

Затесова О. М.
O. M. Zatesova

СТАНОВЛЕНИЕ КУРОРТНОЙ СИСТЕМЫ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В 1920-е ГОДЫ

ESTABLISHMENT OF THE FAR EAST RESORT SYSTEM IN THE 1920s

Затесова Ольга Михайловна – кандидат исторических наук, доцент кафедры «Теория и история государства и права» Дальневосточного государственного университета путей сообщения (Россия, Хабаровск); тел. +7(914)316-85-65. E-mail: olgazhs@rambler.ru.

Olga M. Zatesova – PhD in Historical Sciences, Associate Professor, Department of Theory and History of State and Law, Far Eastern State Transport University (Russia, Khabarovsk); tel. +7(914)316-85-65. E-mail: olgazhs@rambler.ru.

Аннотация. Полноценное развитие дальневосточных курортов началось в 1922 г., после окончания Гражданской войны. Молодому советскому государству в первые годы необходимо было решить ряд актуальных задач: выстроить эффективную схему управления курортами, определить источники их финансирования, восполнить кадровый голод и – в русле общероссийской тенденции – охватить широкие массы населения санаторно-курортным лечением. Организационные схемы управления были пластичны, подстраивались под изменения административно-территориального устройства региона и потребности населения. Основные сложности, с которыми пришлось столкнуться местным органам здравоохранения, это кадровое обеспечение здравниц и источники финансирования. В данной статье анализируется региональный опыт проведения курортных кампаний – деятельности органов здравоохранения по привлечению нуждающихся на санаторно-курортное лечение. Несмотря на ряд проблем, курорты края демонстрировали устойчивый рост и улучшение качества обслуживания. Система управления курортами стала основой дальнейшего успешного развития курортов Дальнего Востока.

Summary. The full-fledged development of Far Eastern resorts began in 1922 after the end of the Civil War. In the first years the young Soviet state had to solve a number of urgent problems: to build an effective scheme of resort management, to determine the sources of their financing, to fill the staff shortage and, in line with the all-Russian trend, and to cover the broad masses of the population with health resort treatment. Organizational schemes of management were plastic and adaptable to changes in the administrative-territorial structure of the region and the needs of the population. The main difficulties that local health authorities had to face were the staffing of health resorts and sources of financing. This article analyzes the regional experience of resort campaigns - the activities of public health authorities to attract people in need of health resort treatment. Despite a number of problems, the resorts of the region demonstrated steady growth and improvement in the quality of service. The resort management system became the basis for further successful development of the Far East resorts.

Ключевые слова: советский Дальний Восток, здравоохранение, курортная система, страховая медицина, курортные кампании.

Key words: Soviet Far East, health care, resort system, insurance medicine, resort campaigns.

УДК 615.8(571.62)

В научных работах представителей различных отраслей гуманитарного знания развитие курортной системы в 1920-е гг. не раз становилось объектом исследования [2; 5; 8; 9; 10; 12; 14; 16; 19; 20]. Тем не менее вне поля исследования остаётся региональный аспект становления курортов в указанный период, а именно содержательная сторона этого вопроса: организационно-административная структура управления, источники финансирования, кадровая обеспеченность. Целью данной публикации является восполнение этой исторической лакуны.

История становления и развития курортов на Дальнем Востоке неразрывно связана с освоением региона. Так, первые упоминания о минеральных источниках можно встретить в дневниках В. Беринга в годы Первой Камчаткой экспедиции (1725–1727), в которых он описывает русские

поселения у целебных вод [1, 54]. Участники более поздних экспедиций (С. П. Крашенинников, Г. А. Сарычев) описывали купальни и бани, где лечились люди. В начале XIX в. врачи экспедиции И. Ф. Крузенштерна исследовали лечебные свойства местных вод и выявили их положительные свойства [6, 74]. Однако долгие годы целебные воды использовались лишь с гигиенической целью, а лечение проводилось опытным путём.

В середине XIX в. после подписания Айгунского и Пекинского договоров форсируется переселенческая кампания на Дальний Восток. Переселенцы из-за тяжёлого перехода часто на местность прибывали уже больными людьми (в первые годы кампании на место проживания шли пешком – *от авт.*). Медицинское обслуживание для большинства людей было недоступным, долгое время материковую часть Дальнего Востока обслуживал единственный госпиталь, находящийся в Николаевске-на-Амуре. Организация мест лечения на водах являлась жизненно необходимой для солдат и офицеров корпуса Сибирской военной флотилии и населения. Врачам корпуса удалось обнаружить группу минеральных источников близ нанайского стойбища Мыхель. Так, в 1866 г. при участии Военного генерал-губернатора, под протекцией местной власти, возник первый курорт Приамурья – Анненские воды [7, 29]. В дальнейшие годы интенсивного развития края минеральные источники обнаруживали вдоль линии строительства участков Транссибирской магистрали. Были открыты Шмаковские, Кульдурские ключи, садгородские грязи бухты Угловой (около Владивостока). Всего до революции функционировало 4 курорта: Анненский, Кульдурский, Игнашинский, Шмаковский (только как мини-завод по розливу воды). До революции они не рассматривались как места отдыха, а предназначались только лишь для лечения.

К концу XIX в. население региона выросло 23 раза [13]. Это обстоятельство форсировало формирование политики здравоохранения края. Следует уточнить, что власти не рассматривали курортные местности как пространство для отдыха. В первую очередь они были местами лечения ввиду недостаточности больниц, аптек и медицинского персонала. При этом курорты финансировались властями региона по остаточному принципу, вследствие чего они все пребывали в упадочном состоянии. Чтобы преодолеть эту негативную тенденцию, власти региона применили существовавшую в то время в России практику передачи курортов в аренду предпринимателям. Предполагалось, что государство сможет экономить бюджетные средства, а обязательства по развитию курортной инфраструктуры лягут на плечи арендаторов. Однако такая мера не оправдала надежд правительства. Развитие курорта целиком зависело от заинтересованности в этом самого арендатора [7, 31–36]. Если первые арендаторы стремились облагородить лечебную местность, то последующие занимались коммерческой деятельностью, никак не связанной с оздоровлением: заготавливали древесину, рыбу и другие ресурсы, тратя на свои личные нужды государственные субсидии. В связи с этим правительство края вновь передало все объекты в ведение министерств и ведомств и планировало самостоятельно, не прибегая к услугам арендаторов, решать проблемы в этой сфере. Однако все замыслы прервала Первая мировая война: финансирование региона сократилось, вопрос о курортном строительстве был отложен на неопределённое время. В 1916 г. правительство рассматривало предложение группы японских промышленников о передаче им курортов на основании концессии сроком на 50 лет. Предполагалось строительство грязе- и водолечебниц, гостиниц, дорог, но из-за разразившегося общественного протеста в прессе это предложение осталось на бумаге [18]. В 1917 г. курортное хозяйство края выглядело весьма скромно: к некоторым курортным местностям были проложены подъездные пути, кое-где имелись бараки для проживания, а в основном были шалаши и грунтовые ванны.

Таким образом, подытоживая краткий исторический экскурс, можно утверждать, что в Приамурье до революции не существовало развитой курортной сети. Не было централизованного управления и практически отсутствовало финансирование. После Октябрьской революции новым властям пришлось решать комплексно проблемы курортного хозяйства.

Полноценное развитие курортной системы началось в конце 1922 г., после появления нового административного образования – Дальневосточной области – в составе РСФСР. В основе развития данной сферы лежали Ленинские декреты. В марте 1919 г. был подписан Декрет «О лечебных местностях общегосударственного значения» [11]. Согласно декрету, курорты и курортные

местности были выведены из подчинения местных органов самоуправления, ведомств и министерств и переданы в подчинение и наблюдение Народному Комиссариату здравоохранения. Государственной власти на местах предстояло решить ряд насущных задач: выстроить эффективную схему управления курортами, определить источники их финансирования, восполнить кадровый голод и – в русле общероссийской тенденции – охватить широкие массы населения санаторно-курортным лечением.

Дальневосточная область в лечебно-санитарном отношении руководилась Дальневосточным отделом здравоохранения. Сам Дальздрав включал в себя несколько отделов: общий подотдел, лечебный, санитарно-эпидемиологический, фармацевтический, отдел охраны материнства и младенчества и санаторно-курортный отдел. Дальздрав также подчинял себе работу 5 губернских отделов здравоохранения: Забайкальского, Амурского, Приамурского, Приморского и Камчатского, а также работу Дальневосточного курортного управления (см. рис. 1). Декрет сосредоточил управление курортами в одном органе – Наркомздраве, что позволило ликвидировать хаос в управлении. Сам Дальздрав подчинялся Наркомздраву РСФСР, а Далькурупр заведовал санаториями, грязе- и водолечебницами, минеральными источниками, пляжами, парками, лиманами, а также необходимыми для обслуживания курортов лесами, пастбищами, пахотными землями, сенокосами [11].



Рис. 1. Схема управления курортами Дальнего Востока с 1923 по 1925 гг.

На развитие большого хозяйства требовались деньги. У Далькурупра в основном было два источника финансирования: особо перспективные курорты Кульдур и Садгород и страховые кассы. Ежегодная прибыль курортов Кульдур и Садгород была на порядок выше, чем у Анненского и Игнашинского курорта. Во-первых, эти курорты обладают высоким суточным дебитом природного лечебного фактора (у Кульдур 22 000 литров в сутки, садгородская грязь – быстровосполняемый ресурс). Во-вторых, указанные здравницы расположены вдоль железных дорог, и до них относительно легко было добираться. В-третьих, эти курорты расположены в более мягком климате с большим количеством безветренных и солнечных дней [12; 19; 20]. Благодаря указанным факто-

рам были желающие поехать и была возможность самих курортов удовлетворить спрос. Обе здравницы состояли на строгом хозрасчёте и содержались исключительно за счёт сумм, поступающих от бронирования мест. Отметим, что с 1925 г. начинает функционировать Шмаковский курорт. Его зачислили в состав особо перспективных ещё в 1922 г., но сам курорт не функционировал, т. к. сильно пострадал от хозяйственной деятельности местного крестьянства и варварства японских интервентов. В годы Гражданской войны крестьяне облюбовали плодородные земли в окрестностях минерального источника и, чтобы государство не могло там развивать курорт, занимались откровенным вредительством: забивали трубы, выводящие воду с источников, вырубали лес на сопках (см. прим. 1, л. 12). А японцы в конце войны взорвали скважины, вырубали и вывезли в Японию вековые деревья [2, 63].

Тем не менее власти пытались улучшить лечебную базу курортов. С 1923 г. их стали оснащать эмалированными ваннами. Кульдурский курорт оснастили мягким и жёстким инвентарём. Однако проблем оставалось много. Не было полноценного врачебного надзора. В лучшем случае на курорте присутствовал фельдшер, в худшем – ветеринар. В большей части курортов кровати были со времён Первой мировой войны. В конце 1920-х гг., с усилением роли отделов здравоохранения, страховые органы стали основное внимание уделять курортному делу и капитальному строительству [15]. С 1925 г. региональные власти возвращаются к практике передачи в аренду курортов страховым кассам, чтобы за счёт арендных платежей их обустраивать. Повсеместно курорты нуждались в ремонтах помещений, возведении новых. Требовалось строительство теплиц и формирование подсобного хозяйства, т. к. курортам необходимо было хотя бы часть пищевой продукции производить самостоятельно, а не приобретать с большой наценкой у сторонних организаций. Необходимо было расширять методы лечения, снабдив курорты оборудованием не только для медико-исследовательской деятельности, но и для лечебной работы [17, 31–34]. После того как в 1925 г. страховая медицина из частных рук была передана в органы здравоохранения, стало возможным передавать курорты в аренду страховым кассам (см. рис. 2).



Рис. 2. Схема управления курортами в период с 1925 по 1927 гг.

Представленная схема отражает управление небольшим количеством курортов, расположенных на материковой части юга Дальнего Востока. В действительности Далькурупр руководил ещё курортами, расположенными на территории современного Забайкальского края (Угдан, Молоковка, Шиванда, Оленуй, Дарасун и др.). Президиум Далькомсоцстраха 27 марта 1926 г. принял решение «О ликвидации Далькурупра» (см. прим. 2, л. 24). Такое решение было оправданным: 04 января 1926 г. была образована новая административно-территориальная единица – Дальневосточный край, разделённый на 9 округов и 75 районов. Необходимо было сделать схему управления более компактной. В подчинении Далькурупра были сосредоточены курорты, находившиеся на обширной площади – от Забайкалья до Николаевска-на-Амуре. Возникла необходимость курортное хозяйство рассредоточить по местным исполнительным органам. Таким образом, большая часть курортов края была передана в ведение Краевых исполнительных комитетов (см. прим. 3, л. 24). Последние, в свою очередь, передавали их в арендное пользование Далькомсоцстраху (см. рис. 3).



Рис. 3. Схема управления курортами с 1926 г.

В данной схеме управления решено было не отходить от уже зарекомендовавшей себя практики финансирования на благоустройство курортов за счёт передачи в аренду Далькомсоцстраху. Ввиду того, что Далькомсоцстрах по-прежнему считал Кульдур и Садгород наиболее перспективными, он ежегодно утверждал финансовый план, куда включались расходы на строительство дорог, благоустройство территорий, научные исследования и др. Сметы обоих курортов базировались на бездефицитном бюджете. Если какое-то предприятие приносило меньший доход, то дефицит в бюджете одного курорта покрывался бюджетным профицитом другого (см. табл. 1). Денежные средства шли на строительство дорог, благоустройство территорий, научные исследования свойств природных лечебных факторов. Позже к их финансированию подключился Республиканский фонд медпомощи застрахованным. С 1926 по 1931 гг. на материально-техническое обеспечение курортов было выделено 643 031 р. Кульдур и 629 785 р. Садгороду (см. прим. 4, л. 5–6). С увеличением бюджета, стало возможным повышение их пропускной способности (см.

табл. 2). Исключение составили Анненский и Игнашинский курорты. Там не удалось увеличить пропускную способность ввиду их труднодоступного местоположения и невысокого суточного дебита воды. Анненский и Игнашинский курорты функционировали только в летнее время, до 1 сентября. В итоге эти здравницы за первое десятилетие сильно обветшали и готовились к консервации.

Таблица 1

Бюджет курортов в 1930 г. (см. прим. 2, 5, 6)

Название курорта	Доход, р.	Расход, р.
Кульдур	252 091,20	242 518,59
Садгород	183 353,73	192 928,27

Таблица 2

Вместимость и пропускная способность курортов в 1930 г. (см. прим. 7, 8, 9)

Название курорта	Количество развёрнутых коек, шт.	Пропускная способность в год, чел.
Кульдур	300	1140
Садгород	275	825-924
Игнашино	120	360-400
Анненские воды	До 200	500

Для охвата санаторно-курортным лечением в середине 1920-х гг. были организованы курортные кампании – комплексная деятельность органов здравоохранения по отправке нуждающихся на санаторно-курортное лечение. Первая курортная кампания сезона 1923-1924 гг. ознаменовалась расширением и открытием здравниц. Однако её нельзя назвать успешной, т. к. на вновь открытых курортах смогли получить лечение лишь 1500 застрахованных лиц, что составляло 1,5 % от общего числа застрахованных [21, 110–111]. Страховкассы, не имея практического опыта, провели отбор больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, и произвели бронирование мест в санаториях. Места на курортах были распределены неравномерно, нормы направления на лечение рабочих оказались не выполнены, сроки направления больных не выдержаны, а ряд пациентов был отобран с противопоказаниями и направлен в непрофильные здравницы (см. прим. 10, л. 29–30). С 1924 г. контроль над распределением мест на курортах области осуществляли Губернские комитеты партии (см. прим. 7, л. 46–47).

Курортная кампания 1925 г. была призвана увеличить охват нуждающихся в лечении, в связи с этим она стала трёхступенчатой:

1. предварительный лечебный отбор нуждающихся в курортном и санаторном лечении;
2. окончательный врачебный и социальный отбор в отборочно-курортных комиссиях;
3. отправление и лечение [3].

Отбор пациентов производился по двум критериям: лечебному и социальному – и пациент проходил две комиссии. По лечебным показателям его осматривали врачи, по социальным показателям с ним беседовали представители профсоюзов и партии на предмет «благонадёжности» и «лояльности советской власти». Если отборочно-курортная комиссия одобряла кандидата, то ему выдавались деньги на проезд до места отдыха и обратно. После прибытия с курорта пациент также обязан был проходить медицинское освидетельствование для подтверждения результатов лечения. В сезон 1925 г. к перечню курортов добавился курорт «19 километр» (сейчас это Приморская курортная зона под Владивостоком – *от авт.*). Кампания тоже не была удачной, при её организации не учли отдалённость населённых пунктов от курортов. Поскольку кампания начиналась в марте, то отбор пациентов производился в короткие сроки до начала функционирования курортов. Врачи не успевали проанализировать состояние всех пациентов, что приводило к отправке последних на курорты, не соответствующие профилю заболевания (см. прим. 11, л. 117). Это приводило к неполному использованию лечебной базы и нерациональному использованию коечного фонда.

В 1927 г. Дальздрав выпустил циркуляр «О порядке отбора на курорты» и разослал во все отделы здравоохранения (см. прим. 11, л. 18, 31). В нём было сказано, что теперь врач должен наблюдать пациента в течение года. Помимо алгоритма отбора пациентов предписывалось обязательное соблюдение соотношения социальных групп, отправляемых на курорты: 80 % – рабочие и 20 % – служащие. Цены на питание и проживание теперь находились под строгим контролем Далькурупра. Средняя стоимость путёвки составляла 150-200 р. за месяц при полном пансионе (см. прим. 11, л. 119).

К началу 1930-х гг. курортное дело в регионе относительно стабилизировалось. Оптимизация структуры управления курортами края в корне не изменила качественные и количественные показатели санаторно-курортной системы региона. Курортное развитие конца 1920-х гг. сопровождал целый ряд проблем: плохая оснащённость кадрами, скудный уровень благоустройства здравниц, низкая пропускная способность санаториев. В курортном управлении и на местах по-прежнему отсутствовали квалифицированные кадры. Не хватало прежде всего врачей. Немногочисленные медицинские факультеты университетов СССР не могли обеспечить врачебными кадрами все районы страны. Таким образом, на курортах в основном трудились фельдшеры. Младший медперсонал (в основном лекпомы – *от авт.*) набирали из способных к обучению и освоению данной профессии молодых людей, чаще всего из числа бывших пациентов, некогда лечившихся на курортах [4]. Также остро стоял вопрос нехватки квалифицированных кадров вспомогательных служб, прежде всего бухгалтеров, заведующих складами. Нужны были люди, умеющие элементарно правильно посчитать деньги. Руководители курортов и здравоохранения края шли на разные уловки. Заманивали из других регионов специалистов, предлагая хороший заработок и обещая, что работы будет очень мало. Введённые в заблуждение люди ехали на курорты и не справлялись с объёмом работ. В сезон увольнялись 2-3 бухгалтера. Уезжали и ввиду отсутствия жилья. Так, в Хабаровск на длительный срок был откомандирован главный бухгалтер Л. Ф. Мензоров из Днепропетровска. Приехав в Хабаровск, он был вынужден жить в каморке 5 м². Конечно же, он с семьёй быстро покинул Дальний Восток (см. прим. 7, л. 18-18 об.). Проблему недостатка кадров в первом десятилетии советской власти на Дальнем Востоке решить не удалось. Регион был занят большими стройками, требовались специалисты из других областей, вопросы курортов, как и в царское время, оставались на втором плане. Однако именно курорты смогли решить проблему быстрого восстановления рабочего после болезни и увеличить продолжительность активного труда.

Главный итог деятельности органов здравоохранения в 1920-е гг. – курортное лечение перестало быть стихийным. Оно стало организованным и строго на научной основе. Проблемы организации курортной системы на Дальнем Востоке были прежде всего связаны с отсутствием практического опыта в рассмотренных вопросах. Тем не менее именно в эти годы шли гидрологические изыскания, описывались минеральные источники и составлялись методики лечения. Охват пациентов курортным лечением был небольшой. Чтобы покрыть потребности быстрорастущего края, требовалось ввести в эксплуатацию 2500 новых койко-мест. Наметилась тенденция перехода от количественных показателей к качественным, а именно улучшение условий пребывания и расширение действующих курортов. Поиски оптимальной системы хозяйствования в 1920-е гг. заложили основы эффективного управления курортами региона в последующие десятилетия. С 1926 г. курорты распределили в подчинение территориальным органам власти, что позволило улучшить канцелярскую коммуникацию, увеличить скорость принятия решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беринг, В. Камчатские экспедиции / В. Беринг. – М.: Эксмо, 2012. – 480 с.
2. Курорт Шмаковка: история и современность / Л. Н. Деркачева, А. Б. Косолапов, Я. А. Демеев [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2017. – № 1. – С. 62-66.
3. Доктор Алексер. Курорты Приморья в 1925 году / Алексер // Красное знамя. – 1925. – № 1357.
4. Журавлева, А. Полвека назад / А. Журавлева // Искра Хингана. – 1979. – № 14.

5. Анненские минеральные воды. История открытия / В. Н. Завгорулько, В. В. Кортелев, Т. И. Завгорулько, С. В. Сидоренко // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2015. – № 3. – С. 62-65.
6. Завгорулько, В. Н. Вклад моряков Сибирской военной флотилии в развитие курортного дела на Дальнем Востоке / В. Н. Завгорулько // Морская медицина. – 2018. – № 2. – С. 73-76.
7. Затесова, О. М. Курорты Приамурья в системе здравоохранения Российского Дальнего Востока (1863–1991 гг.): моногр. / О. М. Затесова. – Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2024. – 195 с.
8. Коршунов, В. А. Очерки по истории организации и становления здравоохранения Дальнего Востока России / В. А. Коршунов. – Хабаровск: [б. и.], 2004. – 142 с.
9. Кошмас, Ю. К. Меры Дальневосточной партийной организации по перестройке и укреплению системы народного здравоохранения в период восстановления народного хозяйства (1922–1925 гг.) / Ю. К. Кошмас // Доклады и сообщения научной конференции архивных учреждений и вузов Сибири и Дальнего Востока, посвящённой 50-летию Ленинского Декрета по архивному строительству. – Томск: Изд-во Томского университета, 1968. – С. 146-155.
10. Мальгин, А. В. Русская Ривьера / А. В. Мальгин. – Симферополь: СОНАТ, 2006. – 352 с.
11. О лечебных местностях общегосударственного значения: декрет совета народных комиссаров: [19 марта 1920 г. № 231] // Проект «Исторические Материалы». – URL : <http://istmat.info/node/37912> (дата обращения: 11.04.2024). – Текст: электронный.
12. Оппенгейм, Д. Г. Лечение и отдых на курортах Советского Союза / Д. Г. Оппенгейм. – М.: Государственное изд-во медицинской литературы, 1962. – 264 с.
13. Первая всеобщая перепись населения Российской империи 1897 г.: моногр. Вып. 1. Население империи по переписи 28 января 1897 года по уездам / Центральный статистический комитет Министерства внутренних дел. – Санкт-Петербург, 1897. – 300 с.
14. Прядко, В. Е. Целебные источники Амурской области / В. Е. Прядко. – Хабаровск: Хабаровское книжное изд-во, 1967. – 96 с.
15. Ратманов, П. Э. История обязательного медицинского страхования в РФ и на Дальнем Востоке России / П. Э. Ратманов, Н. А. Капитоненко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2019. – № 1. – URL: <http://eport.fesmu.ru/voz/20191/2019104.aspx> (дата обращения: 25.05.2024). – Текст: электронный.
16. Ратманов, П. Э. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX века: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10 / Ратманов Павел Эдуардович. – М., 2002. – 26 с.
17. Резолюции 2-го Д.-В. краевого совещания работников органов социального страхования: 28 ноября – 3 декабря 1926 года, гор. Хабаровск / Дальне-Восточный краевой комитет социального страхования. – Хабаровск: Издание Далькомсоцстраха, 1927. – 39 с.
18. Сибирский врач: газета научной и общественной медицины и врачебного быта / ред. С. В. Лобанов, П. И. Чистяков, В. В. Корелин; изд. Н. Н. Топорков. – 1916. – № 39-40 (2 октября).
19. Улицкий, Л. Курорты и санатории Южного Приморья / Л. Улицкий. – Владивосток: [б. и.], 1957. – 63 с.
20. Чулков, Е. Г. Дальневосточные здравницы / Е. Г. Чулков. – Хабаровск: Кн. изд-во, 1971. – 190 с.
21. Яковленко, И. А. Развитие санаторно-курортной системы на Дальнем Востоке в 1920–1930-е гг. / И. А. Яковленко // Седьмые Гродековские чтения: материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвящённой 150-летию со дня рождения П. А. Столыпина «Дальний Восток России: мультикультурное пространство в XIX–XX вв.». Т. II / под ред. Т. В. Мельниковой. – Хабаровск: Хабаровский краевой музей имени Н. И. Гродекова, 2012. – С. 109-117.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. ГАХК (Государственный архив Хабаровского края). Ф. Р-353. Оп. 3. Д. 297.
2. ГАХК. Ф. Р-58. Оп. 1. Д. 85.
3. ГАХК. Ф. Р-137. Оп. 3. Д. 17.
4. ГАХК. Ф. Р-683. Оп. 1. Д. 163.
5. ГАХК. Ф. Р-137. Оп. 23. Д. 233.
6. ГАХК. Ф. Р-1755. Оп. 1. Д. 36.
7. ГАХК. Ф. Р-912. Оп. 1. Д. 8.
8. ГАХК. Ф. Р-1623. Оп. 1. Д. 347.
9. ГАХК. Ф. Р-1624. Оп. 1. Д. 31.
10. ГАХК. Ф. Р-912. Оп. 1. Д. 8а.
11. ГАХК. Ф. Р-1157. Оп. 1. Д. 5.