении многих лет открывались и закрывались в зависимости от наличия помещений и кадров. Многие годы здравоохранением руководили люди, не имевшие ничего общего с медициной и всегда по совместительству. Например, обязанности заведующего Окрздравом исполняли заведующие Собесом (ГАХК. Ф. Р-683. Оп. 2. Д. 280. Л. 11). Такая ситуация привела к тому, что до 1947 г. не было никаких данных о здравоохранении, по которым можно было бы судить о заболеваемости, смертности, лечебно-профилактических мероприятиях. В окрздраве и райздравах имелись отрывочные, разрозненные сведения, составленные безграмотно и вызывающие сомнение в своей подлинности. Из 38 фельдшерских пунктов не более 10 имели свои помещения, а 30% – 55% из них совершенно не имели их, остальные находились в школах, торговых базах и сельсоветах. Ни одна больница не имела инфекционных изоляторов, санитарно-эпидемиологические станции существовали номинально. Больницы размещались в непригодных зданиях, жилищного фонда здравотделы также не имели [3].

Медицинские пункты района не были обеспечены медикаментами и перевязочным материалом. Особенно остро ощущался недостаток сульфамидных препаратов, противочесоточных мазей и основы для их изготовления, а также ваты, марли, бинтов и т. д. Остро ощущалось

отсутствие стекол для очков: экспедицию буквально осаждали чукчи и эскимосы, требующие очки. Медицинские учреждения были слабо обеспечены топливом, нередко не на чем было приготовить еду для больных. Несмотря на рост ассигнований на здравоохранение, на хозяйственные расходы, включая топливо, выделялась сравнительно малая сумма. Так, на хозяйственные расходы на целый год по всем фельдшерским пунктам в 1947 г. было ассигновано всего 1 500 р. В то время как на эту сумму можно было приобрести лишь 3 тонны угля, а для отопления только одного фельдшерского пункта требовалось 8 тонн, для всех фельдшерских пунктов требовалось 25 тонн, что в денежном выражении составляло 10 000 руб. (ГАХК. Ф. 683. Оп. 2. Д. 280. Л. 35).

По итогам деятельности медицинских экспедиций была подвергнута анализу динамика численности аборигенного населения обследованных территорий, обобщены показатели основных эпидемиологических заболеваний и характер наиболее распространенных среди малочисленных этносов болезней, что стало важным информационным источником для последующей трансформации политики в сфере здравоохранения. Недостатком такой формы организации медицинского обслуживания было то, что экспедиции не могли постоянно оказывать врачебную помощь коренным малочисленным народам. При этом на отдаленных северных территориях эти специалисты зачастую оказывались единственными, кто мог провести первичное обследование и лечение. Эффективность лечения, проводимого передвижными отрядами, была очень низкой, так как оно не носило систематический характер. Деятельность медицинских экспедиций хотя и замедляла рост заболеваемости, не могла кардинально изменить эпидемиологическую ситуацию в национальных районах.

Поэтому во второй половине 1940-х – первой половине 1950-х гг. основная работа органов здравоохранения при участии советских и партийных органов власти сконцентрировалась на развитии сети медицинских и лечебно-профилактических учреждений. 15 декабря 1948 г. было издано постановление Совета Министров СССР № 4626 «О мерах помощи хозяйственному и культурному строительству в национальных округах и районах Крайнего Севера Хабаровского края» (ГАХК. Ф. Р-137. Оп. 14. Д. 85. Л. 12), благодаря чему началось массо-

вое строительство медицинских учреждений. В частности в Корякском округе было возведено 2 туберкулезных диспансера на 30 мест. При поддержке краевых властей были созданы санитарно-эпидемиологические станции в бухтах Провидения и Угольной, а в крупных населенных пунктах Корякского и Чукотского национальных округов начали работу аптеки с бесплатным отпускem лекарств для коренного населения. Также было намечено строительство 11 фельдшерско-акушерских пунктов, 5 из которых оказались на финансировании Главкамчатрыбпрома, а 6 содержались за счет местного бюджета. В 1949 г. в Колымском районе планировалось строительство 6 больниц, 12 фельдшерских пунктов, 14 амбулаторий, 1 противотуберкулезного пункта (Государственный архив Магаданской области, далее – ГАМО. Ф. Р-38. Оп. 1. Д. 49. Л. 21).

Местные предприятия и организации (колхозы, рыбокомбинаты, рыбозаводы) оказывали активную помощь в создании мощной медицинской базы в национальных районах края, что выражалось в строительстве и поддержании на должном уровне медицинских учреждений. Рост сети медицинских учреждений не мог предотвратить угрозу появления новых эпидемий в национальных районах края. Далеко не во все стойбища могли добраться медицинские экспедиции с целью вакцинации против дизентерии, паразитов и брюшного тифа (ГАМО. Ф. Р-38. Оп. 1. Д. 54. Л. 341). Соблюдение санитарно-гигиенических норм в коммунальных, торговых и детских учреждениях особо не контролировалось, фактически не велась просветительная работа с коренным населением. Из-за отсутствия врачей-фтизиатров и туберкулезных стационаров сохранялся высокий уровень заболеваемости туберкулезом. К примеру, летом 1949 г. крайздоров было осуществлено медицинское обследование малочисленных этносов Колымского района. Из 533 обследованных у 132 была выявлена активная стадия туберкулеза, из них у 118 – открытая форма (ГАМО. Ф. Р-38. Оп. 1. Д. 49. Л. 29).

В начале 1950 г. возросло количество просьб с мест в Хабаровский крайисполком о совершенствовании медицинского обслуживания у аборигенного населения. В январе 1950 г. начальник Главного управления Дальстроя направил письмо в Хабаровский крайком, в котором указывались меры, предпринятые для строительства больниц, раскрывались результаты

медицинских экспедиций в Среднеканском и Ольском районах (ГАМО. Ф. Р-38. Оп. 1. Д. 54. Л. 34). Особое внимание концентрировалось на сложностях в проведении профилактических мероприятий и нереальности осуществления всех мер по организации здравоохранения без мощной поддержки центральных властей.

С целью совершенствования медицинского и санитарно-гигиенического обслуживания малочисленных этносов Дальнего Востока был принят ряд специальных постановлений по отдельным территориям. Основное внимание уделялось строительству новых объектов здравоохранения, которое осуществлялось с помощью министерств и ведомств, возглавляющих работу промышленных отраслей, доминирующих в конкретных национальных районах. Например, 19 октября 1950 г. было издано постановление Совета Министров РСФСР № 1190 «О мероприятиях по улучшению культурно-бытового обслуживания населения Камчатской области», где Министерству совхозов РСФСР и Министерству геологии РСФСР было предписано построить больницы на 10 мест для обслуживания аборигенного населения труднодоступных районов (ГАХК. Ф. 353. Оп. 6. Д. 200. Л. 16).

В 1950 г. в отдаленные районы были направлены 32 медицинских работника, а в 1951 г. — еще 50 врачей (ГАХК. Ф. 137. Оп. 14. Д. 180).

С целью решения проблемы дефицита профессиональных медицинских кадров перед центральными и региональными органами власти возникла задача повышения плана набора абитуриентов из числа выпускников-аборигенов в высшие профессиональные и среднеспециальные учебные заведения. Бюро Хабаровского крайкома приняло решение создать подготовительные классы для представителей коренного населения по 20 чел. при фельдшерско-акушерской школе в г. Петропавловске-Камчатском и школе медсестер г. Николаевска-на-Амуре. Хабаровскому медицинскому институту было предписано включить в план набора студентов и затем принять на обучение 10 чел. из числа представителей коренного населения. Но в итоге к 1953 г. были подготовлены только 6 выпускников со среднеспециальным медицинским образованием и ни одного врача из числа представителей коренного населения (ГАХК. Ф. 35. Оп. 43. Д. 60. Л. 7).

Для борьбы с самой распространенной болезнью среди коренных малочисленных народов Дальнего Востока — туберкулезом — Мини-

стерством здравоохранения РСФСР в 1954 г. был выпущен приказ «Об обязательных противотуберкулезных прививках всем новорожденным детям и школьникам и проведении обследования на предмет заболевания туберкулезом» (ГАМО. Ф. 119. Оп. 1. Д. 80. Л. 151). Так как жители Магаданской области особенно пострадали от целого ряда эпидемий, здесь были предусмотрены специальные меры.

Магаданский облисполком издал решение № 151 от 07.05.1956 «О состоянии и мерах улучшения охраны материнства и детства в национальных районах области». Домашние роды считались теперь недопустимым явлением, участники которого привлекались к уголовной ответственности (ГАМО. Ф. 119. Оп. 1. Д. 80. Л. 151). Беременные женщины отправлялись в специально оборудованные пункты, где получали навыки правильного ухода за младенцами. Власти рекомендовали, чтобы мать и дитя в первый год жизни ребенка оставались под наблюдением специалистов. Такие меры вызвали широкие протесты из-за продолжительного отрыва матери от своей семьи, в то же время это позволило уменьшить детскую смертность.

Во второй половине 1950-х гг. были подведены итоги восстановительного периода после Великой Отечественной войны и намечены долгосрочные перспективы основных направлений национальной политики советской власти. Немаловажное значение в данной связи имело постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР 1957 г. № 300 «О мерах по дальнейшему развитию экономики и культуры народностей Севера» [8, с. 175]. Центральное место в документе занимал такой показатель качественного социально-экономического и социокультурного роста малочисленных этносов, как переход к оседлости. Благодаря изменениям образа жизни, культуры и быта, строительству благоустроенных поселков значительно улучшилась медицинская и культурно-просветительская работа среди коренного населения Дальнего Востока. Поэтому основное внимание акцентировалось на деятельности организаций и ведомств, отвечающих за отрасли торговли и здравоохранения, так как именно они могли существенно повлиять на изменение уровня жизни и благосостояния малочисленных этносов.

Проведенное накануне принятия постановления комплексное обследование коренного населения Комсомольского района выявило сложную эпидемиологическую ситуацию. Сохранялся

высокий уровень кишечных и легочных заболеваний, вызываемых отсутствием качественной питьевой воды и благоустроенного жилья. Несмотря на стабильно совершенствующуюся медико-профилактическую работу процент больных среди представителей малочисленных этносов оставался еще очень высоким. К примеру, в 1956 г. в Магаданской области было зарегистрировано 5 816 больных, в 1957 г. – 10 700, в 1958 г. – 12 290 (ГАМО. Ф. Р-146. Оп. 1. Д. 214. Л. 133). Особенно высокий уровень заболеваемости был отмечен в Чукотском национальном округе, где в 1956 г. отмечалось 844 случая, а в 1959 г. – 1 202. В то же время увеличение числа больных можно отнести не только на счет быстрого распространения заболеваний, но и на счет роста числа обследованных аборигенов.

Научные открытия и совершенствование системы здравоохранения предопределили успехи борьбы с эпидемиями и особо опасными инфекционными заболеваниями, а внедрение в практику сульфаниламидных препаратов и антибиотиков позволило получить быстрый и внушительный эффект в снижении смертности среди коренных народов Дальнего Востока. При относительно стабилизировавшемся количестве воспроизводства местного населения ведущей характеристикой демографической ситуации стали положительные показатели, характеризующие состояние здоровья и трудоспособность населения. Увеличилась средняя продолжительность жизни с длительным и почти полным сохранением общественно полезной активности, снизились заболеваемость и смертность коренного населения, что способствовало росту его численности [7, с. 105].

Государственные мероприятия середины 1940-х – конца 1950-х гг. по созданию и развитию системы здравоохранения были направлены на снижение инфекционной и общей заболеваемости коренного населения региона, совершенствование санитарно-гигиенических условий жизни. Огромное значение для улучшения медицинского обслуживания отдаленных районов Севера имели комплексные врачебные экспедиции и передвижные отряды. Было проведено углубленное научное исследование состояния здоровья коренных народов, выявлены и изучены широко распространенные среди аборигенов заболевания [4].

Началось строительство новых медицинских учреждений и проведение ремонта старых. Во многих населенных пунктах, где побывали экс-

педиции, состав медицинских работников был изменен и пополнен квалифицированными кадрами. Обеспечение медикаментами районов Севера существенно улучшилось и стало проводиться систематически. Еще одним положительным следствием медицинских экспедиций было то, что на их основе были изучены особенности быта и условия жизни малочисленных народов Севера (нравы, обычаи, одежда и питание).

Для организации медицинской базы в национальных округах прибегали к помощи предприятий и организаций региона. Колхозы, рыбозаводы и рыбокомбинаты помогали в постройке жилых помещений для аборигенного населения.

В итоге к началу 1960-х гг. благодаря проведенным мероприятиям вымирание коренных этносов Дальнего Востока было приостановлено, а их численность начала расти. Для повышения уровня здравоохранения в национальные округа правительством были направлены медицинские экспедиции, перед которыми стояли задачи не только улучшения здоровья аборигенов, но и изучения быта аборигенов в тесном контакте с ними [2, с. 65].

Политика государства в области здравоохранения малочисленных этносов, развивавшаяся в рамках концепции патернализма, была направлена на улучшение состояния здоровья традиционных этносов, совершенствование медицинского обслуживания и условий быта. Оборудованные в крупных поселках фельдшерские пункты, принятие родов в соответствующих санитарных условиях, уход за детьми, профилактика и лечение – все это существенно снизило уровень заболеваемости среди традиционных этносов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахметова А.В. Деятельность научно-медицинских экспедиций по изучению здравоохранения коренного населения Дальнего Востока в конце 1940-х гг. // Ученые записки Комсомольского-на-Амуре государственного технического университета. 2010. Т. 2. № 4. С. 15–18.
2. Бобышев С.В., Ахметова А.В. Коренные малочисленные народы Дальнего Востока на завершающем этапе социалистической модернизации (середина 50-х – середина 80-х гг. XX века). Хабаровск, 2008.
3. Вахтин Н.Б. Коренное население Крайнего Севера Российской Федерации. СПб.: Издательство Европейского Дома, 1993.

4. Донской Ф.С. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока во второй половине XX в. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2006.

5. Козлов А.Г. Из истории здравоохранения Колымы и Чукотки 1941 – 1945 гг. М.: Наука, 1984.

6. Народы Северо-Востока Сибири / под ред. Е.П. Батьянова, В.А. Тураева. М.: Наука, 2010.

7. Подмаскин В.В. Медико-демографические последствия этнокультурных контактов коренных малочисленных народов Дальнего Востока России // Вестник ДВО РАН. 2012. № 2. С. 102–110.

8. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему развитию экономики и культуры народностей Севера». 16 марта 1957 г. // КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК (1898–1986). Т. 9. М.: Политиздат, 1984. С. 175–180.

REFERENCES

1. Akhmetova, A.V., 2010. Deyatel'nost' nauchno-meditsinskikh ekspeditsii po izucheniyu zdravookhraneniya korennykh naseleniya Dal'nego Vostoka v kontse 1940-kh gg. [The study of the indigenous health system in the Soviet Far East by medical research expeditions in the late 1940s], Uchenye zapiski Komsomol'skogo-na-Amure gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta, Vol. 2, no. 4, pp. 15–18. (in Russ.)

2. Bobyshev, S.V. and Akhmetova, A.V., 2008. KorennyemalochislennyyenarodyDal'nego Vostoka na zavershayushchem etape sotsialisticheskoi modernizatsii (seredina 50-kh – seredina 80-kh gg. XX veka) [Indigenous peoples of the Soviet Far

East at the final stage of socialist modernization, mid-1950s – mid-1980s]. Khabarovsk. (in Russ.)

3. Vakhtin, N.B., 1993. Korennoe naselenie Krainego Severa Rossiiskoi Federatsii [Indigenous people of the Russian Far North]. Sankt-Peterburg: Izdatel'stvo Evropeiskogo Doma. (in Russ.)

4. Donskoi, F.S., 2006. Korennyemalochislennyyenarody Severa, Sibiri i Dal'nego Vostoka vo vtoroi polovine XX v. [Indigenous peoples of the North, Siberia and the Far East in the second half of the XXth century]. Novosibirsk: Izd-vo SO RAN. (in Russ.)

5. Kozlov, A.G., 1984. Iz istorii zdravookhraneniya Kolymy i Chukotki 1941 – 1945 gg. [From the history of health system in Kolyma and Chukotka, 1941–1945]. Moskva: Nauka. (in Russ.)

6. Bat'yanov, E.P. and Turaev, V.A. eds., 2010. Narody Severo-Vostoka Sibiri [The peoples of Siberian Northeast]. Moskva: Nauka. (in Russ.)

7. Podmaskin, V.V., 2012. Mediko-demograficheskie posledstviya etnokul'turnykh kontaktov korennykh malochislennykh narodov Dal'nego Vostoka Rossii [Medical and demographic consequences of ethnocultural contacts of indigenous peoples of the Russian Far East], Vestnik DVO RAN, no. 2, pp. 102–110. (in Russ.)

8. Postanovlenie TsK KPSS i Soveta Ministrov SSSR «O merakh po dal'neishemu razvitiyu ekonomiki i kul'tury narodnostei Severa». 16 marta 1957 g. [Decree of the Central Committee of the CPSU and the Council of Ministers of the USSR «On measures for the further development of the economy and culture of the peoples of the North». March 16, 1957]. In: KPSS v rezolyutsiyakh i resheniyakh sezdov, konferentsii i plenumov TSK (1898–1986). T. 9. Moskva: Politizdat, 1984, pp. 175–180. (in Russ.)