

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи



Власова Анна Игоревна

**МЕДИКО-САНИТАРНАЯ СЛУЖБА СТЕПНОГО КРАЯ
(XIX – НАЧАЛО XX В.)**

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

Научный руководитель:
Доктор исторических наук, доцент
Лысенко Юлия Александровна

Барнаул–2023

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Формирование и развитие медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.....	44
1.1. Становление медико-санитарной службы в Степном крае (20-е – середина 60-х гг. XIX в.).....	44
1.2. Военная и гражданская медицина Степного края в конце 60-х – середине 90-х гг. XIX в.: направления развития.....	61
1.3. Медико-санитарное обслуживание населения Степного края в конце 90-х гг. XIX в. – 1917 г.....	113
Глава 2. Тенденции и проблемы организации медико-санитарной службы в Степном крае в XIX – начале XX в.....	174
2.1. Деятельность государственных структур и общественных организаций по улучшению медико-санитарной службы в Степном крае.....	174
2.2. Кадровое обеспечение медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.....	220
Заключение.....	244
Список использованных источников и литературы.....	249

Введение

Актуальность исследования. Здравоохранение – это система государственных и общественных мер по охране здоровья населения, предупреждению и лечению заболеваний. Она представляет собой совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание здоровой жизни и предоставление медицинской помощи при ухудшении здоровья. Развитие системы здравоохранения является основой социальной политики государства, входит в состав его важнейших и приоритетных задач.

Формирование системы здравоохранения в Российской империи заняло продолжительный период. Первые мероприятия государства в данной сфере относят к периоду правления Ивана VI. В последующие периоды правительственные органы Российской империи прилагали значительные усилия для совершенствования законодательной базы системы здравоохранения, уделяли пристальное внимание развитию медицинской и санитарно-гигиенической службы. Среди социальных проблем, актуализировавших необходимость решения данных задач, были высокие показатели смертности населения, эпидемии, наносившие ущерб экономике и престижу страны, несогласованность действий министерств и ведомств, имевших собственные медицинские службы, некомпетентное руководство здравоохранением, находившееся в ведении Министерства внутренних дел Российской империи.

Тем не менее, XIX – начало XX в. стали периодом определенных успехов в решении проблем здравоохранения в Российской империи. Это было связано с развитием региональной системы медицинской и медико-санитарной помощи, решавшей проблемы ее доступности, прежде всего для аграрного населения страны. Без рассмотрения данных историко-региональных процессов

невозможно в полном объеме реконструировать процесс становления и развития системы здравоохранения в Российской империи.

Выяснение тенденций развития медицинской службы в отдельных регионах империи, влияния на данный процесс их социально-культурных особенностей позволят представить более полную картину о социальной политики государства. Особый интерес представляют центральноазиатские окраины Российской империи, где только создаваемой системе российского здравоохранения приходилось встраиваться в уже сформированное социально-культурное пространство, конкурируя и вытесняя традиционные и народные методы оказания медицинской помощи.

Действительно, Степной край, присоединение которого к Российской империи завершилось во второй половине XIX в., на протяжении столетия активно интегрировался в общеимперское политико-правовое, социально-экономическое пространство. Здесь была введена российская модель административно-территориального, судебного и налогового устройства. Важным аспектом интеграционной политики стало создание системы здравоохранения в Степном крае, призванной предоставлять качественное медицинское обслуживание как коренному казахскому, так и переселенческому восточнославянскому этносам.

Осмысление исторического опыта формирования системы здравоохранения в Степном крае Российской империи, влияния данных процессов на результаты инкорпорации региона в общеимперское пространство представляется научно значимым и актуальным. Выстраивание данной системы осуществлялось в контексте продвижения русской оседлости в степные области восточных окраин страны и осуществлялось в сложных этнокультурных и социокультурных обстоятельствах. Государству пришлось столкнуться с недоверием и отрицанием медицинской системы со стороны численно преобладавшего казахского кочевого сообщества. Но именно в этот период закладывались гуманистические принципы системы здравоохранения Российской империи в полиэтничном Степном крае – бесплатное медицинское

обслуживание социально незащищенных слоев общества, формирование сети медицинских учреждений, доступных для всех народов региона.

Заявленная проблематика чрезвычайно важна для сближения позиций современных российской и казахстанской историографий в оценке имперского периода истории Казахстана. Привлечение к работе принципов и подходов научно-исследовательской практики «новой имперской истории» предоставит возможность преодоления эмоциональной составляющей в объяснении политики российских властей в Степном крае и позволит вывести на новый уровень дискуссию о роли и значении данной политики в истории казахского народа, дать взвешенные оценки попыткам решения имперской властью социальных проблем в регионе.

Таким образом, региональные процессы становления и развития системы здравоохранения в Российской империи являются важным аспектом истории здравоохранения в целом и требуют детального анализа. Данным обстоятельством обусловлена актуальность представленного исследования.

Степень изученности темы. Стоит отметить, что за прошедшие два века вопросы развития здравоохранения находились в поле пристального внимания исследователей. В общероссийской историографии исследуемой проблемы можно выделить несколько периодов, которые отличались друг от друга различными аспектами проблематики, методологическими подходами исследования, использованными источниками: дореволюционный (вторая половина XIX – начало XX в.), советский (1917–1990-е гг.) и современный (с 1990-х гг. по настоящее время).

Дореволюционная историография в большей мере представлена очерками, заметками и статьями земских служащих и практикующих врачей второй половины XIX в., посвященными вопросам развития земской медицины на территории Российской империи. Работы не носили исследовательского характера, а были нацелены на накопление и обобщение опыта в деле формирования сети медицинских учреждений России в целом, озвучивались основные проблемы, с которыми столкнулись земства при реализации оказания

медицинской помощи населению. В таких работах приводились обобщенные сведения о количестве и качестве лечебных учреждений, составе и квалификации медицинского персонала, а также о различных аспектах земской медицины: организации оспопрививания, санитарно-профилактической деятельности и т.д. Именно поэтому значительный пласт данных исследований вполне может выступать и в роли источниковой базы диссертации.

К примеру, И.И. Моллесон в работе «Земская медицина» на основе детального анализа демографических показателей рождаемости и смертности населения Российской империи уделял внимание вопросам взаимосвязи данных показателей с заболеваемостью и эпидемиологической обстановкой в различных губерниях, организацией и подготовкой медицинских кадров. Среди причин высокой смертности населения империи он выделял, прежде всего, низкий уровень соблюдения санитарно-гигиенических норм в населенных пунктах страны, неблагоприятную эпидемиологическую среду (нечистые воды, недостаточная отлаженность системы удаления городских нечистот и т.д.). В то же время исследователь в своей работе подчеркивал, что на рубеже XIX–XX вв. в Российской империи была создана достаточно эффективная система здравоохранения, которой не было аналогов в мире¹.

Большой вклад в изучение истории развития земской медицины в Российской империи внес врач-гигиенист М.Я. Капустин. В своем исследовании он приводил анализ основных направлений земского здравоохранения в 60–80-е гг. XIX в., достаточно подробно описав становление и развитие стационарной медицинской помощи населению. Последняя в дореволюционной историографии, как правило, оставалась за рамками внимания современников².

История развития и состояние земской медицины на начало 90-х гг. XIX в. нашла свое отражение в фундаментальном коллективном труде – «Русская земская медицина», благодаря которому стало возможным провести

¹ Моллесон И.И. Земская медицина. Казань, 1871.

² Капустин М.Я. Основные вопросы земской медицины. СПб., 1889.

сравнительный анализ развития земской медицины как в отдельных губерниях, так и в масштабах всей Российской империи. Авторы данного исследования собрали и обобщили большой пласт статистических данных по 34 губерниям, включающим 333 уезда, за 25 лет существования института земства. В труде содержатся данные о состоянии медицинской сферы в губерниях до образования земств, дате образования, радиусе и диаметре расположения врачебных участков, составе медицинского персонала, наличии больниц и аптек, что позволяет проследить динамику развития медицины в отдельных регионах Российской империи. Кроме того, коллектив авторов выделил ряд проблем, которые уже существовали в медицине на протяжении долгого времени (нехватка медицинского персонала, неудовлетворительное обеспечение лечебных заведений, низкое жалование медицинскому персоналу и т.д.) Несмотря на то, что многие земские врачи отзывались крайне негативно о медицинской системе России, авторам исследования удалось этого избежать. Критично оценивая некоторые аспекты состояния системы здравоохранения, авторы исследования акцентируют внимание и на положительных тенденциях. Особенно они выделили Вятскую и Пермскую губернии как передовые в медицинском отношении³.

Поскольку в Степном крае земская медицина отсутствовала, в дореволюционной историографии данный аспект системы здравоохранения применительно к этой национальной окраине Российской империи не рассматривался.

Второе направление дореволюционной историографии, освещавшее развитие медико-санитарной службы в Степном крае, было связано с переселенческим движением крестьян из европейских губерний Российской империи⁴. Авторы акцентировали внимание на различных аспектах данного

³ Осипов Е.А., Куркин П.И., Попов И.В. Русская земская медицина. М., 1899.

⁴ Исаев А.А. Переселенческое дело с начала 80-х годов. СПб., 1895; Вошинин В.П. На сибирском просторе: картины переселения. СПб., 1912; Велецкий С. Записки переселенческого чиновника // Вопросы колонизации. 1908. № 3; Гурвич И.А. Переселение крестьян в Сибирь. М., 1889; Кауфман А.А. К вопросу о причинах и вероятной будущности

процесса, отмечая ряд проблем, с которыми приходилось сталкиваться переселенцам в медико-санитарном смысле. Среди них: новые климатические условия, неудовлетворительное санитарное состояние переселенческих вагонов, в которых переселенцы следовали на места водворения; отсутствие отвечающих санитарным нормам жилищ, нехватка чистой питьевой воды на новом месте жительства; скудный рацион питания. Все эти факторы, по мнению исследователей, ослабляли здоровье переселенцев, способствовали массовым вспышкам инфекционных заболеваний⁵.

Являясь крупнейшим специалистом по переселению, А.А. Кауфман в проводимых экономических исследованиях уделял значительное внимание проблемам адаптации переселенцев, анализу развития их хозяйств, а также социально-бытовым условиям жизни переселенцев на новых местах. Одно из направлений его исследований – организация медико-санитарной помощи переселенцам по пути их следования на новые места жительства. Позитивным моментом этого процесса, по его мнению, стала организация питательных пунктов на узловых транспортных пунктах по линии Сибирской железной дороги, а также создание системы санитарного сопровождения переселенцев на речном и железнодорожном транспорте. По оценкам А.А. Кауфмана, организация врачебной помощи и питания по пути следования переселенцев не соответствовала темпам переселения в Сибирь и за Урал. Передвижение переселенцев происходило с задержками, что влекло за собой скученность на ключевых остановочных пунктах и требовало, по мнению исследователя, более пристального внимания властей к развитию в них медико-санитарной службы. В то же время А.А. Кауфман отмечал позитивные сдвиги в решении проблемы. Принимаемые Комитетом Сибирской железной дороги меры по организации

русских переселений. М., 1898; Кирьяков В.В. Очерки по истории переселенческого движения в Сибирь. М., 1902; Турчанинов Н. Итоги переселенческого движения с 1896 по 1909 г. СПб., 1910; Ямзин И.Л. Переселенческое движение в России с момента освобождения крестьян. Киев, 1912.

⁵ Земблинов В.А. О санитарных условиях массовой перевозки по железным дорогам переселенцев и рабочих // Труды IX Пироговского съезда врачей. СПб., 1905. Т. V. С. 3–62; Кауфман А. А. Переселение и колонизация. СПб., 1905.

переселения и оказания врачебно-продовольственной помощи в пути, по его мнению, способствовали снижению процента смертности среди переселенцев каждый год. В 1896 г. этот показатель составил 0,6%, а уже в 1897 г. упал до 0,4%⁶. Несмотря на то, что А.А. Кауфман являлся одним из немногих дореволюционных исследователей, рассматривавших переселенческий процесс в Степном крае, в его исследованиях содержится незначительный объем информации о состоянии медико-санитарной службы в регионе.

Собственно исследований, посвященных истории медицинской службы в Степном крае, в дореволюционной историографии представлено в незначительном количестве. Значительная их часть подготовлена врачами или врачебными инспекторами областей Степного края. Содержащаяся в них информация основана на нормативной базе медико-санитарной службы региона или статистических данных, поэтому вполне может быть отнесена к источникам диссертации. Для данного историографического направления также характерно присутствие в работах практических рекомендаций, которые, по мнению, их авторов, могли существенно улучшить медико-санитарное состояние в областях Степного края. Так, врачебный инспектор Л. П. фон Шлихтинг в 1913 г. издал брошюру «О современной организации сельско-врачебной части Оренбургской губернии и о ее ближайших задачах», где были рассмотрены должностные инструкции сельского медицинского персонала.⁷

Очерк санитарного состояния Западной Сибири, подготовленный врачом А.И. Ремезовым по распоряжению генерал-губернатора Западной Сибири Н.Г. Казнакова и под руководством военного медицинского инспектора в Западной Сибири М.Г. Соколова, содержит в себе подробные данные о состоянии санитарного состояния Омска. Используя различные источники (отчеты врачей, результаты исследований, годовые отчеты губернаторов), автор акцентирует внимание на причинах распространения болезней среди разных форштадтов

⁶ Кауфман А. А. Переселение и колонизация.

⁷ Шлихтинг Л.П. фон. О современной организации сельско-врачебной части Оренбургской губернии и о ее ближайших задачах. Оренбург, 1913.

Омска. Благодаря исследованиям воды, проведенным областным врачом Акмолинской области Кушелевским, было выявлено, что вода в реках Иртыш и Омь содержала аммиачные и азотистые соединения. По мнению врача, Омск нуждался в срочном устройстве водопровода, т.к. «населенный пункт больше всего в Акмолинской области нуждался в чистой воде»⁸.

Следует также отметить работу врача Санниковского переселенческого пункта Акмолинской области Степного края С.Б. Немцова. Он собрал и обобщил данные по истории возникновения и развития врачебно-питательных пунктов по линии Сибирской железной дороги. С.Б. Немцов отмечал, что практически все пункты были стационарными и обладали функцией амбулаторного и стационарного лечения. В каждом из них находились больничные койки, средства для дезинфекции одежды, а также вода хорошего качества⁹.

Незначительный объем информации о развитии медико-санитарной службы в Сибирском казачьем войске представлен в работе Ф. Усова «Статистическое описание Сибирского казачьего войска». Автором были отмечены успехи в области вакцинации казачьего населения от оспы. В частности, в исследовании отмечалось, что к середине 1870-х гг. в станицах было привито 7339 детей из 13689, т.е. 53,55% всех казачьих детей. Это позволило значительно понизить показатели детской смертности в Акмолинской и Семипалатинской областях Степного края¹⁰.

Подводя итог дореволюционной историографии, можно сделать вывод, что в этот период был накоплен широчайший пласт исследований, затрагивающих различные аспекты развития медико-санитарной службы в Российской империи: от вопросов функционирования первых учреждений здравоохранения и земской медицины до исследования проблем

⁸ Ремезов А.И. Очерк санитарного состояния Западной Сибири. Омск, 1880.

⁹ Немцов С. Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. Омск, 1911.

¹⁰ Усов Ф. Статистическое описание Сибирского казачьего войска. СПб., 1879.

распространения инфекционных заболеваний. Однако большинство работ имеет ряд недостатков. Работы носили описательный характер, в них отсутствовали многие данные о качестве медицинского обеспечения населения, состояние материальной базы лечебных заведений и т.д. Следует также отметить и фрагментарность сюжетов, посвященных анализу процессов развития медико-санитарной службы в областях Степного края. Проблема становления и развития медицинской помощи старожилам и переселенческому населению региона в дореволюционный период рассматривалась крайне фрагментарно – сельская и поселковая медицина оказалась практически за рамками интересов дореволюционных исследователей.

Значительная часть публикаций по исследуемой теме относится ко второму – советскому периоду историографии и отличается разнообразием тематических направлений исследований, значительным объемом введенных в научный оборот архивных источников. Однако идеологические и общественно-политические взгляды исследователей в значительной степени влияли на результаты исследований и общую оценку государственной политики в области здравоохранения населения, как в масштабах всей Российской империи, так и ее отдельных регионов, в том числе Степного края.

В 20-40-е гг. XX в. история развития медико-санитарной службы Степного края фактически не исследовалась. По-прежнему преобладали исследования, связанные с историей земской медицины в Российской империи. Уделялось внимание военной медицине, статистике в сфере санитарной медицины, нормативно-правовой базе развития здравоохранения¹¹.

Только в 50-60-е гг. XX в. появились научные работы, посвященные истории системы здравоохранения Западной Сибири и Степного края. Так, непосредственно анализ медико-санитарной службы Акмолинской и Семипалатинской области проведен в исследованиях Р. И. Самарина¹².

¹¹ Заблудовский П.Е. История отечественной медицины; *Он же*. Медицина в России в период капитализма. М., 1956; Соловьев З.П. Практические задачи лечебной медицины. М., 1926; Шефер А.Л. Органы «самоуправления» царской России. Куйбышев, 1939.

¹² Самарин Р.И. Очерки истории здравоохранения Казахстана. Алма-Ата, 1958.

Значительное внимание ученый уделял проблеме обеспечения медицинской помощью казахского кочевого населения, оценивал ее как неудовлетворительную. Произведя расчеты, он выявил, что на рубеже XIX–XX вв. в областях Степного края на 10 тыс. человек приходилось в среднем 0,3 врача. По мнению исследователя, еще одним доказательством низкого качества оказания медицинских услуг выступали постоянные вспышки инфекционных заболеваний в Степном крае, сопровождавшиеся высоким процентом смертности населения¹³.

Отдельные сюжеты развития медико-санитарной службы отдельных уездов Акмолинской и Семипалатинской областей, входивших географически в состав Западной Сибири, рассматривал Б.Н. Палкин¹⁴. С.Х. Субханбердин уделил внимание изучению процессов развития аптечной системы в областях Степного края и лекарственной помощи его населению¹⁵.

Роль военных врачей Западно-Сибирского военного округа в развитии системы медицинского обслуживания Степного края отражена в исследованиях М.С. Рабиновича¹⁶. Исследователем отмечена огромная роль медицинского персонала, подведомственного Военному министерству, в предоставлении медицинских услуг гражданскому населению Степного края. Он также уделял внимание изучению вопросов подготовки медицинских кадров в Западной Сибири и Степном крае. В поле зрения автора – история Омского военного госпиталя, ставшего первым специализированным медицинским образовательным учреждением в регионе¹⁷.

¹³ Там же.

¹⁴ Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). Новосибирск, 1967.

¹⁵ Субханбердин С.Х. Лекарственная помощь и история развития аптечного дела в Казахстане. Алма-Ата, 1965.

¹⁶ Рабинович М.С. Роль военных врачей Омска в истории гражданского здравоохранения города до Октябрьской революции // Межвузовская научная конференция. Материалы географической секции. Омск, 1967. С. 113–118.

¹⁷ Рабинович М.С. Из истории Омского военного госпиталя. Омск, 1960. Вып. 3(10). С. 37–43.

В 70–80-х гг. XX в. в советской историографии произошло значительное увеличение численности работ, тематически связанных с историей развития системы здравоохранения в Российской империи. История земской медицины продолжала занимать лидирующие позиции в данной проблематике. Однако ее роль и значение в процессах развития системы здравоохранения претерпели значительные изменения. В частности, отмечалось, что в 70–90-х гг. XIX в. на территории России в целом произошло расширение сети медицинских учреждений, увеличение численности медицинских работников. Все это позволяло говорить об определенных успехах в решении проблемы доступности медицинского обслуживания населения Российской империи¹⁸. Положительно оценивались успехи государства в улучшении санитарно-гигиенической ситуации в отдельных регионах, разработке меры санитарного контроля и создании специализированной санитарной службы, ее борьбы с различными инфекционными заболеваниями¹⁹. Однако, несмотря на успехи в сфере здравоохранения, некоторые авторы отмечали, что земская медицина не приобрела всеобъемлющего характера. В ряде крупных этнорегионов Российской империи она вообще не получила развития в силу отсутствия земств, в том числе в Степном крае²⁰.

В 70–90-е гг. XIX в. советскими исследователями было продолжено изучение истории медицины отдельных регионов Российской империи²¹. В связи с этим можно отметить работу «Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири». Особенно важным представляется материал о

¹⁸ Левит М.М. Становление общественной медицины в России. М., 1974.

¹⁹ Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1975.

²⁰ Левит М.М, Становление общественной медицины в России.

²¹ Бова А.А., Олейниченко В. Ф. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск, 1986; Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири; Островская Л.В. Мировоззренческие аспекты медицины русского крестьянского населения Сибири второй половины XIX в. // Из истории семьи и быта сибирского крестьянства XVII – начала XX в. Новосибирск, 1975. С. 131–142.; Федотов Н.П. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск, 1967; Камалов М.Х. Здравоохранение Башкирии за 60 лет // Советское здравоохранение. 1979. № 5; Мударисов Р.З. Состояние медицинского обслуживания горнозаводского населения Южного Урала в первой половине XIX в. // Проблемы генезиса и развития капитализма на Урале. Свердловск, 1986. С. 121–125.

санитарно-гигиенических условиях жизни аграрного населения, заболеваемости, о городской и сельской медицине, а также политике государства в области оказания медицинских услуг коренным народам региона²².

В 70–80-е гг. XX в. появился ряд исследований, связанных с анализом процессов развития медицины в Степном крае. Прежде всего, следует отметить работу А.Р. Чокина, в которой представлена первая в советской казахстанской историографии попытка реконструкции развития санитарно-эпидемиологической службы в данном этнорегионе²³. Особое внимание в этот период исследователи уделяли анализу эпидемиологической ситуации в Степном крае и методам борьбы с различными эпидемиями. Наибольшее звучание получила тема холеры в регионе²⁴. Некоторые аспекты проблемы вакцинации, прежде всего коренного казахского населения от оспы, формирование санитаров-оспопрививателей представлены в исследованиях С.З. Зиманова, Е.Б. Бекмаханова²⁵. Вкладу ссыльных революционеров-народников и революционеров-поляков в развитие медицинской службы Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской областей во второй половине XIX в. были посвящены исследования В.К. Видуты, В.З. Галиева, Г.С. Сапаргалиева, В.А. Дьякова²⁶.

В целом отметим, несмотря на наличие в советской историографии некоторой части исследований, посвященных медико-санитарному развитию Степного края в дореволюционный период, обобщающих работ, содержащих целостную реконструкцию данного процесса, в этот период не появилось. За

²² Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири.

²³ Чокин А.Р. Очерки развития санитарно-эпидемиологической службы в Казахстане. Алма-Ата, 1975.

²⁴ Дранкин Д. И. Холера. Прошлое и настоящее. Саратов, 1970.

²⁵ Зиманов С.З. Политический строй Казахстана конца XVIII и первой половины XIX веков. Алма-Ата, 1960; Бекмаханов Е.Б. Казахстан в 20-40-е годы XIX в. М., 1948.

²⁶ Видута В.К. Труженики революции деятельность политических ссыльных врачей в Зауралье. Челябинск, 1968; Галиев В.З. Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане (вторая половина XIX в.). Алма-Ата, 1982; Сапаргалиев Г.С., Дьяков В. А. Общественно-политическая деятельность ссыльных поляков в дореволюционном Казахстане. Алма-Ата, 1971.

рамками внимания исследователей остались вопросы оказания помощи кочевому населению, развитие медицины связывалось с переселенческим движением русского крестьянства в Степной край. Общим недостатком работ советского периода является их крайняя политизированность. Например, медицинская деятельность ссыльных революционеров рассматривается как составная часть их общественно-политической деятельности в регионе.

Новый этап изучения истории медико-санитарной службы в Степном крае был связан с распадом СССР и формированием отдельных направлений в изучении данной проблемы – российского и казахстанского.

В российской историографии в последнее десятилетие XX в. – 20-е гг. XXI в. произошла смена исследовательской парадигмы, связанной с тем, что на смену марксистской методологии пришли концепции новой имперской истории, фронтальной модернизации, которые позволяют рассматривать развитие медико-санитарной службы в Степном крае как общий комплекс мер, направленных на интеграцию региона в общеимперское пространство, и оценивать как позитивный аспект социальной политики России в регионе.

Однако работ, связанных с анализом развития медико-санитарной службы в Степном крае, в российской историографии фактически нет. В контексте изучения вопросов развития здравоохранения в Российской империи исследователи продолжают уделять большое внимание изучению исторического опыта земской медицины²⁷. Они отмечают, что благодаря действиям земских учреждений в Российской империи удалось увеличить штат врачей, расширить сеть аптечных и больничных учреждений. Благодаря успешной борьбе с инфекционными заболеваниями удалось снизить процент

²⁷ Герасименко Г.А. Земское самоуправление в России. М., 1990; Селезнева В. Т. Очерки по истории медицины в Пермской губернии. Пермь, 1997; Куликова С.Г. Деятельность земства в области медицины и санитарии (на примере Московской и Тверской губерний) // Вестник ТывГУ. Серия: История. 2019. №1 (49). С. 19–34; Назаров В.В. Земская медицина в современной отечественной историографии // Клио. 2007. № 1(36). С. 14–18; Жукова Л. А. Земская медицина // Земское самоуправление в России, 1864–1918 гг. М., 2005. Кн. 2. С. 208–236; Мустафин Р.Р. Деятельность уездного земства по развитию здравоохранения и образования в Нижегородской губернии во второй половине XIX века. : дис. ... канд. ист. наук. Нижний Новгород, 2011.

смертности, в том числе и среди крестьянского населения. В работах можно встретить оценку земской медицины как современной и актуальной. Объективно оценивая опыт земской медицины, современные исследователи предлагали использовать его в современных реалиях России 90-х гг. XX в. (практика частных/семейных врачей, возобновление обучения врачей широкого профиля)²⁸.

Вопросам городской реформы и созданию органов самоуправления в городах Степного края, которые занимались вопросами организации медицинского обеспечения горожан, посвящено немного работ. Городские самоуправления были созданы в городах Степного края, однако большее внимание исследователей привлек Омск, так как являлся административным центром данной административной единицы²⁹. Исследователи отмечают, что городское самоуправление содействовало расширению в Омске сети медицинских учреждений, улучшению качества оказываемой помощи, предотвращению возникновения вспышек инфекционных заболеваний.

Одним из новых аспектов изучаемой проблематики в современной российской историографии стало исследование вопросов организации сельской медицины и медицинской помощи переселенцам по пути следования к местам водворения, развитию сельской медицины в сибирских губерниях³⁰. Так, Е.В. Почеревин, рассматривая оказание медицинской помощи в сельской местности, выделяет два этапа ее развития в Томской губернии. По мнению исследователя, оба этапа можно охарактеризовать масштабным развитием сельской медицины в губернии: открытием новых врачебных участков, увеличением штата

²⁸ Свиридова Т.А. Калужское земство. 1865–1918. Очерки истории. Калуга, 1996; Старенченко Ю.Л. Деятельность земских учреждений Санкт-Петербургской губернии по созданию начал общественной медицины (1857–1880 гг.) : дис. ... канд. ист. наук. СПб., 1997.

²⁹ Коновалов И.А. Реформа городского общественного управления 1870 г. в Сибири // Известия Иркутского государственного университета. Сер. История. Т. 20., 2017. С. 21–28; Коновалов И.А., Шиманис Б.Б. Структура муниципальных органов Западной Сибири по Городовому положению 1870 г // Вестник Омского университета. Серия: Право. 2009. №2 (19). С. 23–28.

³⁰ Смирнова В. Е. Организация перевозки переселенцев в России (1881–1914) : автореф. дис. ... канд. ист. наук. Челябинск, 1998.

медицинского персонала. Однако с 1915 г. планы по расширению медицинской помощи сельским жителям не могли быть исполнены из-за начавшейся Первой мировой войны³¹.

Становление и развитие сельского здравоохранения в Сибири в конце XIX – начале XX в. в современной историографии представлены несколькими научными работами. В основном исследована Западная Сибирь³². Больше всего работ по этой тематике вписаны в территориальные рамки Тобольской губернии³³. История сельской медицины Восточной Сибири изучалась менее интенсивно³⁴. Еще меньше работ, посвященных фельдшерской службе региона. Среди них следует отметить работы Е.М. Смирновой, Т.В. Лукьяновой³⁵.

³¹ Почеревин Е. В. Развитие сельской медицинской сети в Томской губернии // Вестник Кемеровского государственного университета, 2021. Т. 23, № 1 (85). С. 71–79.

³² Татарникова А.И. Сельское здравоохранение и сеть мед. учреждений в Западной Сиб. под воздействием модернизационных процессов (конец XIX – первая четверть XX в.) // Теория и практика общественного развития. 2015. № 22. С.137–140; Почеревин Е.В. Строительство и содержание помещений сельских лечебниц Алтайского округа в начале XX в. // Актуальные вопросы истории Алтая. Барнаул, 2017. С. 217–221; *Он же*. Финансово-хозяйственная деятельность сельских участковых врачей Томской губ. и в начале XX в. // Актуальные проблемы современного гуманитарного знания : материалы II Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием (Кемерово, 5 дек. 2018 г.). Кемерово, 2019. С. 79–82.

³³ Вануйто В.Ю. Развитие здравоохранения на севере Тобольской губ. // Вестник ТобГПИ им. Д.И. Менделеева. 2003. № 2. С. 126–131; Панишев Е.А. Мед. обслуживание и охрана здоровья населения Тобольской губ. во второй половине XIX – начале XX в. // Известия Алтайского гос. ун-та. 2009. № 4. С. 161–164; Темплинг В.Я. Здравоохранение на Крайнем Севере Тобольской губ. (XIX – начало XX в.) // Вестник археологии, антропологии и этнографии. 2015. № 4 (31). С. 136–142.

³⁴ Шаламов В.А. Численность и состав врачей Восточной Сибири по данным 1913 г. // Известия Иркутского гос. ун-та. Сер.: История. 2014. Т. 7. С. 88–93; Шаламов В.А., Дамешек Л.М. Реформа сельско-врачебной части Восточной Сибири 1897 г.: причины, основные положения, последствия. // Гуманитарные науки в Сибири. 2018. Т. 25. № 2. С. 5–12.

³⁵ Гончарова С. Г. Сельская медицина неземских губерний во второй половине XIX – начале XX в. // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения : материалы междунар. симпозиума. М., 2019. С. 74–82; Смирнова Е.М. Вспомогательный медицинский персонал на земской службе // История медицины. 2014. № 3(3). С. 15–23; *Она же*. Фельдшерский персонал в дореволюционной России (по материалам Ярославской губ.) // European Social Science Journal, 2014. № 4–2. Р. 365–371; Лукьянова Т.В., Подеров В.Н. Роль фельдшера в земской медицине // Вестник НИИ гуманитарных наук при правительстве Респ. Мордовия. 2010. № 2. С. 197–200; Лукьянова Т.В., Кириллова Д.В. Становление фельдшерской помощи населению Пензенской губернии во второй половине XIX в. // XLVI Огаревские чтения: материалы науч. конф.: в 3 ч. Саранск, 2018. Ч. 2: Естественные науки. С. 424–434.

Д. Н. Белянин в своих исследованиях уделяет внимание деятельности переселенческих пунктов, располагавшихся за Уралом (в Тюмени, Томске, Тобольске), а также анализирует процесс оказания врачебно-продовольственной помощи переселенцам в Сибирь в целом³⁶. Исследователь рассматривает несколько периодов, выделяя в каждом характерные черты и особенности процесса оказания медико-продовольственной помощи переселенческому населению. Так, автор подчеркивает, что в период с 1861 до начала 1890-х гг. переселенцы находились в крайне бедственном положении: голод, тяжелые болезни в пути, проживание под открытым небом и непривычные условия жизни. Все это осложнялось отсутствием масштабной и целенаправленной врачебной помощи переселенцам. По этой причине помощь государству в решении вопроса оказания врачебно-продовольственной поддержки переселенцам стали оказывать общественные благотворительные комитеты. Для второго этапа (1892–1905 гг.) характерен процесс разделения врачебно-продовольственных пунктов на пункты в районах водворения и в районах движения крестьян. Такие меры, по мнению исследователя, помогли снизить рост заболеваемости, соответственно, уменьшить долю умерших среди больных.

А.И. Татарникова и Н.И. Загороднюк акцентируют внимание на организации правительственной помощи переселенцам в Западной Сибири в целом. Она сводилась к открытию бесплатных столовых, медицинскому осмотру мигрантов на узловых станциях Сибирской железной дороги³⁷. Исследователи отмечали, что железнодорожные вагоны были совершенно непригодны для расположения в них людей. В летнее время пассажиры страдали от духоты и пыли, а в зимнее – от сквозняков и холода, детское белье сушили на веревке в вагоне, что сильно влияло на качество воздуха внутри

³⁶ Белянин Д.Н. Деятельность переселенческих пунктов и врачебно-продовольственная помощь переселенцам в Сибири в 1861–1905 годах // Научный диалог. 2019. № 12. С. 230–247.

³⁷ Татарникова А. И., Загороднюк Н.И. Массовое переселение крестьян в Западную Сибирь в конце XIX – начале XX в. в санитарно-гигиеническом измерении // Вестник Томского государственного университета. 2018. № 437. С. 148–154.

него. В местах водворения существовала опасность распространения инфекционных заболеваний (чесоткой, трахомой, сифилисом) из-за элементарного несоблюдения правил гигиены и отсутствия бань. Эти факторы еще более усугублялись дефицитом кадров и удаленностью лечебных заведений от мест водворения. Авторы делают вывод, что правительственная помощь не могла в полной мере удовлетворить потребности переселенческого населения в медицинском обслуживании, крайне тяжелые новые условия жизни ослабляли здоровье крестьян, что нередко вызывало всплеск инфекционных заболеваний³⁸.

Отдельные аспекты истории медицинской службы в Уральской и Тургайской областях представлены в рамках исследования сельской медицины Оренбургского края. Так, Д. М. Мифтеева рассматривала опыт вакцинации казахского населения области Оренбургских киргизов в дореформенный период³⁹. Исследователь отмечает, что начало систематическому внедрению вакцинопрофилактики натуральной оспы в Оренбургском крае было положено в 1812 г. с учреждением губернского и уездных оспенных комитетов. Штат оспопрививателей на территории Оренбургской губернии в исследуемый период увеличился в среднем более чем вчетверо. Динамика привития детей была положительной, охватив 37% к середине XIX в. Внедрение оспопрививания в крае, по данным Д.М. Мифтеевой, проходило болезненно, так как многонациональное и поликонфессиональное население, особенно приверженцы старообрядчества и язычества, противостояли новой системе профилактики. Добиться доверия населения удалось после обучения оспопрививанию выходцев из казахской, крестьянской и «иноверческой» среды⁴⁰.

³⁸ Татарникова А. И., Загороднюк Н.И. Массовое переселение крестьян в Западную Сибирь в конце XIX – начале XX в. в санитарно-гигиеническом измерении. С. 152.

³⁹ Мифтеева Д.М. Развитие системы здравоохранения в Оренбургском крае в дореформенный период (конец XVIII – середина XIX в.). Оренбург, 2019.

⁴⁰ Свиридова Л.Е. Основные этапы развития медицины и здравоохранения в Северном Казахстане (XVIII–XX вв) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.

Комплексному анализу развития медицины в одной из областей Степного края – Акмолинской, посвящены исследования Л. Е. Свиридовой⁴¹. В частности, она проанализировала динамику роста численности медицинских учреждений и медицинского персонала в Акмолинской области в дореволюционный период, показатели численности койко-мест, обращений населения за амбулаторной и стационарной помощью. Исследователь также уделила внимание вопросам оказания медицинской помощи коренному казахскому населению, связанной, главным образом, с профилактикой оспы. Однако, поставив задачу исследования данного аспекта в широком хронологическом диапазоне, вплоть до современного состояния медицины в Северном Казахстане, Л. Е. Свиридова оставила за рамками своего внимания другие административные единицы Степного края.

В хронологических и территориальных рамках исследования можно говорить об еще одном направлении современной российской историографии истории военной медицины в Оренбургском и Западно-Сибирском военных округах (Уральском и Сибирском казачьих войсках). Исследователи отмечают, что для областей Степного края в исследуемый период было характерно параллельное развитие военной и гражданской медицины, поскольку они территориально входили в состав указанных военных округов⁴².

С историей военной медицины Западно-Сибирского военного округа исследователи связывают историю Омского медицинского общества, основателями которого являлись военные врачи. В своих работах они основное внимание уделяют роли Омского медицинского общества в развитии медицины и здравоохранения в Сибири и Российской империи в целом⁴³. Ученые подчеркивают, что «Омское медицинское общество постоянно расширяло и

⁴¹ Свиридова Л.Е. Основные этапы развития медицины и здравоохранения в Северном Казахстане (XVIII–XX вв.). С. 8–10.

⁴² Колупаев Д.В. Здравоохранение в поселениях сибирского казачества во второй половине XIX в // Известия Алтайского гос. ун-та. 2008. №4–5 (60). С. 252–254.

⁴³ Федорова Г. В. Противозидемическое направление в деятельности Омского медицинского общества // Омский научный вестник. 2014. № 1 (128). С. 11–13; Федорова Г.В., Ахкулова Л.А. Общественная медицина в Омске (к 120-летию основания Омского медицинского общества) // Омский научный вестник. 2002. № 20. С. 158.

укрепляло связи с другими общественными организациями России. Оно осуществляло переписку и обмен протоколами заседаний с 21 обществом»⁴⁴.

Некоторые аспекты развития медико-санитарной службы Степного края затронуты рядом исследователей, посвятивших свои работы истории развития еврейских общин Сибири⁴⁵. Так, анализируя занятия членов еврейской общины Западной Сибири по материалам всеобщей переписи населения России 1897 г., В.Н. Шайдуров отмечает, что врачебной и санитарной деятельностью занималось 0,43% евреев в хозяйственной структуре Западной Сибири⁴⁶. И.В. Нам обратила внимание на роль врачей-евреев в развитии культурно-просветительных организаций Сибири⁴⁷.

В современной казахстанской историографии вопросы развития медико-санитарной системы в Степном крае получили звучание в контексте общей оценки колониальной политики Российской империи в регионе. В частности, отмечается недостаточное внимание государственных органов к решению проблемы медицинского обслуживания населения данного этнорегиона, прежде

⁴⁴Генфер О.В. Военные в социокультурном пространстве г. Омска: 1870-е–1903 гг. : дис. ... канд. ист. наук. Омск, 1999; Черняков Н.М. Омский гарнизонный госпиталь – старейшее лечебное учреждение Сибири // Сборник научных работ, посвященных 200-летию Омского гарнизонного госпиталя. Омск, 1976. С.3–7; Лашков К. Омские врачи конца XIX века. Омск, 1990. Кн. 2. С. 99–105; Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1975; Легенький И.Г. Омское медицинское общество (1813–1913) // Научные труды / Омский медицинский институт. 1970. №90. С. 64–68; Генфер О.В. Медицинская деятельность военных Омска в конце XIX – начале XX вв. // Вестник Омского университета. 1999. Вып. 1. С. 46–50; Руданов Н.В. Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций: у истоков санитарно-эпидемиологической службы Сибири // Омскому научно-исследовательскому институту природноочаговых инфекций 100 лет: исторические материалы. Омск, 2021. С. 4–22; Федорова Г. В., Ахтулова Л. А. Общественная медицина в Омске (к 120-летию основания Омского медицинского общества) // Омский научный вестник. 2002. № 20. С. 158.

⁴⁵ Гончаров Ю. М. Очерки истории еврейских общин Западной Сибири (XIX – начало XX вв.). Барнаул, 2005; *Он же*. Еврейские общины Западной Сибири (XIX – нач. XX вв.). Барнаул, 2013.

⁴⁶ Шайдуров В. Н. Еврейские общины Западной Сибири по материалам всеобщей переписи населения 1897 г. // Евреи в Сибири и на Дальнем Востоке: история и современность : материалы VI региональной науч.-практ. конф. Барнаул, 2005. С. 18–23.

⁴⁷ Нам И. В. Деятельность общества распространения просвещения среди евреев в Сибири 1910–1917 гг. // Известия Иркутского гос. ун-та. Серия: Политология. Религиоведение. 2014. Т.10. С. 156–160.

всего казахского, отсутствие должного финансирования строительства новых больниц и профессиональной деятельности медицинских работников⁴⁸.

Наибольшее звучание в современной казахстанской историографии получили вопросы подготовки медицинских кадров из числа казахского населения. Так, вопросы подготовки казахов-оспопрививателей во внешних округах области Сибирских казахов в 20–50-х гг. XIX в. рассматривали Г. А. Алпыспаева, Ш. Н. Саяхимова, Л. Т. Джумалиева⁴⁹. А. А. Айтмухамбетов, исследуя процесс формирования казахских служащих Российской империи, также уделял внимание вопросам подготовки медицинских кадров. Исследователь отмечал, что «в исследуемый период в Казахстане формируются национальные медицинские кадры, представленные врачами и фельдшерами». По его данным, «казахские медицинские кадры начинают готовиться с начала XIX века»; они «проходили обучение в фельдшерских школах, а впоследствии со второй половины XIX века в университетах на медицинских факультетах». Также А. А. Айтмухамбетов отмечает, что «численность врачебно-фельдшерского персонала применительно к казахскому населению оставалась незначительной», из «группы казахских специалистов лишь единицы работали в городах. Большинство было задействовано в волостях»⁵⁰.

В рамках развития данного аспекта проблемы казахстанские исследователи уделяют значительное внимание изучению отдельных биографий казахов – медицинских служащих. Одному из них первому казаху, получившему высшее медицинское образование в Казанском университете – Мухамеджану Карабаеву, посвящен целый ряд работ⁵¹.

⁴⁸ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект) : дис. ... д-ра ист. наук. Семей, 2010. URL: e-history.kz.

⁴⁹ Алпыспаева Г. А., Саяхимова Ш. Н., Джумалиева Л. Т. Организация медицинского обслуживания во внешних округах Среднего жуза в 20–60 годы XIX века // *Bylye Gody*. 2019. Vol. 51. Is. 1. P. 184.

⁵⁰ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. ...

⁵¹ Терновой И. К. Кустанай – Костанай: очерки истории. Кустанай с древнейших времен до 1936 года. Костанай, 2012; Тодорова Н. Степной Гиппократ. Памяти первого казаха-

Подводя итог историографическому обзору, можно утверждать, что вопросы становления и развития системы здравоохранения в Российской империи представлены достаточно детально. В региональном срезе данная проблема анализировалась на материалах европейских и сибирских губерний. Система здравоохранения Степного края практически не освещалась в современной отечественной историографии. В казахстанской историографии также не было выявлено ни одной обобщающей работы, связанной с данной проблематикой. Все это актуализирует необходимость изучения истории становления и развития медико-санитарной службы в Степном крае. Данное исследование представляет собой попытку восполнить данный историографический пробел. Историографический обзор по теме исследования определил цель и задачи данного диссертационного исследования.

Объект исследования – система здравоохранения Степного края.

Предмет исследования – становление и развитие медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.

Цель исследования: комплексное изучение медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.

Задачи исследования:

– выделить этапы развития медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.;

– воссоздать эволюцию системы управления медико-санитарной службой Степного края и динамику ее инфраструктурного развития в XIX – начале XX в.

– выявить тенденции развития военной и гражданской медицины в Степном крае в XIX – начале XX в.;

– определить роль государственных структур и общественных организаций в улучшении медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.;

– охарактеризовать кадровое обеспечение медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в. и выявить его проблемы.

Территориальные границы исследования охватывают современные территории Западно-Казахстанской, Атырауской, Актюбинской, Кустанайской, Карагандинской, Акмолинской, Северо-Казахстанской, Павлодарской, Семипалатинской и Восточно-Казахстанской областей Республики Казахстан и Омской области Российской Федерации. В исторической ретроспективе административная принадлежность этих регионов изменялась на протяжении XIX в. несколько раз.

В 1822 г. на основе Устава о сибирских киргизах, территории современного Восточного и Северо-Восточного Казахстана вошли в состав Омской области Западно-Сибирского генерал-губернаторства и были разделены на 8 внешних округов – Акмолинский, Семипалатинский, Баян-Аульский, Кушмурунский, Аягуский, Аман-Карагайский, Уч-Булакский, Кокчетавский. Сначала казахи внешних округов находились в ведении администрации Омской области, но в 1838 г. для них было выделено специальное Пограничное управление сибирскими киргизами, которое в 1854 г. было переименовано в Область сибирских киргизов. Тогда же, в 1854 г., из восточной части Степи, подчинявшейся Пограничному управлению, была образована Семипалатинская область. Позже, в 1868 г., вместо Области сибирских киргизов на карте появилась Акмолинская область.

Территории Западного Казахстана в рамках Устава об Оренбургских киргизах 1824 г. вошли в состав Области оренбургских киргизов Оренбургского генерал-губернаторства.

В 1868 г. было утверждено «Временное положение об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской»⁵². Данный нормативно-правовой акт закрепил процесс присоединения степных областей к составу России. По нему в Степи вводилась унифицированная модель

⁵² Временное положение об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской. СПб., 1883.

административно-территориального устройства и управления: генерал-губернаторство – область – уезд – волость – аул. В состав Оренбургского генерал-губернаторства вошли Уральская и Тургайская области, в состав Западно-Сибирского – Акмолинская и Семипалатинская области.

В 1882 г. вместо упразднённого Западно-Сибирского генерал-губернаторства было создано Степное генерал-губернаторство. Процесс реорганизации в этом регионе продолжался вплоть до 1891 г., когда было подписано «Положение об управлении Степными областями». Следует отметить, что на протяжении 80–90-х гг. XIX в. в состав Степного генерал-губернаторства несколько раз включалась Семиреченская область и вновь возвращалась в Туркестанское генерал-губернаторство. В силу данных обстоятельств, при рассмотрении предмета исследования в диссертации не анализировался материал данной области.

В этом же 1882 г. Уральская и Тургайская области вышли из-под юрисдикции Оренбургских генерал-губернаторов и были переданы непосредственно в подчинение МВД.

Таким образом, на протяжении XIX в. в исследуемом регионе использовались разнообразные модели административно-территориального устройства, в рамках которых изменялось его название. В связи с этим применительно ко всему хронологическому периоду в диссертации используется единое название – Степной край. Данный термин в имперский период являлся общеупотребительным в официальном делопроизводстве. Термины «степь», «степной край» в XVIII – первой половине XIX в. употреблялись российскими чиновниками и военными в донесениях. Появление Степного генерал-губернаторства способствовало формированию и укреплению понятия «Степной край», охватывающего Акмолинскую, Семипалатинскую, Тургайскую и Уральскую области. Один из авторитетных дореволюционных географов рубежа XIX–XX вв. Семенов Тян-Шанский назвал Акмолинскую, Семипалатинскую, Семиреченскую области «киргизско-степной

окраиной», входившей в Азиатскую Россию⁵³. Термин «Степной край» активно использовался в исследованиях рубежа XIX – начала XX в. Современные российские и казахстанские ученые также употребляют его в своих трудах.

Хронологические рамки исследования определяются 20-ми гг. XIX в. – 1917 г. Нижняя хронологическая грань обусловлена принятием в 20-е гг. XIX в. Уставов о сибирских и оренбургских киргизах, выступивших отправной точкой формирования медицинской службы в Степном крае. В качестве верхней границы исследования определен 1917 г., ставший годом распада Российской империи.

Методология и методы исследования. Методологической основой исследования выступает теория модернизации. Модернизация понимается как «комплекс социальных, политических, культурных и интеллектуальных трансформаций традиционного общества, происходивших в мире с XVI в. и достигших своего апогея в XX в. в облике современности (modernity)»⁵⁴. Выстраивая систему отношений с традиционными сообществами, российская власть создала «имперскую модель» модернизации, предполагающую их внутреннюю перестройку в соответствии с имманентно присущими патриархальным социумам законами. В результате постепенной трансформации традиционное общество приобретало общеимперские черты при сохранении собственной национальной идентичности.

Пример Российской империи доказывает, что империя и модернизация сосуществовали в многофакторной взаимосвязанной динамике, нередко придавая друг другу мощные импульсы для дальнейшего обоюдного развития. Аксиомой для автора диссертации является положение о том, что Российская

⁵³ Семенов-Тянь-Шанский П.П. Географическо-статический словарь Российской империи. Т. 4. СПб., 1873; Россия: Полное географическое описание нашего Отечества. Т. XVIII. Киргизский край. СПб., 1913; Вошин В.П. Переселение и землеустройство в Азиатской России. СПб., 1910.

⁵⁴ Алексеев В.В., Алексеева Е.В. Распад СССР в контексте теорий модернизации и имперской эволюции // Отечественная история. 2003. №5. С.5.; Красильщиков В.А., Гутник В.П., Кузнецов В.И., Белоусов А.Р. и др. Модернизация: зарубежный опыт и Россия. М., 1994. С.7–9.

империя – многоукладная, многонациональная и поликонфессиональная, находилась в постоянном поиске новых форм управления, соответствовавших местной специфике и отвечавших своевременным имперским потребностям. Такой поиск осуществлялся и в Степном крае.

Теория модернизации позволяет рассматривать политику Российской империи в отношении Степного края как прогрессивную, нацеленную на трансформацию традиционных социально-экономических и политических институтов казахского общества, поэтапной его интеграции в общеимперское пространство. Уставы о Сибирских и Оренбургских киргизах 20-х гг. XIX в. заложили основные направления интеграционных процессов, которые более рельефно были определены и реализованы в пореформенный период. Во второй половине XIX в. в Степном крае появился рыночный сектор экономики, добывающая и перерабатывающая промышленность, активизировались урбанистические процессы и социальная активность населения. В правительственных планах переселенческое движение в Степной край в 80-е гг. XIX – начале XX в. рассматривалось как составная часть модернизационных процессов, нацеленных на развитие в регионе зернового производства и оседание казахов-кочевников⁵⁵.

В русле процессов модернизации государство выстраивало и социальную политику в регионе. В пореформенный период в Степном крае активно создавалась российская система школьного и средне-профессионального образования. Очевидно, что и процесс формирования и развития медико-санитарной системы в Степном край в XIX – начале XX в. необходимо рассматривать как составную часть процесса трансформации традиционного

⁵⁵ Лысенко Ю.А., Анисимова И.В., Бармин В.А., Бочкарева И.Б., Тарасова Е.В. и др. Этнополитические процессы в центральноазиатских окраинах России в период революции 1917 г. Барнаул, 2017; Лысенко, Ю.А., Тарасова Е.В., Анисимова И.В., Стурова М.В. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизмы реализации (XVIII – начало XX в.). Барнаул, 2014; Побережников И.В. Переход от традиционного к индустриальному обществу. М., 2006; Эйзенштадт Ш. Революция и преобразование обществ. Сравнительное изучение цивилизаций. М., 1999.

социального пространства региона, как один из аспектов модернизационной политики государства.

В качестве методологической основы исследования выступают принципы историзма и объективности. Принцип объективности позволил рассматривать развитие медико-санитарной службы в Степном крае как закономерный, объективный процесс. Усложнение социально-экономических отношений в регионе на протяжении XIX в., сложная эпидемиологическая ситуация, связанная с несоблюдением санитарных норм и правил населением, высокая смертность, незначительная продолжительность жизни – все это требовало от властей пристального внимания к решению вопросов организации медицинской помощи населению Степного края, охране здоровья. Принцип объективности при рассмотрении предметной области исследования также требовал выявления как положительных, так и отрицательных сторон процесса развития медицинской службы в Степном крае.

На основе принципа историзма развитие медико-санитарной службы в Степном крае в XIX – начале XX в. рассматривалось в контексте внутренней политики государства в области здравоохранения как составная часть данной политики. В логике данного принципа соискателем исследованы причины развития медико-санитарной службы в Степном крае в XIX – начале XX в., этапы данного процесса, их особенности и значение для решения проблем здравоохранения в регионе.

В работе использованы как общенаучные методы – анализ, синтез, сравнение, обобщение и др., так и специально-исторические методы. Историко-генетический метод использовался для выявления причин необходимости формирования медико-санитарной службы в Степном крае. Кроме того, с использованием данного метода становится возможным определить подходы и методы государственных и региональных властей в вопросе формирования медико-санитарной службы в исследуемом регионе.

Применение историко-сравнительного метода позволило определить этапы развития медико-санитарной службы в Степном крае, дать развернутую

характеристику каждому из них, выделить их содержательное различие, территориальные и иные особенности в процессе создания системы медицинской помощи населению региона. Историко-системный метод использовался для анализа процесса развития медико-санитарной службы в Степном крае в рамках общеимперских тенденций.

Источниковая база представлена опубликованными и неопубликованными документами и материалами.

1. Законодательные и нормативно-правовые акты Российской империи.

1.1. Нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения в Российской империи. Основу законодательства Российской империи в сфере здравоохранения регулировал «Врачебный устав», принятый в 1857 г.⁵⁶. Структурно Устав состоял из трех частей: «Учреждения врачебные», «Устав медицинской полиции» и «Устав судебной медицины». В начале XX в., в связи с глубокими трансформациями российского общества и необходимостью улучшения государственной системы здравоохранения, некоторые положения «Врачебного устава» были модернизированы.

1.2. Нормативно-правовые акты, регламентирующие развитие медико-санитарной службы в Степном крае: «Правила об образовании медицинских, аптечных и ветеринарных фельдшеров Сибирского казачьего войска» 1874 г., Положение о новом устройстве и развитии врачебного дела в уездах Степных областей 1897 г., Положение о городских и уездных санитарно-исполнительных комиссиях и о профилактических мерах по предотвращению эпидемии холеры 1892 г., Положение о размерах должностях окладов врачей и фельдшеров Степного края 1891 г.⁵⁷

1.3. Нормативно-правовые акты, отражавшие процесс управления Степным краем на протяжении исследуемого периода, в том числе медицинской службы. Основой развития медицинской системы в регионе

⁵⁶ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13.

⁵⁷ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 12.

выступили параграфы 229–235 Устава о Сибирских киргизах. Дальнейшее развитие медико-санитарной службы в степных областях осуществлялось на основе параграфов 52–57 Временного положения 1868 г.⁵⁸, Устава о Сибирских киргизах 1822 г., Устава об Оренбургских киргизах 1824 г, «Временного положения об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской» 1868 г., Степного положения 1891 г.

1.4. Нормативно-правовые акты, регламентирующие переселение во второй половине XIX – начале XX в.: «Временные правила о переселении крестьян на свободные казенные земли»⁵⁹, «Временные правила по переселению в киргизские степи сельских обывателей»⁶⁰, «О добровольном переселении сельских обывателей и мещан на казенные земли» 1889 г.⁶¹, Указ 9 ноября 1906 г. о возможности выхода крестьян из общины и закреплением в личную собственность наделной земли⁶², Закон о землеустройстве от 29 мая 1911 г. (в 1912 г. изданный в качестве Положения о землеустройстве)⁶³, Наказ землеустроительным комиссиям от 19 июня 1911 г.⁶⁴

2. Делопроизводственная документация

2.1. Протоколы. Протоколы заседаний Государственной Думы Российской империи (РГИА. Ф. 1278. Оп. 2. Д. 1173). В протоколах содержится обсуждение поступивших в Государственную Думу нормативных актов, направленных на совершенствование медико-санитарной службы в Степном крае. Предварительно они обсуждались в Комиссии по направлению законодательных положений и Финансовой комиссией Государственной Думы.

⁵⁸ Временное положение об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской. СПб., 1883. С. 11.

⁵⁹ Исаев А. А. Переселенческое дело с начала 80-х годов. СПб., 1895.

⁶⁰ Анфимов А. М. Крестьянское земельное право в пореформенной России // Социально-политическое и правовое положение крестьянства в дореволюционной России. Воронеж, 1983. С. 208–221.

⁶¹ Добровольский А.А. Полное собрание законов Российской империи – III. Т. IX. СПб., 1889. С. 619.

⁶² Свод законов Российской империи, дополненный по продолжениям 1906, 1908 и 1910 гг. и позднейшими узаконениями 1911 и 1912 гг. СПб., 1913.

⁶³ Закон о землеустройстве 29 мая 1911 г. и изданный на основании сего закона наказ землеустроительным комиссиям от 19 июня 1911 г. СПб., 1911.

⁶⁴ Там же.

Протоколы Финансовой комиссии при Государственной Думе содержат данные о ходе принятия решений об увеличении жалования врачам и фельдшерам, состоявших на службе в Степных областях⁶⁵.

В эту же подгруппу включены протоколы Омского медицинского общества⁶⁶, которые являются ценным источником информации по исследуемой проблеме. Протоколы находятся в свободном доступе в сети Интернет.

2.2. Межведомственная переписка, ходатайства, рапорты и прошения

Переписка МВД с комитетом Государственной Думы помогает реконструировать развитие медико-санитарной помощи в областях Степного края, а также выявить комплекс проблем, характерных для этого процесса. Ходатайства МВД в Государственную Думу отражают мероприятия центральных органов власти, предпринимаемые для решения проблем медицинской службы Степного края (РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706).

Переписка МВД с генерал-губернаторами, военными губернаторами областей Степного края использовалась для выявления этапов развития медико-санитарной службы в регионе, процессов формирования медицинских кадров. В источниках данной подгруппы содержатся прошения чиновников о командировании медицинского персонала в особо нуждающиеся районы Степного края, прошения об увеличении ассигнований на развитие медицинской системы; представлена информация об особенностях устройства врачебно-санитарного надзора за передвижением переселенцев по Сибирской железной дороге к местам водворения (РГИА. Ф. 391. Оп. 6 Д. 497; Оп. 2. Д. 36).

Рапорты и переписка чиновников Управления Сибирской железной дороги помогают реконструировать процесс создания медико-санитарной помощи переселенцам во время движения к местам водворения в областях

⁶⁵ РГИА. Ф. 1278. Оп. 2. Д. 1173. Л. 41.

⁶⁶ Год VI, 1888/9. Омск, 1890. С.131, 172. URL: Протоколы Омского медицинского общества. Г. 16 1898/1899, № 9. | Президентская библиотека имени Б.Н. Ельцина (prlib.ru).

Степного генерал-губернаторства. Данный вид источника также помогает выявить проблемы, с которыми пришлось столкнуться представителям власти в процессе реализации медицинской помощи в регионе, проанализировать предлагаемые пути решения проблем, охарактеризовать финансовую помощь, оказываемую ведомством, в процессе оказания медико-санитарной помощи крестьянам-переселенцам. Основной массив документов представлен делами (РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д.1580; Оп. 8. Д. 544, 455, 424, 18).

Рапорты, переписка чиновников Переселенческого управления позволяют выявить проблемы в процессе оказания медико-санитарной помощи, проанализировать кадровый состав медицинского персонала и его профессиональную подготовку. Заведующие переселенческими районами в своих рапортах освещали проблемы, с которыми им пришлось сталкиваться в процессе развития медицинской помощи в регионе. Зачастую рапорты содержали информацию о кадровом составе медицинского персонала того или иного района, сообщения о нехватке или прошения о командировании определенного количества врачебного или фельдшерского персонала в связи с нарастающей нагрузкой на уже имеющийся в районе медицинский персонал. Кроме того, рапорты заведующих переселенческим районом содержали в себе и статистическую информацию: количество больниц и койко-мест в них, число амбулаторных больных, стационарных больных, заболевших и выздоровевших (РГИА. Ф. 391. Оп. 2 Д. 1194, 1358, 1271; Оп. 3. Д. 1771; ИАОО. Ф. 3. Оп. 9. Д. 15907).

Переписка Российского комитета Красного креста с Государственной Думой, Переселенческим управлением, генерал-губернатором. Источник содержит в себе широкий пласт информации о врачебно-продовольственной помощи в наиболее нуждающихся районах. Основной массив документов представлен делами Российского государственного исторического архива (РГИА. Ф. 391 Оп. 2. Д. 59, 1358; Ф. 391. Оп. 3. Д. 205; Ф. 391. Оп. 4. Д. 209).

2.3. Отчеты областных и уездных врачей, главных врачей больниц, различных административных учреждений (Переселенческого управления,

Комитета Сибирской железной дороги) являются одним из ключевых источников в данной диссертации. В ежегодных отчетах врачей содержится огромный пласт информации по целому спектру вопросов развития медицинской службы: ценная информация о заболеваниях, характерных для этого или иного региона, состояние медицинских учреждений, анализируется качество оказываемых медицинских услуг, процессы оспопрививания, санитарного состояния городов и различных учреждений.

Отчеты Переселенческого управления содержат в себе информацию о финансовой поддержке медицинского обеспечения переселенцев, порядке оказания медицинской помощи переселенцам по пути следования и в местах водворения, создании врачебно-питательных пунктов, данные о количественном составе врачей и их профессиональной подготовке. Отчеты Комитета Сибирской железной дороги содержат информацию о количественном отношении медицинского персонала в период переселения крестьян по железной дороге, о санитарном состоянии вагонов и судов, гигиенической обстановке на остановочных и переселенческих пунктах, правилах перевозки пассажиров железнодорожным и водным транспортом (РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 724, 1194, 36, 1008; Оп. 3. Д. 197, 1435, 1580; Оп. 4. Д. 950).

В работе также использовались ежегодные всеподданнейшие отчеты Степного генерал-губернатора, благодаря которым становится возможным проследить этапы становления медицинской службы в регионе, выявить возникшие проблемы и методы их решения. Информация, представленная в отчетах различных ведомств, помогает реконструировать процесс создания и развития медико-санитарной службы в Степном генерал-губернаторстве. Чиновники особых поручений при Степном генерал-губернаторе, выполняя командировки в областные и уездные центры, составляли по их итогам отчеты. В них указывались проблемы медицинской службы, которые возникали в том или ином переселенческом пункте или области, предлагались чиновникам

различные способы решения этих задач (РГИА. Ф. 391. Оп.1. Д. 29; Оп. 3. Д. 434, 467; Оп. 4. Д. 1665; Ф. 273. Оп. 8. Д. 140).

Отчеты Российского общества Красного Креста содержат в себе широкий пласт информации о врачебно-продовольственной помощи в наиболее нуждающихся районах. Основной массив документов представлен делами РГИА: Ф. 391. Оп. 2. Д. 59, 1358; Ф. 391. Оп. 3. Д. 205; Ф. 391. Оп. 4. Д. 209.

2.4. Устав медицинского лечебного учреждения Российского общества Красного Креста в Омске. Информация в Уставе содержит пласт данных об источниках финансирования лечебного учреждения, условиях оказания медицинской помощи при амбулаторном и стационарном лечении. Благодаря данным, указанным в источнике, становится возможным проанализировать процесс оказания медицинской помощи населению в медицинском учреждении Красного Креста в Омске, выявить источники финансирования указанного лечебного учреждения. Данный тип источника представлен документами Исторического архива Омской области (ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 6, 19).

2.5. Делопроизводственная документация Омской фельдшерской школы. Данные источники важны для анализа кадровой ситуации в медицинской службе Степного края. На основе списков воспитанников пансионата для казахских детей, стипендиях Омской фельдшерской школы и училищ представляется возможным проследить процесс подготовки медицинских кадров, в том числе казахов-медиков. Большая часть документов этой подгруппы источников выявлена соискателем в Российском государственном историческом архиве и Историческом архиве Омской области (РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644; ИАОО. Ф. 113. Оп. 1. Д. 1. Л. 13, 18; Ф. 113. Оп. 1. Д. 2).

Основной массив документов делопроизводственной группы выявлен в Российском государственном историческом архиве и Историческом архиве

Омской области и впервые вводится в научный оборот. Некоторая часть документов выявлена в опубликованных документальных сборниках⁶⁷.

3. Статистические и информационно-справочные источники

3.1. Обзоры областей Степного края. Обзоры областей готовились как приложения к ежегодным всеподданнейшим отчетам Оренбургского, Западно-Сибирского и с 1882 г. – Степного генерал-губернаторов. В них представлен колоссальный пласт статистической информации, отражающий динамику процесса развития медико-санитарной службы в Степном крае. В том числе: информация о количестве больниц, поликлиник, фельдшерских пунктов, аптек; количестве медицинского персонала (как гражданского, так и военного ведомств), количестве обратившихся за медицинской помощью, выздоровевших и умерших, инфекционных и эпидемических заболеваний, эпизоотиях в областях Степного края. Благодаря статистическим данным, представленным в обзорах, можно провести комплексный анализ становления и развития медико-санитарной службы в регионе.

Структура обзоров на протяжении 70-х гг. XIX – начала XX в. изменялась, что связано с улучшением статистической службы Российской империи, ее стремлением собрать как можно больший пласт статистической информации по различным аспектам социально-экономического развития страны. В частности, в 1870-х гг. данные о состоянии медико-санитарной службы в обзорах областей Степного края составляли не более 3–4 страниц. В основном в этот период указывалось количество врачей, младшего медицинского персонала, больничной сети. В каждом отчете можно было найти сведения об эпидемиях и количестве заболевших за прошедший год.

К 1917 г. структура обзоров изменилась: появились разделы, детализирующие информацию о медико-санитарной службе в Степных областях. Так, в обзорах появилась информация о количестве заболевших,

⁶⁷ Материалы по истории политического строя Казахстана. Т. 1. Алма-Ата, 1960. Казахско-русские отношения в XVIII–XIX вв. (1771–1867 гг.) // Сборник документов и материалов. Алма-Ата, 1964. С. 444.

обратившихся за медицинской помощью, выздоровевших и умерших. Причем данная статистика представлена как в этническом, так и социальном срезе. Обзоры позволяют проследить формирование аптечной сети в областях Степного края, развитие вакцинации населения от оспы; в них отражена история эпидемий в регионе и методы борьбы с ней.

Значительный объем статистической информации, представленный в обзорах степных областей, определил тот факт, что наряду с делопроизводственными документами данная группа источников стала основной при подготовке диссертации. Обзоры доступны в электронном формате, часть отчетов также была выявлена в Российском государственном историческом архиве (РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 894, 896, 985).

3.2. Памятные книги областей Степного края⁶⁸ также являются ценным источником информации. В них представлены данные о количестве сельских, поселковых, переселенческих врачебных участках, отражено их материально-техническое состояние.

3.3. Энциклопедии, в которых представлена детализированная информация о медицинских кадрах Степного края⁶⁹.

4. Материалы дореволюционной периодической печати

Незначительная, но ценная информация по теме исследования выявлена в периодических изданиях исследуемого периода. Среди них «Сибирские вопросы» и ежедневная газета «Правительственный вестник».

Научная новизна исследования. В диссертации впервые вводится в научный оборот значительная группа первоисточников, выявленных соискателем в архивах Российской Федерации. На основе их анализа впервые в отечественной и зарубежной историографии определены этапы становления и

⁶⁸ Памятная книжка Акмолинской области на 1909 г. Омск, 1909; Памятная книжка Семипалатинской области на 1912 г. Семипалатинск, 1912; Памятная книжка и адрес-календарь Уральской области на 1898 г. Саратов, 1898; Памятная книжка Тургайской области на 1910 г. Оренбург, 1910.

⁶⁹ Казахстан. Национальная энциклопедия. Т. III. Алматы, 2005; Энциклопедия города Омска. Том 1: Омск от прошлого к настоящему (период с 1716-го по 2008 год). Омск, 2009.

развития медико-санитарной службы в Степном крае в широком хронологическом диапазоне: XIX – начало XX в., представлена их качественная и количественная характеристика, определены особенности каждого из этапов. На основе впервые выявленных и введенных в научный оборот источников также выявлены проблемы, возникшие в процессе развития медико-санитарной службы в Степном крае, в целом определена степень ее эффективности. Кроме того, затронут оставшийся без внимания в отечественной историографии важный аспект истории медико-санитарной службы в Степном генерал-губернаторстве – медицинская помощь кочевому казахскому населению.

Теоретическая и практическая значимость исследования. В работе подробно рассмотрены этапы развития медико-санитарной службы в Степном крае в XIX – начале XX вв., воссоздана эволюция системы управления медико-санитарной службой Степного края и проанализирована динамика ее инфраструктурного развития в XIX – начале XX в., выявлены тенденции развития городской и сельской медико-санитарной помощи населению Степного края, и формирования ее кадрового состава. Материалы и результаты исследования могут быть использованы при подготовке обобщающих работ по истории здравоохранения в Российской империи, а также при разработке и чтении спецкурсов для студентов исторических факультетов вузов.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Отдельные результаты исследования были представлены на Международной научной конференции, посвященной 90-летию со дня открытия Туркестано-Сибирской железной дороги (Барнаул, 2020), научной конференции «Актуальные вопросы истории Сибири», посвященной памяти профессора А.П. Бородавкина (Барнаул, 2021), Осенней научно-образовательной сессии Международной школы молодых ученых-тюркологов и алтаистов «Тюркский мир: история, культура и образование» (Барнаул, 2021), VII Международной научно-практической конференции «Россия, Сибирь и Центральная Азия: взаимодействие народов и культур» (Барнаул, 2022), Всероссийской научной

конференции «Актуальные проблемы документоведения и архивоведения: вызовы времени» (Гурзуф, 2022).

Отдельные выводы, полученные в процессе исследовательской деятельности, были опубликованы в 10 публикациях, в том числе пяти статьях в журналах, рекомендованных ВАК РФ. Кроме того, по теме исследования соискателем подготовлен отдельный раздел для коллективной монографии⁷⁰. На протяжении подготовки диссертации соискатель являлась исполнителем гранта Президента РФ по поддержке научной школы НШ–2693.2020.6 «Государственное регулирование социальных процессов в Центрально-азиатском регионе России имперского и советского периодов» (2020–2022 гг.), гранта РФФИ «Аспирант» № 20-39-90018 «Формирование и развитие медико-санитарной службы в Степном генерал-губернаторстве (вторая половина XIX – начало XX в.)» (2020–2022 гг.), госзадания Министерства науки и высшего образования РФ «Тюркский мир Большого Алтая: единство и многообразие в истории и современности» (Реестровый номер – 748715Ф.99.1.ББ97АА00002), гранта РНФ № 23-28-01369 «Власть и общество в Степном крае Российской империи: эволюция практик взаимодействия (XIX – начало XX в.)» (2023–2024 гг.).

Положения, выносимые на защиту:

Развитие медико-санитарной службы Степного края прошло в три этапа.

1. Первый этап: 20-е – середина 60-х гг. XIX в. – связан с началом интеграции Степного края в общеимперское пространство. Правовой основой данных процессов стали Уставы о Сибирских и Оренбургских киргизах, принятые в 1822 и 1824 гг. соответственно. На их основании во вновь созданных административно-территориальных единицах Среднего и Младшего жузов начали создаваться и комплектоваться штатом врачей и фельдшеров больницы. Поскольку казахское население в этот период являлось абсолютным большинством в регионе, открытие больниц с медицинским персоналом

⁷⁰ Лысенко Ю.А. и др. Государственное регулирование социальных процессов в Центрально-азиатском регионе России имперского и советского периодов. Барнаул, 2021.

планировались в первую очередь для них. Первоочередной задачей медиков стала организация вакцинации казахского населения от оспы. Однако привлечь казахов в больницы, открываемые Медицинским департаментом МВД, не удалось в силу ряда причин. Поэтому вплоть до 50-х гг. XIX в. открытие сети медицинских учреждений в Степном крае было приостановлено. Параллельно с гражданской медициной в этот период на территории Степного края стала создаваться медицинская служба Военного министерства. Это было связано с формированием в регионе системы регулярных и иррегулярных воинских подразделений – Западно-Сибирского военного округа и казачьих войск. Расширявшаяся в эти годы сеть медицинских учреждений военного ведомства была доступна и для гражданского населения. Однако казахи избегали и игнорировали военные медицинские учреждения, продолжая пользоваться услугами традиционной медицины. Не имели большого успеха и попытки их вакцинации от оспы.

2. Второй этап истории развития медико-санитарной системы в Степном крае хронологически соотносится с концом 60-х – серединой 90-х гг. XIX в. Он связан с принятием в октябре 1868 г. Временного положения об управлении в степных областях Оренбургского и Западно-Сибирского генерал-губернаторства. Поскольку земская реформа в Степном крае не проводилась, руководство и финансирование процесса формирования и содержания сети медицинских учреждений было возложено на государство и местные региональные органы власти. Согласно Временному положению 1868 г. в областях Степного края вводились должности областных врачей, наделенных административно-контролирующими функциями. В областных и уездных административных центрах открывались медицинские пункты, учреждались должности врачей, фельдшеров и повивальных бабок. Гражданские медицинские учреждения подчинялись областным правлениям и Медицинскому департаменту Министерства внутренних дел. В этот же период в Степном крае продолжалось развитие военных медицинских учреждений, подведомственных Военному министерству. Динамика развития гражданских

медицинских учреждений Степного края свидетельствует, что темпы их роста были незначительными и на фоне резкого увеличения численности оседлого населения за счет притока крестьян-переселенцев существенно отставали от роста численности населения. Больницы и лазареты Военного министерства в этот период численно преобладали, а военные медики были вынуждены оказывать врачебную помощь гражданскому населению.

Позитивными сдвигами в развитии медико-санитарной службы Степного края в конце 60-х – середине 90-х гг. XIX в. следует считать появление профильных медицинских учреждений (например, психиатрических больниц), фармацевтической службы, учреждений по подготовке медицинских кадров, а также профессиональной медицинской организации – Омского медицинского общества. В этот же период началось формирование санитарной службы в Степном крае, успешное проведение ею санитарно-профилактических мероприятий. К недостаткам этапа следует отнести нехватку медицинских учреждений и кадров, недоступность медицинских услуг большинству населения региона, в том числе казахского.

3. Третий этап истории развития медико-санитарной системы в Степном крае – середина 90-х гг. XIX в. – 1917 г. На этом этапе произошло значительное увеличение численности аграрного населения региона, главным образом за счет переселения крестьян из европейской части Российской империи. Это актуализировало необходимость развития сельской медицины. В рамках принятого в 1897 г. Положения об улучшении медицинской части в сельских районах Степного края территория уездов Акмолинской, Семипалатинской, Уральской и Тургайской областей была разделена на сельские врачебные участки, во главе которых назначались участковые врачи. Данная реформа позволила значительно увеличить количество медицинских учреждений, медицинского персонала гражданского ведомства, улучшить качество предоставляемых услуг аграрному населению и успешно решать вопросы санитарного контроля.

В конце 90-х гг. XIX в. областях Степного края были созданы две административные структуры, в функции которых входили вопросы здравоохранения региона: областные комитеты общественного здоровья (под председательством военного губернатора области) и Областная санитарно-исполнительная комиссия (под председательством вице-губернатора). Функции Областного комитета общественного здоровья сводились к увеличению численности медицинских учреждений и медперсонала, закупке медикаментов, открытию аптечных пунктов, предотвращению эпидемий в регионе и принятию предупредительных мер по нераспространению различных болезней. Областная санитарно-исполнительная комиссия выполняла функции по санитарному надзору в области. Для этого проводились запланированные и незапланированные осмотры мясных лавок и других заведений, где осуществлялась торговля продовольственными товарами. На фоне определенных успехов гражданской медицины медицинские учреждения военного ведомства в Степном крае в этот период сокращались.

4. В ситуации резкого роста численности населения региона в 80-е гг. XIX в. и особенно в период Столыпинской аграрной реформы, помимо МВД и Военного министерства, вопросами организации медико-санитарной службы в Степных областях занимались Переселенческое управление МВД, Комитет Сибирской железной дороги, Российское отделение общества Красного Креста. Значительное внимание Переселенческое управление уделяло вопросам оказания врачебно-медицинской помощи переселенцам по пути их следования на новые места жительства и по прибытии на них. За счет средств Переселенческого управления организовывались переселенческие питательные пункты, открывались больницы в переселенческих районах Акмолинской, Семипалатинской, Тургайской областей, содержался штат медицинского персонала в них. Комитет Сибирской железной дороги также принимал активное участие в оказании медицинской помощи переселенцам по пути следования и на местах. Он организовывал и финансировал работу врачебных пунктов на территории, прилегающей к Сибирской железной дороге, оказывал

содействие в осмотре пассажиров перед отправкой, как на железнодорожном, так и на водном транспорте, обустроив санитарные вагоны и следил за гигиеной на судах. Благодаря помощи Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги начинается активное строительство переселенческих больниц, переселенческих пунктов, где все желающие могли получить высококвалифицированную врачебную помощь. Штат врачей постоянно увеличивался за счет приглашения выпускников медицинских направлений, фельдшеров из других регионов. Медицинская помощь становилась более доступной не только для переселенцев, но и для казахов-кочевников. Более высокими темпами проходила вакцинация населения против оспы.

5. Процесс развития медико-санитарной службы в Степном крае сопровождался формированием медицинского персонала. Он был представлен врачами, средним медицинским персоналом – фельдшерами и акушерками, и вспомогательным персоналом – санитарями, оспопрививателями, повивальными бабками. Важным событием для решения кадрового вопроса стало открытие в Степном крае в 70-е гг. XIX в. Центральной фельдшерской школы в Омске. Тем не менее, на всем протяжении исследуемого периода, в регионе имелась нехватка медицинского персонала. Это было связано с целым рядом обстоятельств: тяжелыми социально-бытовыми условиями, низкой заработной платой, слабой материально-технической базой медицинских учреждений, слишком значительными размерами сельских врачебных участков, использованием труда врачей в качестве судебно-медицинских экспертов и т.д. Региональные и центральные органы власти прилагали определенные усилия для решения кадровой проблемы медицинской службы Степного края. Вопрос стал предметом обсуждения на заседании Государственной Думы. Однако начавшаяся Первая мировая война и революционные события 1917 г. так не позволили решить данную проблему. К концу исследуемого периода властями не была решена проблема всеобщей доступности медицинского обслуживания населения Степного края.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка. Во введении представлены все необходимые компоненты, отражающие актуальность, степень изученности проблемы, цели и задачи, методологию и методы, источники исследования. Первая глава, разбитая на три параграфа, содержит анализ процессов развития медико-санитарной службы в Степном крае в рамках трех этапов, с 20-х гг. XIX в. до 1917 г. Во второй главе, в рамках двух параграфов, определяются роль государственных структур и общественных организаций в улучшении медицинской службы в Степном крае в XIX – начале XX вв. и тенденции формирования кадрового обеспечения медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.

В заключении подведены итоги диссертации.

В библиографическом списке представлены источники и исследования, использованные при подготовке диссертации.

Глава 1. Формирование и развитие медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.

1.1. Становление медико-санитарной службы в Степном крае (20-е – середина 60-х гг. XIX в.)

Зарождение медико-санитарной службы в Степном крае было связано с началом его интеграции в правовое и социально-экономическое пространство Российской империи. Законодательной основой данного процесса послужили Устав о сибирских киргизах (территория кочевания казахов Среднего жуза) и Устав об оренбургских киргизах (территория кочевания казахов Младшего жуза), принятые в 1822 и 1824 гг. соответственно. В рамках уставов ликвидировалась ханская власть, вводилась российская модель административно-территориального устройства в Степи, формировались коллегиальные органы управления с присутствием в них российских чиновников. Всего за период с 1824 по 1844 г. в Среднем жузе в рамках реализации положений Устава о Сибирских киргизах 1822 г. было образовано 8 внешних округов: Каркаралинский, Кокчетавский, Аягузский, Акмолинский, Баянаульский, Уч-Булакский, Аман-Карагайский и Кокпектинский. Уставами также предусматривалась ликвидация традиционных социальных институтов казахского общества, распространялась российская модель налоговой и судебной систем⁷¹.

Принятые нормативно-правовые акты были нацелены на решение целого спектра социальных проблем традиционного казахского общества, в том числе связанных с охраной здоровья. Так, в Уставе о Сибирских киргизах специально для этого был разработан раздел «Устройство медицинской части». На его основании в каждом из поэтапно формируемых внешних округов открывались

⁷¹ Бекмаханов Е. Казахстан в 20–40-е годы XIX века. Алматы, 1993; Лысенко Ю.А. и др. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизмы реализации (XIX – начало XX в.). Барнаул, 2014.

стационарные больницы «для обслуживания служащих, обывателей и тяжелобольных местных жителей», в которые назначались по два лекаря⁷².

В Уставе 1822 г. регламентировался порядок организации медицинского обслуживания и функционирования медицинских учреждений. Открытие больниц во всех округах происходило по общему сценарию. Поскольку в открываемых в Степи округах Среднего жуза не имелось достаточного количества помещений, на первых порах медицинские учреждения размещались в юрте, в зимнее время – землянках. И только со временем для этого строились специальные помещения, проектированием которых и составлением смет на строительство занимался инженер отдела Штаба Сибирского военного корпуса. Строительство надлежало производить «...со строгим наблюдением, не окончив строительство одного здания, не приступать к возведению другого». Надзор за строительством помещений для больниц, впрочем, как и в целом открытием внешних округов, осуществлял, согласно Уставу 1822 г., генерал-губернатор Западной Сибири⁷³.

Технический надзор за строительством больниц и административных зданий в округах осуществляло Омское областное архитектурное управление, для руководства строительными работами в округа командировались архитекторы из области. К примеру, «в Каркаралинском округе строительство больницы началось в 1826 г., а к осени 1827 г. были полностью отделаны 4 комнаты: аптекарская, прозекторская, прачечная и кухня. Позже завершили строительство больничного здания на 50 мест». Больницы строились из двух отдельных половин: на 35 коек для русских и на 15 коек для казахов. При больнице выстроили дом для врачей и другие подсобные помещения. Каркаралинская окружная больница работала недолго: в декабре 1829 г. во время пожара она полностью сгорела⁷⁴.

⁷² Материалы по истории политического строя Казахстана. Т. 1.

⁷³ Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). Новосибирск, 1967. С. 184.

⁷⁴ Там же. С. 187.

Постепенно больничные помещения появились и в других округах. Так, в Акмолинском округе больница была открыта в 1832 г., в Баянаульском округе больничный дом на 10 коек – в 1833 г. В Кокчетавском внешнем округе больницу на 16 человек официально открыли в начале 30-х гг. XIX в., хотя сам округ начал функционировать весной 1824 г. Расходы на содержание больниц ложились на бюджет округов и составляли десятки тысяч рублей в год. Так, например, по данным Г.А. Алпыспаевой, Ш.Н. Сяхимовой, Л.Т. Джумалиевой, расходы на содержание Каркаралинской больницы составляли до 17828,3 руб. в год⁷⁵.

Особенностью работы больниц при внешних округах Среднего жуза являлся тот факт, что они в основном обслуживали казачьи гарнизоны Сибирского казачьего войска. Военные гарнизоны имелись во всех округах и были призваны, согласно Уставу 1822 г., обеспечивать порядок на территории округа и охрану чиновников Окружного правления. Как отмечают исследователи, опираясь на архивные источники, за время существования больниц во внешних округах местные жители из числа казахов фактически за медицинской помощью не обращались⁷⁶. Чиновники местной администрации объяснили данную ситуацию несколькими факторами.

В частности, Главный управляющий Пограничной канцелярией Сибирской укрепленной линии генерал-майор С.Б. Броневский, прослуживший в Области сибирских киргизов около двадцати лет, с 1808 по 1827 г., о казахах Среднего жуза писал: «Нахождение всегда на свежем воздухе, единообразная пища предохраняют их от болезней, они доживают до глубокой старости, много встречается 100-летних, а 70-летние переносят все труды наравне с молодыми. Зрение их иногда преждевременно повреждается от дыма в юртах и отражения на снегу солнечных лучей, против чего употребляют род очков, сплетенных из

⁷⁵ Алпыспаева Г.А., Сяхимова Ш.Н., Джумалиева Л.Т. Организация медицинского обслуживания во внешних округах Среднего жуза в 20–60 годы XIX века // *Bylye Gody*. 2019. Vol. 51. Is. 1. P. 179.

⁷⁶ Там же.

черных конских волос, а зубы в невредимости сохраняются до кончины, казахи мало страдают от простуды»⁷⁷.

Не менее важным фактором редкого обращения коренного казахского населения в больницы окружных приказов было то, что среди них продолжали преобладать традиционные методы лечения болезней. В многочисленных этнографических зарисовках того периода, оставленных как путешественниками, так и чиновниками региональной пограничной администрации, содержится значительный объем информации по традиционной народной медицине казахов. Тот же С. Б. Броневский в своих записках отмечал: «раны и ушибы искусно врачуют некоторым родом пластырей, мазей и прижиганием раскаленным железом; нашатырь, имбирь, перец (особенно стручковый), бадян, калган, гвоздика, дорогая трава (сассапарель) и скипидар составляют аптеку. Русская водка как лекарство принимается; они чужды страсти пьянства»⁷⁸.

О распространении среди казахов лечебной магии писал русский историк, исследователь культуры народов Сибири и казахской степи Г.И. Спасский. В своих научных работах ученый отмечал: «...во всех болезнях в месте изыскания надежных средств прибегают к муллам, бахцам и другим чародействам»⁷⁹. Он подробно описал «искусство врачевания» казахских баксы. Исследователь первой половины XIX в. А.И. Левшин, сообщая о баксах у казахов, писал об их способах лечения музыкой, а также определенными «телодвижениями и кривляниями»⁸⁰. Ученый отмечал, что колдовство казахов составляет не только часть религии, но и главнейшую часть медицины. При этом А.И. Левшин совершенно справедливо отмечал, что «пустые и суеверные обряды мнимых лекарей не составляет всего врачебного искусства казахов: они знают многие полезные лекарства». В качестве доказательства автор приводит

⁷⁷ Броневский С.Б. О казахах Средней Орды. 2-е изд. доп. Астана, 2007. Т. 5. С. 69.

⁷⁸ Там же. С. 70.

⁷⁹ Спасский Г.И. Киргиз-кайсаки Большой, Средней и Малой орды // Сибирский вестник. СПб., 1818. Ч. X. С. 95.

⁸⁰ Левшин А.И. Описание киргиз-кайсацких или киргиз-казацких орд и степей. Ч. 3. СПб., 1832. С. 65.

данные о народной медицине: «от боли в груди казахи пьют навар из корня дикой розы, от чесотки купались в соленой воде, опухоли разгоняли приправами из разных трав, от переломов пили третью медь»⁸¹.

Редкое обращение казахского населения в окружные больницы стало ключевой причиной их закрытия и создания вместо них военных лазаретов. Военные лазареты призваны были обслуживать военные гарнизоны Приказов Среднего жуза.

Повышение административного статуса города и произошедшие изменения в организации местного самоуправления в Омске в результате реформ М.М. Сперанского в 1822 г. привели к тому, что Омск стал центром образовавшейся Омской области. Вопросы обеспечения медицинской помощью населения Омска находились в ведении городского управления. Городская больница в Омске была основана в 1827 г. В ней работали смотритель, фельдшер, два служителя, прачка и цирюльник. Первоначально по плану в больнице предполагалось 10 мужских и 5 женских мест. Однако из-за ограниченного бюджета городского самоуправления количество мест пришлось сократить. В 1842 г. на содержание больницы было выделено всего 550 руб., поэтому ее состояние было неудовлетворительным⁸².

В 30–40-е гг. XIX в., в связи с успешным освоением месторождений полезных ископаемых на территории Восточного Казахстана и началом развития горнорудной отрасли, лазареты стали открываться при крупных горных приисках для обслуживания рабочих. Главный надзор за лазаретами приисков возлагался на медика Кокпектинского военного госпиталя и на окружного лекаря. Горный ревизор Ковригин, отчитываясь по вопросу о бытовом обслуживании рабочих на приисках Кокпектинского округа, отмечал в 1860 г: «Устройство медицинской части на всех промыслах оставалось

⁸¹ Левшин А.И. Описание киргиз-кайсацких или киргиз-казацких орд и степей. Ч. 3. С. 65.

⁸² Энциклопедия города Омска. Том 1: Омск от прошлого к настоящему (период с 1716-го по 2008 год). Омск, 2009. С. 146–147.

прежнее: везде существуют лазареты, снабженные приличными медикаментами, и при каждом находится особый фельдшер»⁸³.

В Каркаралинском округе военный лазарет был построен взамен сгоревшей больницы в 1830 г. Постепенно он расширялся и десятилетие спустя включал нескольких построек: капитальный дом на фундаменте из дикого камня – здание лазарета, отдельную кухню с сенями, кладовую, баню в два отделения, амбар, конюшню. Внутри лазаретного двора находился колодец со срубом из сосновых бревен. Военный лазарет в Акмолинске размещался первоначально в одной из комнат солдатской казармы. Стационарное здание для лазарета – деревянный флигель из четырех комнат с кухней – было построено к середине 1830-х гг.⁸⁴ В Баянаульском округе военный лазарет начал работу на базе бывшей окружной больницы. По данным Д. К. Опабековой, в 1855 г. в нем работали первые фельдшеры-казахи: Жусуп Мантекин и Абсамат Тычкантаев⁸⁵.

Исследователи отмечают, что в 40–50-е гг. XIX в. наметилась тенденция более частого обращения гражданского населения внешних округов Среднего жуза Степного края, в том числе казахов, за медицинской помощью в военные госпитали. При поступлении в больницу они содержались и получали лечение за счет общих госпитальных средств. После выписки из больницы с казахского и русского населения «гражданского ведомства» военный комиссариат через окружной приказ взыскивает потраченные на лечение средства «или с них самих, или, по несостоятельности их, с обществ, к которым они принадлежат»⁸⁶.

На территории Младшего жуза Уставом об оренбургских киргизах развитие медицинской службы не предусматривалось. Тем не менее, руководство Оренбургской пограничной администрации прилагало для этого

⁸³ Казахско-русские отношения в XVIII–XIX вв. (1771–1867 гг.). С. 444.

⁸⁴ Алпыспаева Г.А., Саяхимова Ш.Н., Джумалиева Л.Т. Организация медицинского обслуживания во внешних округах Среднего жуза в 20–60 годы XIX века. Р. 181.

⁸⁵ Опабекова Д.К. Некоторые аспекты истории организации Баянаульского внешнего округа (1833–1868 гг.) // Вестник ЗКГУ. 2009. № 1 (33). С. 11–17.

⁸⁶ Казахско-русские отношения в XVIII–XIX вв. (1771–1867 гг.). С. 415.

определенные усилия. Наконец, в утвержденном в 1844 г. Положении об управлении Оренбургскими казаками ряд статей был посвящен вопросам распространения медицинских знаний, подготовке врачей и фельдшеров. В 7 параграфе было отмечено, что при Пограничной комиссии «... состоят врач, в обязанность коего входит и наблюдение за народным здравием в Орде, один фельдшер и десять учеников фельдшерского искусства и оспопрививания из киргизов, последние приготавливаются при Оренбургском военном госпитале и предназначаются для Орды»⁸⁷. Таким образом, подготовка медицинских кадров стала практиковаться на местах, при военных госпиталях, где работали профессиональные медики, в том числе хирурги. Важным был и тот факт, что Положение 1844 г. заложило основу подготовки профессиональных медицинских кадров из местной казахской этнической среды. На фельдшеро-казахов возлагалась основная задача – оспопрививание. Они должны были постоянно находиться, согласно параграфу 13 «при султанах-правителях» Младшего жуза и «подчиняются надзору врача Пограничной комиссии»⁸⁸.

В Уставах 20-х гг. XIX в. и Положении 1844 г. уделялось внимание профилактике заболеваемости в казахской степи. Как отмечается в официальных медицинских отчетах этого периода, такие довольно распространенные болезни, как скарлатина и коклюш, более всего были распространены среди русского населения региона. У казахского населения инфекционные болезни, такие, как холера, тиф, корь, грипп, не получали широкого распространения и характер эпидемии. По мнению исследователей, большая территориальная разобщенность казахских аулов и суровый зимний климат были основными факторами, сдерживающими быстрое распространение инфекционных заболеваний⁸⁹.

Острой социальной проблемой медицинского характера для казахского населения Степного края, как и для многих других регионов Российской

⁸⁷ Казахско-русские отношения в XVIII-XIX веках (1771–1867 годы). С. 412.

⁸⁸ Там же. С. 409.

⁸⁹ Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). С. 392.

империи, являлась оспа. В своих записках С. Броневский отмечал, что «...натуральная оспа причиняет большую смертность, сия болезнь, так и любострастная, вовсе не были известны до тех пор, пока они не вступили в частые сношения со своими соседями»⁹⁰. Появление оспы нередко вызывало страх у всего аула. Боясь заразиться, казахи оставляли своих больных сородичей в степи, перекочевывая на новые места. Нередко оспенных больных привозили в русские поселения, отдавали на попечение русским. Таких больных размещали в окружные больницы или военные госпитали, где им оказывалось лечение⁹¹.

К моменту принятия Уставов 1820-х гг. правительством уже был утвержден ряд законодательных актов, направленных на проведение массовой вакцинации населения империи. На основании Положений 1804 г. и 1811 г. о повсеместном оспопрививании в городских административных центрах формировались оспенные комитеты, задачей которых стала вакцинация детского населения. Губернские оспенные комитеты подчинялись МВД, а уездные – губернскому комитету⁹².

Согласно 252 параграфу Устава 1822 г. оспопрививание стало первоочередной задачей создаваемой в крае медико-санитарной службы. В документе отмечалось: «...в особенную заботливость врачей постановляется принятие мер к распространению оспаривания между киргизами и в каждой волости для оспаривания полагаются «оспенные ученики» из киргизов, по одному или два человека, смотря по величине волости». По Уставу врачей обязали объезжать аулы и оказывать медицинскую помощь безвозмездно. Для борьбы с эпидемией было принято решение о проведении вакцинации всего

⁹⁰ Броневский С.Б. О казахах Средней Орды. 2-е изд. доп. Астана, 2007. Т. 5. С. 70.

⁹¹ Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). С. 345.

⁹² Савицкий Г.В., Ляшенко И.Э. Специфическая профилактика натуральной оспы в Оренбургской губернии начала XIX века // Оренбургский медицинский вестник, Т. I, № 1. С. 35–36.

казахского населения, и детского, и взрослого. Не подлежали оспопрививанию только беременные женщины и кормящие матери⁹³.

Большую роль в распространении оспопрививания среди казахского населения Каркаралинского и Кокчетавского внешних округов Омской области сыграл Семипалатинский окружной врач С.А. Яроцкий. За время работы в округе ему удалось привить оспу двум казахским детям и обучить оспопрививанию письмоводителя окружного приказа А. Мухтарова. Тот, в свою очередь, под присмотром Яроцкого привил оспу еще девяти казахским детям, начав со своих собственных. В 1828 г. С. А. Яроцкий представил в Семипалатинский областной оспенный комитет проект организации противооспепных прививок среди казахов и, получив одобрение, приступил к его осуществлению. В первый же год им были достигнуты значительные успехи⁹⁴.

Однако в целом, по мнению исследователей, вакцинация населения Среднего и Младшего жузов осуществлялась крайне низкими темпами. По мнению Б. Н. Палкина, наибольших успехов удалось добиться военному госпиталю Каркаралинского округа Омской области. По данным исследователя, в 1855 г. по округу было привито всего 23 чел., из которых 11 были казахами, в 1856 г. – 115 чел., в том числе 32 казаха, в 1865 г. – 220 чел., в том числе 207 казахов, в 1866 г. привилось 210 чел., в том числе 74 казаха⁹⁵. Для сравнения, в 1856 г. в Аягузском округе привилось только 28 чел., в Кокпектинском округе – 66 чел.⁹⁶

Причин низких темпов вакцинации казахского населения было несколько. Среди них: нехватка вакцины, отдаленность казахского кочевого населения от пунктов вакцинации, нехватка медицинских кадров. Однако главной все-таки являлось нежелание казахов вакцинироваться. Более того, источники сообщают

⁹³ Материалы по истории политического строя Казахстана. Т. 1. С. 347.

⁹⁴ Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). С. 345.

⁹⁵Тм же. С. 392.

⁹⁶ Алпыспаева Г.А., Саяхимова Ш.Н., Джумалиева Л.Т. Организация медицинского обслуживания во внешних округах среднего жуза в 20–60 годы XIX века. Р. 184.

о том, что казахское население проведение профилактической вакцинации встретило недоброжелательно. Это было связано с религиозными воззрениями казахов – каноны ислама не позволяли им принимать вакцинацию как метод лечения. Имело место и непонимание со стороны казахского населения сущности данного мероприятия, так как разъяснительной и пропагандистской работы среди населения не проводилось.

Для решения проблемы руководство Оренбургской пограничной комиссии предложило организовать обучение оспопрививанию представителей казахского населения. Однако султаны – правители трех административно-территориальных единиц Младшего жуза – Восточной, Средней и Западной – отказались присылать учеников. Один из них, султан Восточной части Джума Худаймендиев заявил, что «обучение прививанию предохранительной оспы приличным не считает, опасаясь, чтобы чрез таковые выдумки против воли Всевышнего создателя не остаться ему грешным»⁹⁷.

В Среднем жузе, по распоряжению начальника Омской пограничной комиссии, в военный госпиталь Каркаралинского округа в 1856 г. было прислано 17 казахских мальчиков для обучения оспопрививанию. Уже с 1860 г. начали проводить прививки среди казахского населения в указанном округе первые, подготовленные окружным врачом, юноши-казахи: Аяган Кунанбаев, Акбас Мадженов, а в 1862 г. к ним присоединился Маутанов. В 1854 г. в Кокпектах, административном центре одноименного округа, при военном лазарете открылось двухгодичное училище для подготовки фельдшеров из казахов. Сохранились поименные списки первых выпускников, фельдшеров-казахов, обучившихся в училище при Кокпектинском лазарете. Это были 26 молодых людей разного сословного происхождения. Многие из них были направлены на работу на прииски и в казахские волости, расположенные в

⁹⁷ Алпыспаева Г.А., Саяхимова Ш.Н., Джумалиева Л.Т. Организация медицинского обслуживания во внешних округах среднего жуза в 20–60 годы XIX века. С. 183.

Кокпектинском внешнем округе, активно участвовали в оспопрививании казахского населения округа⁹⁸.

Процесс оспопрививания казахского населения контролировался властями. Для этого велись специальные ведомости, в которых окружные чиновники фиксировали факт проведения вакцинации. Кроме того, в ведомостях имелась графа «Кто прививал», в которой в обязательном порядке указывались сведения о медицинском персонале, производившем оспопрививание. Это были как военные, так и гражданские фельдшеры и лекари, а также лекарские и фельдшерские ученики, специально обученные этому делу.

Несмотря на несомненные успехи оспопрививания, оно охватывало далеко не всех жителей Степного края, в том числе и детей, вследствие чего вспышки оспы продолжались здесь до конца XIX в.

В 1857 г. XIX в. в Российской империи был утвержден Врачебный устав, унифицировавший систему здравоохранения в государстве⁹⁹. Структурно Устав состоял из трех частей: Учреждения врачебные, Устав медицинской полиции и Устав судебной медицины. Данный законодательный акт закреплял за Министерством внутренних дел функции управления медико-санитарной частью в Российской империи для гражданского населения: Медицинский департамент, Департамент казенных врачебных заготовлений и Совет подчинялись Министерству внутренних дел.

На основании Врачебного устава управление медицинскими учреждениями на уровне областей и губерний для гражданского населения империи осуществлялось с помощью Врачебных управ. Если же таковые отсутствовали, то соответствующими им органами – уездными и городскими врачами. Врачебные управы как административные структуры руководили процессом функционирования больниц и аптек, работой врачей, фельдшеров и повивальных бабок на подведомственных территориях. Функции надзора за

⁹⁸ Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). С. 392.

⁹⁹ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13.

соблюдением санитарных мер в регионах возлагались на специально создаваемые Комитеты общественного здоровья, Оспенный комитет регулировал процесс оспопрививания. Прерогативой Врачебных управ также являлось проведение карантинных мероприятий и осуществление контроля за их исполнением¹⁰⁰.

В казачьих войсках Российской империи, согласно Врачебному уставу, были иные принципы формирования системы здравоохранения. Врачебное управление в казачьих войсках учреждалось согласно Положению о казачьих войсках и находилось в ведении Военного министерства.

Первая книга Врачебного устава Учреждения врачебные включала в себя следующие разделы: «О местном медицинском управлении в губерниях», «О местном управлении аптекарской части», «Об испытании лиц, посвящающих себя службе по медицинском ведомству или практике врачебной, и о содержании сих лиц», «Учреждение управления разных больничных заведений и управления минеральных вод», «Особые учреждения и уставы некоторых врачебных управлений». В них определялась организационная и институциональная структура российского здравоохранения в центре и на периферии, подчеркивая специфику лечебных заведений отдельных ведомств; конкретизировав профессиональные обязанности и степень ответственности медицинских работников.

В соответствии со статьей 74 первой книги Врачебного устава в каждой губернии и области на врачебной службе должны состоять уездные врачи (по одному в каждом уезде или округе), ветеринарные врачи и помощники (определяются штатом), при уездных врачах старшие и младшие лекарские ученики¹⁰¹. В каждом губернском и областном городе должна состоять одна старшая повивальная бабка. Число младших должно было соответствовать числу уездов в той или иной административной единице. В Сибири в некоторых отдаленных округах в дополнении к уездным врачам медицинскую

¹⁰⁰ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13. С. 177–178.

¹⁰¹ Там же. С. 15.

помощь оказывали особые врачи. В городах же дополнительно на службе состояли городские врачи с лекарскими учениками.

Второй раздел книги первой «Учреждения врачебные» регламентировал развитие аптечной сети в регионах Российской империи. Ст. 190 закрепляла положение о количестве инспекторов аптекарской части, которые подчиняются Департаменту казенных врачебных заготовлений. Инспекторы аптекарской части назначались и увольнялись только Министерством внутренних дел. Управлениям инспекторов подчинялись все аптекарские чины и служители подведомственных им учреждений¹⁰². Что касается самих аптек, то казенные аптеки учреждались по приказу Министерства внутренних дел. Так же оно определяло штат фармацевтов и аптекарских учеников. Частные аптеки учреждались Медицинским департаментом Министерства внутренних дел после соответствующего ходатайства и предоставления необходимой документации.

Во второй книге «Устав медицинской полиции» закреплялись полномочия и обязанности полиции, местных органов государственной власти в деле предупреждения и ликвидации эпидемий. Кроме того, в данный раздел Врачебного устава были включены санитарные правила, обязательные для исполнения населением не только в профессиональной деятельности, но и в повседневной жизни. Третья книга «Устав судебной медицины» являлась сборником инструкций, определявших процедуру проведения судебно-медицинских освидетельствований и вскрытия трупов.

Врачебный устав закреплял принципы системы управления здравоохранением на территории всей Российской империи. Так, Министерство внутренних дел и Министерство государственных имуществ регулировали вопросы управления медициной для гражданского населения. Управлением медицинскими учреждениями военных ведомств занималось Военное министерство.

¹⁰² Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13. С. 34–35.

Появление в Российской империи Врачебного устава благоприятно отразилось на развитии медицинской службы в Степном крае. Фактически в регионе параллельно стала развиваться сеть гражданских медицинских учреждений, подведомственных МВД, и военных медицинских учреждений, подотчетных Военному министерству.

Так, на территории Среднего жуза в результате процесса трансформации системы административно-территориального управления, на смену внешним округам во главе с окружными приказами, стали вводить новые административные единицы – области. В 1854 г. в составе Западно-Сибирского генерал-губернаторства была образована Семипалатинская область во главе с военным губернатором. Согласно ст. 12, раздела I Первой книги Врачебного устава, при Семипалатинском военном губернаторе была введена должность штаб-лекаря, которому передавались права и обязанности инспектора Врачебной управы по гражданской части. Сама же Врачебная управа состояла из инспектора, врача, акушера и ветеринарного врача. Городовые врачи, уездные врачи, повивальные бабки, лекарские ученики и все лица, занимавшиеся медицинской практикой, подчинялись Врачебной управе. В западной части Степного края продолжала функционировать Оренбургская пограничная комиссия. Ст. 87 Врачебного устава подчеркивала ее особый статус в контексте развития медицинской службы в регионе. Согласно данной статье при Оренбургской пограничной комиссии вводилась должность фельдшера и десяти учеников-фельдшеров и оспопрививателей из местного казахского населения, которые проходили подготовку при Оренбургском военном госпитале¹⁰³.

В 1864 г. в Российской империи была проведена Земская реформа¹⁰⁴, в рамках которой предусматривалось создание земской медицины. Главным законодательным актом реформы стало «Положение о губернских и уездных

¹⁰³ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. Т. 13. С. 17.

¹⁰⁴ Положение о губернских и уездных земских учреждениях от 1 января 1864 года. Положение о губернских и уездных земских учреждениях от 1 января 1864 года — Викитека (wikisource.org)

учреждениях»¹⁰⁵, четвертый раздел которого был посвящен принципам устройства организации медицинских учреждений в регионах Российской империи. Функции управления земской медициной в губерниях возлагались на земские управы. Надзор за реализацией различных медико-санитарных мероприятий осуществлялся за счет правительственных административно-врачебных органов губерний, главным образом врачебных отделений под руководством врачебного инспектора. В его обязанности входили ревизия земских лечебных учреждений и контроль действия в сфере организации системы здравоохранения. На уровне всей империи руководство медицинским делом осуществлялось Министерством внутренних дел, которому подчинялись Медицинский департамент, Департамент казенных врачебных заготовлений и Медицинский совет. Главным достижением земской медицины можно считать общедоступность и бесплатность медицины, наличие профилактического направления, деление территории проживания населения на врачебные участки. Съезды земских врачей помогали в решении насущных вопросов, касающихся здоровья граждан. Кроме того, земства расширяли сеть лечебных учреждений по всей Российской империи. Благодаря деятельности земств были открыты и фельдшерские, и акушерские школы, что также благоприятно влияло на развитие медицины в российских губерниях¹⁰⁶. Хотя земства постепенно появлялись на территории Европейской России, однако до сибирских окраин земское управление так и не дошло.

Особенностью формирования системы административно-территориального управления и местного самоуправления в Степном крае являлся тот факт, что Земская реформа здесь во второй половине XIX в. не проводилась. Это было связано с тем, что численность городского населения была незначительной, преобладание кочевого казахского населения исключало

¹⁰⁵ Моллесон И.И. Земская медицина. Казань, 1871.

¹⁰⁶ Захарова Л. Г. Великие реформы в России 1850–1874. М., 2015; Ляшенко Л. М. Царь – Освободитель. Жизнь и деяния Александра II. М., 2014; Христофоров И.А. «Аристократическая» оппозиция Великим реформам, конец 1850-х – середина 1870-х гг. М., 2014; Чистяков О. И. Новицкая Т. Е. Реформы Александра II. М., 2015.

возможность создания как земств, так и земской медицины. Поэтому система здравоохранения в Степных областях не претерпела существенной трансформации и продолжала осуществляться в русле тенденций Врачебного устава 1857 г. Гражданские медицинские учреждения по-прежнему подчинялись Областным правлениям и, соответственно, Министерству внутренних дел. Военные медицинские учреждения (учреждения Сибирского и Оренбургского казачьих войск) – Военному министерству.

Таким образом, на протяжении 20 – середины 60 гг. XIX в. в Степном крае, на территории Младшего и Среднего жузов происходил процесс становления системы медицинской службы. Это было связано с началом широкоформатной интеграции этнорегиона в состав Российской империи. Особенностью данного процесса стал тот факт, что на основании нормативно-правовых актов во вновь созданных административно-территориальных единицах – внешних округах в Среднем жузе и трех частях – Западной, Центральной и Восточной – в Младшем жузе – для гражданского населения начали создаваться и комплектоваться штатом врачей и фельдшеров больницы. Однако целый ряд обстоятельств не позволил в полном объеме развернуть процесс строительства стационарных амбулаторных больниц.

К числу данных обстоятельств следует отнести: незначительное количество оседлого русского населения, преобладание казахского кочевого населения, среди которого господствовали традиционные методы диагностики и лечения заболеваний, отсутствие должного финансирования и кадровая проблема. Существенное влияние на данный процесс оказал и тот факт, что интеграция Степного края в общеимперское пространство в первой половине XIX в. сопровождалась его милитаризацией и укреплением военного потенциала России в данном этнорегионе. В регионе продолжала развиваться сеть оборонительных сооружений. Для поддержания порядка и обеспечения безопасности российской администрации в административные центры Младшего и Среднего жузов направлялись казачьи подразделения. Тем самым

был заложен механизм формирования Сибирского и Оренбургского казачьих войск.

Все это, в конечном итоге, предопределило процесс приостановки дальнейшего развития сети медицинских учреждений для гражданского населения. В конце 30-х гг. XIX в. наметилась тенденция расширения медицинских учреждений военного ведомства – военных госпиталей, доступных и для гражданского населения. Казахское население продолжало игнорировать государственные медицинские центры, продолжая пользоваться услугами традиционных лекарей. Эпидемиологическая ситуация в Степном крае оставалась в целом благоприятной. Основное внимание региональные власти уделяли проблеме вакцинации коренного населения Степного края от оспы. Однако принимаемые в этом направлении усилия приносили несущественные результаты.

Только в 50-е гг. XIX в., в связи с введением в действие Врачебного устава и началом нового витка административных реформ в Степном крае, стали предприниматься новые попытки создания сети медицинских учреждений для гражданского населения региона.

1.2. Военная и гражданская медицина Степного края в конце 60-х – середине 90-х гг. XIX в.: направления развития

В 60-е гг. XIX в. начался второй этап формирования медико-санитарной системы в Степном крае. Его отправной точкой следует считать новую административно-территориальную реформу, проведенную в 1868 г. На основании Временного положения об управлении регионом, в Младшем и Среднем жузах вводилась унифицированная модель территориального устройства и управления – генерал-губернаторство – область – уезд – волость – аул (деревня). Для казахов, находившиеся под юрисдикцией Оренбургской пограничной комиссии, были образованы Уральская и Тургайская области в составе Оренбургского генерал-губернаторства, для казахов Омской пограничной комиссии – Акмолинская и Семипалатинская области Западно-Сибирского генерал-губернаторства¹⁰⁷.

Следует сказать и о трансформации экономической структуры Степного края, которая четко обозначилась в регионе в ходе буржуазных преобразований и, особенно, в пореформенный период. Интеграция Степных областей в экономическое пространство Российской империи, развитие промышленного сектора, внутренней и межрегиональной торговли сопровождались активными процессами урбанизации¹⁰⁸. Появление значительного количества новых городов в Степном крае во второй половине XIX в. требовало решения задач их благоустройства, в том числе в медико-санитарном смысле.

Развитие медико-санитарной службы во вновь созданных степных областях в 60–90-е гг. XIX в. определялось еще одним важным фактором. После отмены крепостного права в России в 1861 г. началось переселение крестьян в азиатскую часть империи. После выплаты выкупного платежа или получения

¹⁰⁷ Временное положение об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской. СПб., 1883. С. 11.

¹⁰⁸ Лысенко Ю. А., Анисимова И. В., Тарасова Е. В., Стурова М. В. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизм реализации (XIX – начало XX в.).

паспорта для отхода на сторонние заработки у крестьян появлялась возможность как легально, так и нелегально переселяться в малонаселенные районы Сибири, Дальнего Востока и Степного края. Активность переселенческого движения менялась год от года. Это зависело от событий, которые происходили в 1880–1910-х гг.: массовые народные волнения, изменение политики государства в отношении крестьян, выдающиеся события в области экономики Российской империи¹⁰⁹. Одной из причин спада активности переселенческого движения до 1880-х гг. было действующее уголовное законодательство. Бывшие крепостные согласно ст. 1181–1205 «Уложения о наказаниях уголовных и исправительных» подвергались уголовному преследованию не только при самовольном переселении, но и при подготовке к нему. Государство опасалось потерять дешевую рабочую силу, поэтому не давало развиваться переселенческому движению в полной мере¹¹⁰. К середине 1870-х гг. количество самовольных переселенцев резко возросло, что поставило на повестку дня вопрос о необходимости государственного регулирования переселенческого движения и финансовой поддержки переселенцев. В июле 1881 г. были приняты «Временные правила о переселении крестьян на свободные казенные земли»¹¹¹ и «Временные правила по переселению в киргизские степи сельских обывателей»¹¹². Данными законодательными актами предусматривалась финансовая и материальная поддержка переселенцев, решалась проблема землеустройства крестьян на

¹⁰⁹ Переселение и землеустройство за Уралом в 1911 г. СПб., 1911; Исаев А. А. Переселенческое дело с начала 80-х годов. СПб., 1895; Кауфман А. А. Переселение и колонизация. СПб., 1905; Кирьяков В. В. Очерки по истории переселенческого движения в Сибирь. М., 1902.

¹¹⁰ Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. СПб., 1845.

¹¹¹ О добровольном переселении сельских обывателей и мещан на казенные земли: Закон от 13.07.1889 // Полное собрание законов Российской империи. Собр. 3. СПб., 1889. Т. 9. С. 619.

¹¹² Анфимов А. М. Крестьянское земельное право в пореформенной России // Социально-политическое и правовое положение крестьянства в дореволюционной России. Воронеж, 1983. С. 208–220.

местах водворения – они получали 30 десятин земли на душу мужского пола¹¹³. Все это стимулировало рост переселенческого движения в Степной край, что, в свою очередь, приводило к росту численности оседлого населения.

Крестьянское переселение коренным образом изменило социально-экономическую ситуацию в Степном крае. В структуре аграрного производства началось формирование земледельческой отрасли, связанной с зерновым производством. В крае стала развиваться сеть стационарных поселков с оседлым переселенческим населением. Кардинально изменилась и эпидемиологическая ситуация – переселенцы привезли с собой новый набор заболеваний, которые ранее в регионе не были известны или слабо распространены.

Главным заболеванием, уносившим жизни как коренного кочевого, так и переселенческого населения, оставалась оспа. Причиной высокой заболеваемости являлась антисанитарная обстановка и нежелание населения прививаться против оспы¹¹⁴. Не менее сложной на протяжении 70–90-х гг. XIX в. оставалась эпидемиологическая ситуация в Семипалатинском, Усть-Каменогорском и Каркаралинском уездах Семипалатинской области. Здесь также была распространена оспа, которая поражала преимущественно детей до 12 лет. Эпидемия имела значительную степень распространения и большую смертность. В 1879 г. в военном гарнизоне Усть-Каменогорского уезда произошла эпидемия лихорадки. Этой болезни подверглось 50,9% всего состава нижних чинов этой команды¹¹⁵. Причинами ежегодного появления лихорадки в Усть-Каменогорском уезде являлись особенности природного ландшафта региона. Низменная местность, в которой находился Усть-Каменогорск, а также близкое расположение слияния двух рек, близость уровня подпочвенной воды и болот, гниение органических веществ, оставляемых сильными разливами

¹¹³ Власова А.И. Медицинское обеспечение крестьян-переселенцев по пути следования железнодорожным и водным транспортом в Степной край в 1890–1910-х гг // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета : электронный научный журнал (online), 2021. №3 (39) С. 124.

¹¹⁴ Обзор Акмолинской области за 1881 г. Омск, 1882. С. 30.

¹¹⁵ Обзор Семипалатинской области за 1879 г. Семипалатинск, 1880. С. 25.

Иртыша и Ульбы в весеннее и теплое время года – все эти факторы благоприятствовали развитию эпидемии. Разливы Иртыша весной являлись главной причиной возникновения лихорадки и для населения Семипалатинска и Павлодара. Новым видом заболеваний в областях Степного края стал тиф и тифозная лихорадка, которые сюда были завезены переселенцами или военными подразделениями, перемещёнными сюда для укрепления обороноспособности Сибирского казачьего войска. Так, тиф и тифозная лихорадка появились в 1-ом батальоне Сибирского казачьего войска из-за завоза «болезни новопривывшими Красноуфимскими новобранцами, а потом проходившими Туркестанскими новобранцами». Появление тифа в Семипалатинске среди войск, по наблюдениям, всегда являлось завозным, так как «местность этого города почти не представляла условий к самостоятельному появлению этой болезни»¹¹⁶. Развитию тифа способствовали «неопрятное содержание жилища, а также употребление в пищу непригодной воды и несвежих продуктов» крестьянами-переселенцами и казаками.

Вся совокупность данных тенденций предопределила развитие в 60–90-е гг. XIX в. системы медицинского обслуживания населения в областях Степного края. В условиях отсутствия земств, организация медико-санитарной службы в Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской областях возлагалась на региональные органы государственной власти – областные правления. На основании Врачебного устава 1857 г. во Временном положении об управлении регионом был зафиксирован ряд статей, характеризующих систему медико-санитарной службы и механизмы управления ею. Так, параграфами 52–57 предусматривалось создание областных Врачебных управ и введение должности областных докторов (по одному в области), на которых возлагались права и обязанности губернских врачебных инспекторов. В функции губернского врачебного инспектора входил надзор за больничными заведениями гражданского ведомства. Все врачи, как служащие, так и вольнопрактикующие, были обязаны представлять Врачебной управе

¹¹⁶ Обзор Семипалатинской области за 1879 г. Семипалатинск, 1880. С. 25.

ежемесячные ведомости о больных, находившихся в больницах, и отдельно о больных, обратившихся к частной практике¹¹⁷.

Для оказания медицинской помощи населению в каждом уезде учреждались должности уездного врача, фельдшера и повивальной бабки, обязанности которых определялись Врачебным уставом. Кроме них, в штате медработников числились оспенные ученики и аптечные помощники. Весь медицинский персонал делился на уездный, городской и казачий.

Поскольку большая часть населения Оренбургского и Западно-Сибирского генерал-губернаторств составляло кочевое население, то необходимо было уделить должное внимание данной особенности региона. В обязанности уездного врача входила функция надзора за здоровьем кочевников. Уездный врач должен был ежегодно объезжать уезд и оказывать безвозмездную медицинскую помощь в аулах. Также кочевники имели исключительное право на лечение во всех лечебных заведениях Степных областей (как гражданского, так и военного ведомства). Расходы за оплату лечения несостоятельных больных выделялись из особых сумм областных правлений¹¹⁸.

Стационарная врачебная помощь с амбулаторным приемом и небольшой лечебницей получила развитие в областных и уездных центрах Степного края. Однако темпы этого развития оставались крайне медленными на протяжении всего периода конца 60–90-х гг. XIX в. Это было связано с тем, что до 1880-х гг. большой необходимости в амбулаторном лечении на территории региона не было. Темпы крестьянского переселения в Акмолинскую, Семипалатинскую, Тургайскую области пока оставались незначительными. Коренное казахское население редко обращалось за помощью к квалифицированным врачам, тем более «не имело никакого желания к госпитализации, так как в этом случае необходимо было приостанавливать процесс кочевания». К тому же, по мнению кочевников, «пребывание в больнице имело вредное влияние на состояние

¹¹⁷ Временное положение об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской. СПб., 1883. С. 11.

¹¹⁸ Там же.

организма и духа больного». Только в редчайших случаях, когда существовала угроза здоровью, больной мог оставить свою кибитку и обратиться в государственное медицинское учреждение за квалифицированной помощью. Военное население имело возможность получить медицинскую помощь в военных лазаретах, число которых было намного больше, чем аналогичных заведений гражданского ведомства¹¹⁹.

Параллельно с гражданской медициной в Степном крае продолжала развиваться сеть медицинских учреждений Уральского и Сибирского казачьих войск, подконтрольных Военному министерству.

5 марта 1861 г. было принято новое Положение о Сибирском казачьем войске. Штат его определялся в 12 конных полков, каждый шестисотенного состава, три пеших полубатальона и одну конно-артиллерийскую бригаду (три батареи по 8 орудий в каждой). Полки дислоцировались: 1-й – в Кокчетаве, 2-й – в Атбасаре, 3-й – в Пресновской станице, 4-й – в Петропавловске, 5-й – в Николаевской станице, 6-й – в Омске, 7-й – в Коряковском укреплении, 8-й – в Семипалатинске, 9-й – в Усть-Каменогорске, 10-й – в Копале, 11-й – в Тобольске, 12-й – в Томске. Сотни этих полков располагались в станицах на линии и в степных поселениях. Помимо существовавших крепостей и укреплений возникли новые казачьи станицы и поселения, а от Иртыша к Жетысу вытянулась цепь укреплений и станиц – Аягузское, Урджарская, Капальская и Лепсинская. В 1866 г. в составе войска насчитывалось 168 поселений: 35 станиц, 132 разных поселка и один пикет, общая численность населения – 15672 чел.¹²⁰

С введением в октябре 1868 г. нового административно-территориального управления земли 1, 2, 3, 4, 5 и части 6-го полковых округов вошли в состав вновь образованной Акмолинской, земли части 6-го, а также 7 и 8-го полков – Семипалатинской области (9 и 10-й полки вошли в состав нового

¹¹⁹ Обзор Тургайской области за 1870 г. Оренбург, 1871. С. 33.

¹²⁰ Абдиров М. Завоевание Казахстана царской Россией. Алматы, 2000. URL: bibliotekar.kz (дата обращения: 20.02.2023).

Семиреченского казачьего войска). Войско находилось в подчинении генерал-губернатора Западной Сибири и командующего войсками Западно-Сибирского военного округа. Военные губернаторы двух областей имели права наказных атаманов, а в 1869 г. в этих областях созданы военные отделы во главе с атаманами отделов.

В 1868 г. территория Уральского казачьего войска вошла в состав вновь созданной Уральской области, военной губернатор которой являлся одновременно и наказным атаманом войска, и командующим войсками области. К этому периоду в составе войска насчитывалось 12 полков. В 1869 г. Сакмарская станица была передана в Оренбургское казачье войско, таким образом, число выставляемых уральских полков сократилось до 11. Численность войска в эти годы составила около 75000 человек.

В 1862 г. в Российской империи была проведена реформа вооруженных сил, в рамках которой территория государства была разделена на несколько военных округов, в каждом из них учреждались военно-окружные управления. Параллельно с созданием военных округов началось формирование окружных военно-медицинских управлений во главе с окружным военно-медицинским инспектором. Одновременно также была введена должность окружного инспектора госпиталей¹²¹.

В русле реализации реформы территория казачьих войск Степного края вошла в состав Западно-Сибирского военного округа и была разделена на военно-медицинские округа. Так, территория Сибирского казачьего войска в конце 60-х гг. XIX в. была разделена на 8 медицинских округов (по 12–15 тыс. чел.), каждым из которых заведовал участковый врач. Участковым врачам подчинялись военные фельдшеры, часть из которых работала в медицинских округах, а остальные могли находиться на службе в полевых войсках¹²². Из-за нехватки медицинского персонала военного ведомства в Сибирском казачьем

¹²¹ Гладких П. Ф. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения сухопутных войск России. СПб., 1997.

¹²² Усов Ф. Статистические описания Сибирского казачьего войска. СПб., 1879. С. 165.

войске должности врачей занимало много приглашенных иностранцев¹²³. К 1870 г. количество врачей Сибирского казачьего войска увеличилось с 8 до 11. В их обязанности входил целый перечень услуг: оказание медицинской помощи нижним воинским чинам, штаб- и обер-офицерам и членам их семей, принятие предупредительных мер «для сдерживания распространения болезней среди солдат и привитие предохранительной оспы»¹²⁴.

Численность стационарных медицинских учреждений, как гражданских, так и военных, в областях Степного края возможно реконструировать прежде всего по обзорам областей, являвшихся частью ежегодных всеподданнейших отчетов военных губернаторов. Так, на территории Акмолинской области в 80-е гг. XIX в. функционировали: в Омске – одна больница на 20 кроватей, военный госпиталь, насчитывавший 250 койко-мест. Воинские чины также получали медицинскую помощь в лазарете Петропавловска на 16 кроватей и военном госпитале на 40 мест в Акмолинске. Несколько лазаретов действовало в станицах Сибирского казачьего войска: в станице Кокчетавской один лазарет на 8 кроватей, в станице Пресногорьевская – лазарет на 12 кроватей, в станице Атбасарской – лазаретное отделение на 4 койки, в станице Николаевской – лазаретное отделение на 6 кроватей¹²⁵.

Таблица 1

Медицинские учреждения в Акмолинской области

в 1870–1897 гг.¹²⁶

Населенный пункт	1870 г.	1890 г.	1897 г.
Омский уезд	1. Городская больница 2. Военный лазарет	1. Городская больница 2. Военный госпиталь	1. Городская больница 2. Военный госпиталь 3. Областная больница для душевнобольных 4. Тюремная больница

¹²³ Колупаев Д.В. Здравоохранение в поселениях сибирского казачества во второй половине XIX в. // Известия Алтайского гос. ун-та. 2008. № 4–5 (60). С. 2.

¹²⁴ Усов Ф. Статистические описания Сибирского казачьего войска. С. 169.

¹²⁵ Обзор Акмолинской области за 1870 г. Омск, 1871. С. 53.

¹²⁶ Составлено по: Обзор Акмолинской области за 1870 г. Омск, 1871. С. 47–48; Обзор Акмолинской области за 1890 г. Омск, 1891. С. 37; Обзор Акмолинской области за 1897 г. Омск, 1898. С. 83.

Кокчетавский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Уездная больница	1. Военный лазарет 2. Уездная больница
Станица Пресногорская	1. Военный лазарет		
Атбасарский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Приемный покой	1. Военный лазарет 2. Приемный покой
Петропавловский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Городская больница	1. Военный лазарет 2. Городская больница 3. Тюремная больница
Акмолинский уезд	1. Военный полугоспиталь	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет
Итого медицинских учреждений МВД	1	4	7.
Итого медицинских учреждений Военного министерства	6	5	5

Из данных таблицы 1 следует, что медицинские учреждения Акмолинской области в начале 1870-х гг. были представлены в основном учреждениями Военного министерства – военными лазаретами в уездах области. В 1890-е гг. с усилением переселенческого движения возникла потребность в открытии медицинских учреждений для гражданского населения – к 1897 г. они численно стали преобладать. В Омске появилась областная больница для душевнобольных, тюремные больницы были открыты в Омске и Петропавловске. Численность военных лазаретов сократилась на один медицинский пункт, так как был закрыт Пресногорский военный лазарет.

Из данных таблицы 2 видно, что к 1870 г. на территории Семипалатинской области существовали медицинские учреждения только военного ведомства. Из-за отсутствия необходимости, медицинские учреждения гражданского ведомства не были открыты в области в этот период.

Медицинские учреждения Семипалатинской области в 70–90-е гг. XIX в.¹²⁷

Населенный пункт	1870 г.	1880 г.	1890 г.	1897 г.
Семипалатинский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Семипалатинская городская больница	1. Военный лазарет 2. Городская больница	1. Военный лазарет 2. Городская больница 3. Областная больница для душевнобольных 4. Городская амбулаторная лечебница 5. Уездная амбулаторная лечебница
Павлодарский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Специальный приемный покой для кочевого населения	1. Военный лазарет 2. Специальный приемный покой для кочевого населения 3. Городской приемный покой
Каркаралинский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет, 2. Специальный приемный покой для кочевого населения	1. Военный лазарет 2. Специальный приемный покой для кочевого населения
Усть-Каменогорский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Городская больница	1. Военный лазарет 2. Городская больница
г. Зайсан	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Специальный приемный покой для кочевого населения	1. Военный лазарет 2. Специальный приемный покой для кочевого населения
г. Кокпекты	0	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет.	? ¹²⁸
г. Катон-Карагай	0	1. Приемный покой	?	?
Итого медицинских учреждений МВД	0	2	5	9
Итого медицинских учреждений Военного министерства	5	6	6	5

¹²⁷ Составлено по: Обзор Семипалатинской области за 1870 г. Семипалатинск, 1871. С. 12–13; Обзор Семипалатинской области за 1880 г. Семипалатинск, 1881. С. 29–30; Обзор Семипалатинской области за 1890 г. Семипалатинск, 1891. С.83–84; Обзор Семипалатинской области за 1897 г. Семипалатинск, 1898. С.62.

¹²⁸ Данные в обзорах не найдены.

Однако уже к 1880 г., с увеличением переселенческих потоков, возникла потребность в открытии таких лечебных заведений. Согласно данным таблицы 2, в 1880 г. в Семипалатинской области появились два медицинских учреждения для гражданского населения – областная больница в Семипалатинске и приемный покой в Катай-Карагае. Таким образом, в 1880-х гг. медицинскую помощь возможно было получить как военным, так и гражданскому населению в соответствующих медицинских учреждениях своего ведомства. В 1890 г. в трех уездах области появились принципиально новые лечебные учреждения – специальные приемные покои для кочевого населения. Это свидетельствует о повышении интереса и доверия к квалифицированной медицинской помощи у казахов-кочевников. Кроме того, к 1890 г. была открыта еще одна больница для гражданского населения в Усть-Каменогорске. К 1897 г. количество медицинских учреждений гражданского ведомства Семипалатинской области почти в два раза превысило количество лечебных заведений военного ведомства. Так, в конце XIX в. было открыты специальное лечебное учреждение для душевнобольных Семипалатинской области в Семипалатинске, уездная больница в Семипалатинском уезде и новый городской приемный покой в Павлодаре. Как и в Акмолинской области, наблюдался рост количества медицинских учреждений гражданского ведомства, что в свою очередь говорит о высокой потребности местного населения в получении медицинской помощи.

В Семипалатинске в 70–90-х гг. XIX в. насчитывалось 7 стационарных лечебных заведений. Больных гражданского ведомства принимала одна больница в Семипалатинске, вместимостью 12 койко-мест. При ней располагалась бесплатная лечебница для бедных больных. Военные чины обслуживались в военных лазаретах, которые функционировали в следующих населенных пунктах: лазарет 1-го батальона в Семипалатинске устроен на 5 кроватей; лазарет в Усть-Каменогорске при местной команде устроен на 22 кровати; лазарет в Зайсанском пограничном посту – на 12 кроватей; в Каркаралинске при местной команде на 14 кроватей; лазаретное отделение в

Катон-Карагае. По данным обзоров Семипалатинской области, военные лазареты принимали на лечение и гражданское население¹²⁹.

К моменту образования Уральской области в 1868 г. медицинскую помощь военное и гражданское население могло получить только в лазарете Уральского городского острога, в расположении которого насчитывалось 10 кроватей, и в войсковой больнице на 40 кроватей. В них работали 14 врачей, 19 фельдшеров и три акушерки¹³⁰. К 1881 г. гражданское и военное население могли получить амбулаторную помощь в следующих больницах и лазаретах: 1) двух больницах Уральского казачьего войска, содержавшихся за счет военного капитала войска. Одна из этих больниц находилась в Уральске и вмещала до 100 пациентов одновременно, включая отделение для душевнобольных на 10 кроватей в отдельном доме. Вторая больница в г. Гурьеве – на 25 пациентов; 2) военный лазарет Второго Оренбургского линейного батальона на 20 кроватей в г. Уральске, содержавшийся за счет казны; 3) отделение этого же лазарета при 2-й роте того же батальона в г. Калмыкове на 8 кроватей; 4) военный лазарет конного полка №1 Уральского казачьего войска на 36 кроватей, содержавшийся за счет казны; 5) три военных лазарета в Темирском, Уильском и Нижне-Эмбенском укреплениях на 25 кроватей каждый; 6) два приемных покоя, содержавшиеся за счет казны, в Уральске на 4 кровати и в Гурьеве на 2 кровати; 7) больница при Уральской тюрьме на 10 кроватей¹³¹. К 1880 г. лечебных заведений гражданского ведомства в Уральской области по-прежнему не было. Местное население, нуждающееся в лечении, получало медицинскую помощь либо в военных лазаретах Уральского казачьего войска, либо в больницах соседних губерний и областей¹³².

¹²⁹ Обзор Семипалатинской области за 1881 г. Семипалатинск, 1882. С. 56.

¹³⁰ Обзор Уральской области за 1869 г. Уральск, 1868.

¹³¹ Обзор Уральской области за 1881 г. Уральск, 1882. С. 12.

¹³² Обзор Уральской области за 1880 г. Уральск, 1881. С. 24.

Таблица 3

Медицинские учреждения Уральской области в 70–90-е гг. XIX в.¹³³

Населенный пункт	1870 г.	1880 г.	1890 г.	1897 г.
г. Уральск	1. Войсковая больница	1. Войсковая больница с отделением для душевнобольных 2. Войсковой приемный покой 3. Тюремная больница	1. Войсковая больница с отделением для душевнобольных 2. Войсковой приемный покой 3. Военный лазарет 4. Тюремная больница	1. Войсковая больница с отделением для душевнобольных 2. Войсковой приемный покой 3. Тюремная больница 4. Общественная больница для кочевого населения 5. Лечебница для приходящих больных всех званий 6. Приемное отделение для рожениц всех званий 7. Приемный покой при Уральской женской гимназии
г. Гурьев	1. Войсковая больница	1. Войсковая больница	1. Войсковая больница 2. Войсковой приемный покой	1. Войсковая больница 2. Войсковой приемный покой
Калмыковский уезд	0	0	1. Приемный покой 2. Войсковой приемный покой	1. Войсковой приемный покой 2. Тюремный приемный покой
г. Илек	0	0	0	1. Войсковой приемный покой
Уильское укрепление	0	1. Военный лазарет	1. Войсковой лазарет	1. Войсковой лазарет
Темирское укрепление	0	1. Военный лазарет	1. Войсковой лазарет	1. Войсковой приемный покой 2. Гражданский приемный покой
Нижне-Эмбенское укрепление	0	1. Военный лазарет	0	0
Рязанско-Уральская ж.д.	0	0	0	1. Два приемных покоя Общества Рязанско-Уральской ж.д.
Итого медицинских	0	2	2	7

¹³³ Составлено по: Обзор Уральской области за 1870 г. Уральск, 1871. С. 33; Обзор Уральской области за 1880 г. Уральск, 1881. С. 8; Обзор Уральской области за 1890 г. Уральск, 1891. С. 7; Обзор Уральской области за 1897 г. Уральск, 1898. С. 23. Знак «0» – данные не найдены.

учреждений МВД				
Итого медицинских учреждений Военного министерства	2	6	8	8
Итого медицинских учреждений Управления железных дорого	0	0	0	2

Из данных таблицы 3 можно увидеть, что в 1870 г. медицинскую помощь на территории Уральской области можно было получить только в двух медицинских учреждениях военного ведомства. В 1880 г. произошел рост медицинских учреждений, как для военного, так и для гражданского населения. К 1890 г. развитие сети медицинских учреждений шло по пути военного ведомства: были открыты два войсковых приемных покоя в Гурьеве и в Калмыковском уезде. Однако к 1897 г. ситуация кардинально изменилась. Количество медицинских учреждений гражданского и военного ведомств стало практически равным. Для кочевого населения области было открыто специальное лечебное учреждение в Уральске. Появились узкоспециализированные больницы: отделение для рожениц и приемный покой при Уральской женской гимназии. Кроме того, общественные организации также внесли вклад в развитие медико-санитарной службы Уральской области, открыв на собственные средства два приемных покоя.

В начале 1870-х гг. на территории Тургайской области было открыто одно лечебное учреждение для гражданского населения. Кочевники-казахи, как следует из отчетов региональной администрации, неохотно обращались за помощью к квалифицированным врачам, тем более не имели никакого желания к госпитализации, так как при этом пришлось приостанавливать процесс кочевания. В случае необходимости кочевники помещались в больницы соседних губерний или же в степные лазареты. Из данных таблицы 4 видно, что на протяжении 20 лет сеть больничных заведений практически не расширялась.

Лечебные учреждения Тургайской области за 1870–1897 гг.¹³⁴

Населенный пункт	1870 г.	1880 г.	1891 г.	1896 г.
г. Оренбург	1. Военный госпиталь 2. Городская общественная больница	? ¹³⁵	?	?
Актюбинский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет.	1. Военный лазарет
Кустанайский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Гражданский приемный покой	1. Военный лазарет 2. Гражданский приемный покой
Тургайский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Временный лазарет для кочевого населения	1. Военный лазарет 2. Гражданский приемный покой	1. Военный лазарет 2. Гражданский приемный покой
Иргизский уезд	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет	1. Военный лазарет 2. Гражданский приемный покой	1. Военный лазарет 2. Гражданский приемный покой
Итого медицинских учреждений МВД	1	1	3	3
Итого медицинских учреждений Военного министерства	5	5	4	4

Из данных таблицы 4 следует, что за период с 1870 по 1897 г. в Тургайской области преобладали медицинские заведения военного ведомства. Гражданское население области медицинскую помощь могло получить в приемных покоях Кустанайского, Тургайского и Иргизского уездов. Это свидетельствует о малой потребности местного населения в квалифицированной помощи. Специальных медицинских учреждений для душевнобольных, как и узконаправленных

¹³⁴ Обзор Тургайской области за 1870 г. Оренбург, 1871; Обзор Тургайской области за 1880 г. Оренбург, 1881; Обзор Тургайской области за 1891 г. Оренбург, 1892; Обзор Тургайской области за 1896 г. Оренбург, 1897.

¹³⁵ Данные в обзорах не найдены.

отделений, в области не существовало. Все нуждающиеся обращались за помощью в лечебные учреждения соседних областей.

Медленными темпами увеличивалась численность медицинского персонала в медицинских учреждениях Степного края. Так, в Акмолинской области в 1870 г. насчитывалось 9 врачей, из которых пятеро были военными участковыми, двое – гражданскими уездными врачами и один городской врач¹³⁶. Однако уже к концу 1881 г. состав медицинского персонала области был увеличен. Помощь населению оказывали 108 специалистов, среди которых четыре участковых, пять уездных врачей, два городских, четыре казачьих, два городских фельдшера, 16 казачьих медицинских фельдшеров и 22 оспенных ученика¹³⁷.

Таблица 5

Количественный состав медицинского персонала Акмолинской области в 70–90-е гг. XIX в.¹³⁸

Специалисты	1870 г.	1881 г.	1890 г.	1897 г.
Врачи	Военного ведомства: 5 Гражданского ведомства: 4	Военного ведомства: 22 Гражданского ведомства: 7	Военного ведомства: 5 Гражданского ведомства: 8	Военного ведомства: 5 Гражданского ведомства: 13
Фельдшеры	Военного ведомства: 24 Гражданского ведомства: 9	Военного ведомства: 50 Гражданского ведомства: 7	Военного ведомства: 25 Гражданского ведомства: 24	Военного ведомства: 10 Гражданского ведомства: 28
Оспопрививатели	32	22	59	59
Акушерки	8	? ¹³⁹	8	7
Вольнопрактикующие	0	?	5	?
Итого	82	108	134	122

Таким образом, данные таблицы 5 свидетельствуют о том, что за период с 1870 по 1897 г. произошел рост численности медицинского персонала в 2,5 раза. Увеличивались все категории медицинского персонала. Появлялись новые

¹³⁶ Обзор Акмолинской области за 1870 г. Омск, 1871. С. 52.

¹³⁷ Обзор Акмолинской области за 1881 г. Омск, 1882. С. 29.

¹³⁸ Составлено по: Обзор Акмолинской области за 1870 г. С. 46; Обзор Акмолинской области за 1890 г. Омск, 1891. С. 36; Обзор Акмолинской области за 1897 г. Омск, 1898. С. 82.

¹³⁹ Данные в обзорах не найдены.

специальности – вольнопрактикующие врачи. Исходя из данных таблицы, в 1870-х гг. преобладал медицинский персонал военного ведомства. Однако к концу периода в 1897 г. медицинского персонала военного ведомства стало меньше, чем гражданского. Рост числа оспопрививателей также свидетельствует об успешности процесса оспопрививания в Акмолинской области.

Следует отметить, что к концу второго этапа развития медицинской службы в Степном крае, в Акмолинской области обеспечено медицинской помощью было только население Омска. Это было связано с тем, что город являлся динамично развивающимся административным центром Степного генерал-губернаторства. Здесь, кроме городского врача, медицинские услуги населению оказывали еще около 20 врачей, работавших при военном госпитале, военно-учебных и других учреждениях¹⁴⁰.

Таблица 6

Количественный состав медицинского персонала
Семипалатинской области в 70–90-е гг. XIX в.¹⁴¹

Специалисты	1870	1880	1890	1897
Врачи	Военного ведомства: 11 Гражданского ведомства: 5	Военного ведомства: 10 Гражданского ведомства: 5	Военного ведомства: 13 Гражданского ведомства: 5	Военного ведомства: 10 Гражданского ведомства: 6
Фельдшеры	Военного ведомства: 5 Гражданского ведомства: 5	Военного ведомства: 28 Гражданского ведомства: 10	Военного ведомства: 45 Гражданского ведомства: 26	Военного ведомства: 25 Гражданского ведомства: 30
Оспопрививатели	? ¹⁴²	?	70	36
Вольнопрактикующие	?	?	1	36
Акушерки	6	7	18	11
Итого	32	60	178	154

Данные таблицы 6 свидетельствуют о том, что за период с 1870 по 1897 г. произошел количественный рост медицинского персонала военного и

¹⁴⁰ Обзор Акмолинской области за 1881 г. С. 34.

¹⁴¹ Составлено по: Обзор Семипалатинской области за 1870 г. Семипалатинск, 1871. С. 11; Обзор Семипалатинской области за 1880 г. Семипалатинск, 1881. С. 28; Обзор Семипалатинской области за 1890 г. Семипалатинск, 1891. С. 82; Обзор Семипалатинской области за 1897 г. Семипалатинск, 1898. С. 61.

¹⁴² Данные в обзорах не найдены.

гражданских ведомств в 3,8 раза. Благодаря данным таблицы 6 можно говорить о появлении в Степном крае в 90-е гг. XIX в. частной медицинской практики. Однако, с другой стороны, численность врачей гражданского ведомства не превышала численности врачей военного ведомства. Такие данные говорят о слабом темпе развития медицинского обеспечения для гражданского населения. Количество оспопрививателей Семипалатинской области по сравнению с Акмолинской области в 1890 г. было больше в два раза. Это говорит о большем доверии местного населения к данной процедуре.

Таблица 7

Количественный состав медицинского персонала
Уральской области в 70–90-е гг. XIX в.¹⁴³

Специалисты	1870 г.	1880 г.	1890 г.	1897 г.
Врачи	Военного ведомства: 5 Гражданского ведомства: 3	Военного ведомства: 15 Гражданского ведомства: 5	Военного ведомства: 14 Гражданского ведомства: 5	Военного ведомства: 15 Гражданского ведомства: 12
Фельдшеры	? ¹⁴⁴	?	Военного ведомства: 10	Военного ведомства: 10 Гражданского ведомства: 4
Акушерки	?	4	8	9
Вольнопрактикующие	0	?	?	2
Итого	8	24	37	52

Как видно из данных таблицы 7, медицинский персонал в Уральской области постепенно увеличивался. В первые годы врачебный персонал был представлен областным врачом, уездными врачами, заведующим Уральской больницей, ординатором и двумя младшими войсковыми врачами. Однако уже к 1897 г. специализация врачей была расширена. Штат медицинского персонала гражданского ведомства состоял из областного врачебного инспектора, уральского городского врача, уездных врачей, заведующего киргизской врачебной больницей, женщины-врача, заведующей женским отделением,

¹⁴³ Составлено по: Обзор Уральской области за 1870 г. Уральск, 1871. С. 32; Обзор Уральской области за 1880 г. Уральск, 1881. С. 8; Обзор Уральской области за 1890 г. Уральск, 1891. С. 7; Обзор Уральской области за 1897 г. Уральск, 1898. С. 23.

¹⁴⁴ Данные в обзорах не найдены.

сельского врача, командированного врача для борьбы с дифтеритом, женщины-врача при женской гимназии и врача участка Рязано-Уральской железной дороги¹⁴⁵. Врачей военного ведомства по сравнению с гражданским ведомством было больше: войсковой врач, главный врач и два ординатора Уральской войсковой больницы, старший врач Уильского лазарета, три врача, командированных для усиления местного персонала. Таким образом, из таблицы 7 видно, что в Уральской области за период с 1870 по 1897 г. произошел количественный рост медицинского персонала в 6,5 раз. Однако медицинский персонал увеличивался в больше мере по линии Военного министерства.

Наиболее сложная кадровая проблема в медико-санитарной службе складывалась на территории Тургайской области. В 1870-х гг. в регионе числился один областной врач, который, помимо своих прямых обязанностей административного характера, был еще наделен правами врачебного инспектора. В каждом уезде медицинский персонал был представлен одним врачом, одним фельдшером и одной акушерской. Таким образом, в области насчитывалось 13 врачей¹⁴⁶. К 1880 г. ситуация не изменилась. Причиной такого явления стало ограниченное содержание уездных врачей в отдаленных пунктах Иргиз и Тургай, а также неблагоприятные условия службы в этих местах. Из-за обширности пространства уездов, разбросанности и подвижности населения, недостатка ассигнуемых врачам на разъезды средств деятельность уездных врачей сводилась преимущественно к исполнению судебно-медицинских исследований, а собственно медицинская помощь ограничивалась случайными приемами при поездках, а также только тем больным, которые являлись к врачам в места их постоянного пребывания¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Обзор Уральской области за 1897 г. Уральск, 1898. С. 22.

¹⁴⁶ Обзор Тургайской области за 1870 г. Оренбург, 1871. С.31.

¹⁴⁷ Обзор Тургайской области за 1880 г. Оренбург, 1881. С. 23.

Количественный состав медицинского персонала
Тургайской области за 1870–1897 гг.¹⁴⁸

Специалисты	1870 г.	1880 г.	1891 г.	1896 г.
Врачи	Гражданского ведомства: 5	Гражданского ведомства: 5	Гражданского ведомства: 5 Военного ведомства: 5	Гражданского ведомства: 6 Военного ведомства: 5
Фельдшеры	Гражданского ведомства: 4	Гражданского ведомства: 4	Гражданского ведомства: 7 Военного ведомства: 6	Гражданского ведомства: 23 Военного ведомства: 6
Повивальные бабки	4	4	4	8
Оспопрививатели	? ¹⁴⁹	?	31	75
Итого	13	13	58	123

Данные таблицы 8 свидетельствуют, что в Тургайской области 1897 г. штат медицинского персонала области увеличился в 9,4 раза по сравнению с 1870 г., главным образом за счет медицинского персонала гражданского ведомства. В отличие от остальных областей Степного края, в Уральской области за период с 1870 по 1897 г. не появилось вольнопрактикующих врачей, а также специализированных медицинских учреждений.

Ситуацию в кадровой политике не улучшило Степное положение от 25 марта 1891 г. Согласно пункту 45 в каждом уезде на службе должны состоять: уездный врач, по одному фельдшеру с жалованьем до 300 руб. и повивальная бабка, содержание которой во всех уездах назначено в одинаковом размере – по 500 руб. в год. Таким образом, данная статья закрепляла ситуацию в области обеспечения медицинским персоналом, сложившуюся с момента принятия Временного положения 1868 г.

Лекарственное обеспечение населения являлось составной частью развития медико-санитарной системы в Степном крае. По Временному положению 1868 гг. в каждом уезде предусматривалось создание

¹⁴⁸ Обзор Тургайской области за 1870 г. Оренбург, 1871; Обзор Тургайской области за 1880 г. Оренбург, 1881; Обзор Тургайской области за 1891 г. Оренбург, 1892; Обзор Тургайской области за 1896 г. Оренбург, 1897.

¹⁴⁹ Данные в обзорах не найдены.

государственных уездных аптек. Однако развитие сети аптек шло чрезвычайно медленно, и к 1875 г. на всей территории Степного края было всего 6 аптек – в Уральске, Семипалатинске и Петропавловске. Таким образом, на одну аптеку приходилось 248,8 тыс. населения¹⁵⁰.

Как свидетельствуют источники, на протяжении 70–90-х гг. XIX в. численность аптек росла медленными темпами, поступление лекарственных препаратов не удовлетворяло запросы населения. В условиях нехватки аптечных пунктов раздача медикаментов проводилась врачами или фельдшерами. В местах расположения военных госпиталей русское население получало лекарства из аптек лазаретов, а в уездах населению оказывали лекарственную помощь аптеки при приемных покоях.

Открытие новых аптек в значительной мере тормозилось из-за отсутствия фармацевтов. В конце 1880-х гг. на территории Степного края работало всего три фармацевта, в остальных аптеках работали врачи или предприниматели. Количество фармацевтов росло чрезвычайно медленно, увеличиваясь ежегодно в среднем на 2–3 человека. В 1890 г. их было 8, в 1895 г. – 17, в 1900 г. – 26.

С увеличением населения городов, со второй половины XIX в., были открыты аптеки для платного отпуска лекарств населению в Семипалатинске и Петропавловске. Однако эта мера не повлияла на ситуацию. К концу XIX в. количество частных аптек составляло 18. Исходя их общей численности населения Степного края, выявленной переписью 1897 г., одна аптека обслуживала 280 тыс. человек. Но обращаемость за лекарствами продолжала оставаться незначительной. Так, в 1910 г. в городе Верном на одного жителя приходилось 0,7 рецепта в год, в Семипалатинске – 0,36, в г. Лепсинске – 0,08.

В Акмолинской области в 1892 г. начитывалось три частные аптеки, две из которых находились в Омске, и одна – в Петропавловске. Кроме них, аптеки функционировали в при Омском военном госпитале, военных лазаретах

¹⁵⁰ Переверзев В.Г. Лекарственная помощь и история становления аптечного дела в Казахстане // Казахстанский фармацевтический вестник. 2002. № 21(169).

местных команд, городских и тюремных больницах и уездных управлениях¹⁵¹. Медикаменты в аптеках, принадлежавших казачьему войску, пополнялись за счет Омского аптечного магазина военного ведомства на основании Положения о войсках 1861 г.¹⁵² В уездные аптеки медикаменты и лекарства приобретали уездные врачи., на что им выделялось по 200 руб. в год.

По свидетельству современника – уездного врача Акмолинской области Карпитского, в Акмолинске в 90-е гг. XIX в. «городская аптека помещается в полусветлом сыром подвале, при здании городской управы. Этот холодный сырой подвал служит как складом медикаментов, аптечных и комиссариатских припасов, так и помещением для врача и фельдшера при изготовлении лекарств. Подвал без отопления может служить только складом аптечных товаров, но не аптекой, где должны заниматься продолжительное время приготовлением лекарств, ибо зимой страшно нестерпимый холод, а тут приходится голыми руками готовить всевозможные виды, формы лекарств, летом же здесь сырость и пронизывающий холод – пребывание в этом подвале как летом, так и зимой небезопасно для здоровья врача и фельдшера»¹⁵³.

Аналогичная ситуация сложилась в Уральской области. Здесь для гражданского населения были доступны только 4 частные аптеки. Две из них находились в Уральске, одна – в Гурьеве, одна сельская – Илецкой защите. Лекарственные препараты по государственным ценам можно было получить только в аптеках Уральского казачьего войска – при местных военных лазаретах Темирского и Уильского укреплений, при всех местных командах области. Кроме этого, медикаменты можно было приобрести у всех уездных врачей, у старших врачей и станичных фельдшеров Уральского казачьего

¹⁵¹ Обзор Акмолинской области за 1893 г. Омск, 1894. С. 44.

¹⁵² Обзор Акмолинской области за 1870 г. Омск, 1871. С. 53.

¹⁵³ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект) : дис. ... д-ра ист. наук. Семей, 2010. С. 143.

войска. Таким образом, государственных аптек в Уральской области к концу XIX в. не было¹⁵⁴.

В Тургайской области к 1890 г. функционировала она частная аптека, открытая в 1885 г. Аптеки также имелись при каждом военном лазарете. Небольшие аптечки имели каждый из четырех уездных врачей. На основании законодательства в год им выделялось 200 руб. на приобретение медикаментов, которые раздавались малоимущим больным жителям¹⁵⁵. Наконец, в Семипалатинской области в 1895 г. насчитывалось 6 аптек, четыре из которых были государственными – две в Семипалатинске и по одной в Павлодаре и Усть-Каменогорске. Действовали две частные аптеки – в городах Каркаралинске и Зайсане¹⁵⁶.

Обзор численности и категорий медицинских учреждений, открываемых в областях Степного края в 70–90-е гг. XIX в., позволяет сделать выводы о том, что преобладающими были медицинские учреждения военного ведомства. Гражданская медицинская служба была развита крайне неудовлетворительно. В этих условиях оказание медицинских услуг гражданскому населению стало заботой военных врачей.

Крупнейшим медицинским заведением не только Омска, но и всей Западной Сибири, становление и развитие которого пришлось на вторую половину XIX в., стал Омский военный госпиталь. В госпитале функционировало несколько отделений: приемный покой, хирургическое, венерическое, терапевтическое, женское. По данным исследователей, наряду с военнслужащими госпиталь принимал на лечение гражданское население, причем доля его на протяжении второй половины XIX столетия неизменно возрастала. Так, «в 1870-е годы оно составляло около 10% пациентов госпиталя, к началу XX в. – до 40%. В целом, в конце столетия на лечении в госпитале могли одновременно находиться до 325 человек. Стоимость

¹⁵⁴ Обзор Уральской области за 1892 г. Уральск, 1893. С. 8.

¹⁵⁵ Обзор Тургайской области за 1892 г. Тургайск, 1893. С. 22–23.

¹⁵⁶ Обзор Семипалатинской области за 1895 г. Семипалатинск, 1896. С. 87.

содержания гражданских больных в госпитале составляла 38 коп. в сутки. Но уже к началу XX в. плата выросла приблизительно в два раза, поэтому лечение в госпитале было доступно далеко не всем горожанам, а только наиболее обеспеченным из них»¹⁵⁷.

Военные врачи Омска, служащие в госпитале, Окружном военно-медицинском управлении, военных частях и заведениях, составляли костяк медицинских кадров города. Основная их масса являлась профессионалами высокого уровня, имела степень доктора медицины. Медицинская интеллигенция Омска в 1883 г. создала свое профессиональное объединение – Омское медицинское общество¹⁵⁸. Все его учреждения – библиотека и лаборатории – располагались в Омском военном госпитале.

Омское медицинское общество занималось разработкой и решением вопросов общественного здравоохранения в Омске. На втором заседании в октябре 1883 г. по инициативе военного врача А.И. Дидриха было принято решение начать изучать санитарные условия этого города. Для составления программы и установления определенной системы сбора соответствующих материалов создана комиссия из трех лиц, представивших свой доклад уже на следующем собрании общества 26 ноября 1883 г. Программа по улучшению санитарного состояния города была рассмотрена и принята на четвертом заседании. Она включала в себя следующие работы: проведение исследования почвы, воды, атмосферных и метеорологических особенностей, жилищ; осмотр жилищ на соответствие санитарным нормам, исследование процесса движения

¹⁵⁷ Чернышев А. Л. 150 лет. История становления Омского областного базового медицинского колледжа // Среднее профессиональное образование. 2002. № 12. С. 30–31; На первых порах обучали казачьих малолетков... // Омское здравоохранение на рубеже веков. Омск, 2004. С. 16–17; Привалова С. М. История подготовки средних медицинских кадров в Западной Сибири // История народного образования Западной Сибири: сб. науч. ст. и материалов 5-й обл. науч.-практ. конф. Омск, 2005. С. 181–185; Боровский И. В. Старейший в Сибири медицинский колледж // Среднее профессиональное образование. 2007. № 11. С. 35–36.

¹⁵⁸ Памятная книжка Акмолинской области на 1909 г. Омск, 1909. С. 165–168.

населения, анализ болезней и смертности, исследование вопроса общественного благоустройства Омска¹⁵⁹.

В апреле 1884 г. для сбора медико-статистических сведений одобрен и принят обществом специальный регистрационный листок, предложенный врачом Дидрихом, в который вносились сведения о заболеваниях жителей Омска. Также были введены карточки для регистрации рождения или смерти горожан. Таким образом, было положено начало санитарно-статистическим работам Омского медицинского общества, впоследствии принявшим форму санитарно-статистического бюро. Однако в процессе использования такой карточной системы возникали неточности в подсчете количества смертей. Для решения данной задачи в начале 1890 г. были приняты «Обязательные правила освидетельствования умерших в г. Омске через врачей»¹⁶⁰.

Как отмечают Г. В. Федорова и Л. А. Ахтулова, Омское медицинское общество на протяжении всего периода своего существования систематически проводило заседания (всего 282 заседания), на которых заслушивались научные сообщения, доклады, отчеты, обзоры, демонстрировались больные. По подсчетам исследователей, из общего количества – 450 сообщений – на долю военных врачей приходилось – 347, гражданских врачей – 58 (из них два сообщения сделаны женщинами-врачами), фармацевтами – 21, ветеринарными врачами – 7, прозекторами – 9 и гигиенистами – 6. Сообщения готовились по различным областям медицинской науки: акушерству и гинекологии, внутренним болезням, бальнеологии и климатологии, дерматологии, детским болезням, нервным и душевным болезням, офтальмологии, патологической анатомии и судебной медицине, сифилидологии и венерическим болезням, хирургии, гигиене, эпидемиологии и заразным болезням, зоологии и ветеринарии, социальным и этическим вопросам. Наиболее многочисленными были сообщения по гигиене, эпидемиологии и заразным болезням. Таким

¹⁵⁹ Краткий обзор о деятельности Омского медицинского общества за 25 лет его существования. 1883–1908. Омск, 1909. С. 64.

¹⁶⁰ Краткий обзор о деятельности Омского медицинского общества за 25 лет его существования. 1883–1908. Омск, 1909. С. 65.

образом, «инициатива в разработке противоэпидемических мероприятий, в изучении отдельных вопросов микробиологии, иммунологии и эпидемиологии» принадлежала медицинским обществам и отдельным врачам Западной Сибири, что объясняется Г. В.Федоровой и Л. А. Ахтуловой более «поздним созданием санитарных органов в городах Западной Сибири»¹⁶¹.

На протяжении последующей истории Омского медицинского общества военные врачи численно преобладали и составляли наиболее его активную часть. Так, в 1893 г. их было 23 человека из 30 врачей-омичей, членов общества. В историографии подчеркивается исключительная роль военных врачей в вопросах формирования и развития гражданской медицинской службы региона. Они передавали знания, опыт, навыки городским врачам, консолидировали их совместные усилия для совершенствования медицинского обслуживания населения.

Военные врачи Омска оказывали медицинские услуги населению в области хирургии, лечения инфекционных (дифтерит, сибирская язва, холера, грипп), венерических (сифилис), кожных (карбункулы, рожа) болезней. Хирурги Омского военного госпиталя проводили сложные операции на костях, коже, соединительных тканях, глазах, органах дыхания, пищеварения, мочеполовой системе. При этом они активно внедряли новейшие мировые научные разработки и технологии, методики лечения¹⁶².

Ежемесячно в приказах по дивизии, корпусу, войскам округа, а также в приказе по военному ведомству объявлялись краткие сведения о санитарном состоянии войск. Ко всем приказам прикладывались таблицы с указанием частей войск, в которых содержались данные в процентном соотношении о

¹⁶¹ Федорова Г.В., Ахтулова Л. А. Общественная медицина в Омске. К 120-летию основания Омского медицинского общества // Омский научный вестник. 2002. Сентябрь. С. 158.

¹⁶² Протоколы Омского медицинского общества. Год VII, 1889/90. Омск, 1891. С. 263.

смертности и заболеваемости. Это давало возможность старшим войсковым начальникам принимать те или иные меры к улучшению войскового быта¹⁶³.

Как отмечают исследователи, деятельность военных медиков не замыкалась рамками их узкопрофессиональных интересов. Их глубоко волновали проблемы общественной медицины, народного здоровья.

О.В. Гефнер отмечает, что «военные врачи понимали необходимость консолидации усилий всей медицинской общественности города для профилактики заболеваний, борьбы с эпидемиями и улучшения помощи населению. Одним из первых шагов в этом направлении была организация тщательного учета за заболеваемостью и смертностью в г. Омске. С инициативой о введении в законодательном порядке обязательной медицинской регистрации смертности в городе выступил 1889 г. главный врач Омского военного госпиталя Д.П. Величковский». В декабре 1889 г. Медицинский департамент Министерства внутренних дел поддержал данную инициативу¹⁶⁴.

В 70–90-е гг. XIX в. в Омске фиксировался очень высокий уровень смертности (по сравнению с другими регионами Российской империи), в том числе от инфекционных заболеваний. Это было прямым следствием неблагоприятной санитарно-гигиенической и экологической обстановки в городе. Ситуация усугублялась отсутствием в городе санитарного врача. В связи с этим военные медики прилагали значительные усилия для улучшения этого положения¹⁶⁵.

Прежде всего, был предложен ряд мер, направленных на установление санитарного контроля над различными учреждениями, торгующими продуктами. Эту функцию было предложено передать Окружному военно-медицинскому управлению, которым в конце XIX в. были составлены

¹⁶³ Гончаров Ю.М., Скобликов С.В. Повседневная жизнь нижних воинских чинов Западной Сибири во второй половине XIX – начале XX века. Барнаул, 2023. С. 161.

¹⁶⁴ Гефнер О.В. Медицинская деятельность военных Омска в конце XIX – начале XX вв. // Вестник Омского университета. 1999. Вып. 1. С. 46–50.

¹⁶⁵ Клячкин В.Е. Естественное движение населения г. Омска по параллельным данным на 1913, 1916, 1923–26 гг. Омск, 1928. С. 6.

специальные правила для заведений по приготовлению искусственных минеральных вод, прохладительных фруктовых напитков и лимонадов. Чтобы открыть подобное заведение, необходимо было получить соответствующее разрешение в Окружном военно-медицинском управлении¹⁶⁶. Открытие в 1885 г. при Омском медицинском обществе санитарно-химической лаборатории с бактериоскопическим отделением позволило существенно повысить качество питьевой воды в городе, завозимых пищевых продуктов, различных фармакологических средств, рекламируемых иностранными фирмами¹⁶⁷.

В санитарном отношении особенно важной и острой проблемой для региональных властей стоял вопрос о водоснабжении городского населения. Основным источником питьевой воды долгое время оставались реки и озера, расположенные в окрестностях города, а также колодцы. Однако качество воды, употреблявшейся непосредственно для питья и приготовления пищи, зачастую были на низшем уровне. Так, жители Омска пользовались водой из рек Омь и Иртыш. Кроме этого, они брали воду из колодцев, которых к 1890 г. насчитывалось около 900. Речная вода была настолько непригодна для употребления, что стала причиной вспышки брюшного тифа среди омичей в 1877 г. Областной врач Кушелевский взял пробы воды для анализа, которые показали, что в речной воде содержится огромное количество вредных соединений и примесей – в том числе азотистые и аммиачные соединения¹⁶⁸. Одна из причин загрязнения воды – отсутствие водопроводов, канализации и попадание сточных вод в течение Иртыша и Оми¹⁶⁹. Стоит отметить, что первый водопровод в Омске появился лишь в 1915 г., благодаря которому удалось снизить заболеваемость городского населения инфекционными заболеваниями.

¹⁶⁶ Протоколы Омского медицинского общества. Год VI, 1888/9. Омск, 1890. С. 131.

¹⁶⁷ Протоколы Омского медицинского общества. Год VI, 1888/9. Омск, 1890. С. 172. URL: prlib.ru.

¹⁶⁸ Ремезов А. Очерк санитарного состояния Западной Сибири. Омск, 1880. С. 189.

¹⁶⁹ Зверев В. А. Городское население Сибири: естественное движение на заре демографической модернизации (конец XIX — начало XX в.) // Проблемы культуры городов России: теория, методология, историография. Омск, 2010. С. 134–138.

Военные врачи и фельдшеры Омска, Западно-Сибирского военного округа в целом, принимали активное участие в борьбе с эпидемиями оспы (1886, 1890 гг.), детских поносов (1888 г.), дифтерии (1889 г.), гриппа, брюшного и сыпного тифов (1889–1891 гг.), холеры (1892, 1907 гг.). Одним из важных направлений в деятельности омских военных медиков была подготовка медицинских кадров среднего звена для города и региона. С этой целью постоянно расширялись направления подготовки, открытой еще в 1852 г. при Омском военном госпитале Войсковой фельдшерской школы. В 1885 г. фельдшерская школа при Омском военном госпитале была присоединена к Омской центральной фельдшерской школе, в которой омские военные медики продолжали активно работать в качестве преподавателей. Так, в разное время в Омской центральной фельдшерской школе преподавали военные врачи Д. П. Величковский, И. Д. Куприянов, Н. В. Берлинский, П. А. Соломин, Т. А. Белавин, А. Б. Дронзиков, М. М. Колоколов, Ф. К. Олигер и другие¹⁷⁰.

Таким образом, медицинская деятельность военных врачей являлась достаточно многогранной, она выходила далеко за пределы узких ведомственных потребностей. Зачастую они были поставлены перед необходимостью выполнять не свойственные им функции, например санитарно-эпидемиологической службы. Именно «военные врачи способствовали зарождению многих направлений городской медицины: санитарии и гигиены, профилактической медицины, родовспоможения и т.п. Своим самоотверженным трудом, организаторской активностью они внесли значительный вклад в становление и развитие системы гражданского здравоохранения в Омске»¹⁷¹.

В областных и уездных городах в медицинских учреждениях военного и гражданского ведомств развивалась в основном фельдшерская служба. Уровень профессиональной подготовки фельдшеров позволял им оказывать

¹⁷⁰ ИАОО. Ф. 113. Оп. 1. Д. 1. Л. 13,18; ИАОО. Ф. 113. Оп. 1. Д. 2. Л. 8а.

¹⁷¹ Гефнер О.В. Медицинская деятельность военных Омска в конце XIX – начале XX вв. С. 46–50.

медицинские услуги терапевтического характера. Заболевания, которые они лечили, можно проследить по таблице 9, составленной на основе обзоров областей, в которых отражалась статистика по различным видам заболеваний.

Таблица 9

Категории болезней и количество заболевших (чел.), зарегистрированных в областях Степного генерал-губернаторства за период с 1889 по 1894 г.¹⁷²

Заболевание	Область			
	Акмолинская (1890 г.)	Семипалатинская (1890 г.)	Уральская (1894 г.)	Тургайская (1889 г.)
Органов пищеварения	5324	1011	0	0
Кожные сыпи и чесотка	4307	1188	0	137
Оспа	363	0	0	547
Лихорадка	2958	1506	0	0
Органов дыхания, коклюш и грипп	3278	1030	292	221
Органов движения	2128	323	0	0
Тиф	806	22	38	33
Сифилис и венерические заболевания	0	493	0	153
Корь	0	0	88	15
Скарлатина, дифтерит	66	23	490	0

Из данных таблицы 9 следует, что наибольшее количество обратившихся за медицинской помощью отмечено в Акмолинской и Семипалатинской областях. Это связано с тем, что данные области были открыты для переселения, а на их территории оседал наибольший процент крестьян-переселенцев. В Акмолинской и Семипалатинской областях преобладал практически одинаковый набор инфекционных заболеваний. Наиболее распространенными были заболевания органов пищеварения, кожные сыпи и лихорадка. Перемежающаяся лихорадка, как и тиф, считались исторически закрепившимися заболеваниями Степного края. Лихорадка распространялась в

¹⁷² Составлено по: Обзор Акмолинской области за 1890 г. Омск, 1891. С. 38; Обзор Семипалатинской области за 1890 г. Семипалатинск, 1891. С. 84; Обзор Уральской области за 1894 г. Уральск, 1895. С. 9–10; Обзор Тургайской области за 1889 г. Оренбург, 1890. С. 19.

бассейне Иртыша. Разливаясь, река затопляла невысокие берега, где с наступлением жары происходили процессы гниения останков животного и растительного мира. В зависимости от природно-климатической характеристики области, от наплыва переселенцев наблюдается различная картина инфекционных заболеваний в Степных областях. Наиболее серьезным заболеванием, распространившимся в Уральской области и унесшим более 60% жизней заболевших, являлся дифтерит. В Тургайской области оспа являлась наиболее распространенной болезнью. Прежде всего это было связано с тем фактом, что большую часть области населяли кочевники. Из-за недоверия местного кочевого населения к оспопрививанию остановить дальнейшее распространение этой болезни оказалось достаточно затруднительным.

Существенным достижением медицинской службы Степного края в 70–90-е гг. XIX в. стало появление профильных методических учреждений, в частности психиатрических лечебниц. Так, в Уральской области при Уральской городской больнице с 1872 г. функционировало психиатрическое отделение на 10 мест. Первая же больница для душевнобольных была открыта в 1892 г. в Акмолинской области и содержалась на средства городской думы. Больница состояла из общих (до 5 человек) и одноместных палат. Врачебный персонал был представлен заведующим больницей и одновременно врачом-психиатром, смотрителем-фельдшером и фельдшером. В штат вспомогательного персонала входила старшая сиделка, выполнявшая функции кастелянши, младшая сиделка, кухарка, судомойка, дворник. При этом весь персонал больницы, за исключением врача, помимо жалования, получал казенное продовольствие и имел право пользоваться помещениями при больнице для проживания¹⁷³.

Пациенты больницы получали бесплатное лечение и содержание, им также выдавалась одежда¹⁷⁴. В больнице прибегали к нескольким способам лечения: лекарственная терапия и трудовая терапия. Физическое лечение

¹⁷³ Шайкевич М. Положение душевнобольных в Степном генерал-губернаторстве. Казань, 1899. С. 69.

¹⁷⁴ Там же. С. 66.

заклучалось в исполнении различных обязанностей: переноска дров или воды, отбрасывание снега, а летом – работа в саду. Абсолютный покой назначался только в крайних случаях: в периоды сильного возбуждения и истощения. Буйных, опасных для окружающих, изолировали, но достаточно редко. Смирительные рубашки применялись только в случаях попыток самоубийства или при порче имущества больниц (диванов, стен, оконных решеток и т.д.).

Совершавший осмотр Акмолинской психиатрической больницы в 1897 и 1898 гг. М. Шайкевич отмечал, что в ней недостаточно следили за чистотой пациентов и больничных палат, режимом больных и их системным лечением. Особо мрачным, по его мнению, выглядело помещение для буйных больных – узкий коридор с висячими напротив каждой комнаты лампами, об стены которого ударяются больные при помещении их в изоляторы и при обычном с их стороны сопротивлении. Отмечено им было и пьянство медицинского персонала¹⁷⁵.

Второе медицинское учреждение для душевнобольных Акмолинской области находилось в Омском военном госпитале. Официального отделения для душевнобольных в больнице не имелось, однако с 1893 по 1897 г. в нем лечились 54 человека с психическими расстройствами¹⁷⁶. Все поступавшие в госпиталь душевнобольные мужчины помещались в отдельные большие палаты терапевтического отделения. Офицеры и лица привилегированных сословий направлялись в то же отделение, только получали офицерское довольствие. Психически больные женщины помещались в отдельные специально приспособленные палаты в женском отделении. Госпиталь также располагал изолятором, который находился в обыкновенной отдельной палате.

В 1896 г. еще одна психиатрическая больница открылась в Семипалатинске. На первом этаже располагались помещения для хозяйственных целей, комнаты смотрителя и надзирателей, а также палаты для буйных больных. Второй этаж был занят палатами, приемным покоем и

¹⁷⁵ Там же. С. 69.

¹⁷⁶ Там же. С. 74.

аптекой. Медицинский персонал больницы включал врача, заведующего лечебным заведением, медицинским фельдшером и смотрителем. Кроме врачей помощь больным оказывала прислуга: четыре служителя, один из которых занимал должность дворника, трое выполняли обязанности ухода за больными мужчинами. Еще на службе состояли три женщины, одна из которых выполняла функции кухарки, остальные две являлись сиделками. Больница могла одновременно принимать до 35 пациентов¹⁷⁷.

Среди проблем функционирования психиатрических больниц Степного края отмечались: некачественный уход, неправильно поставленные диагнозы, «неправильное ведение хозяйственного дела», неудовлетворительное состояние постройки и внутренней отделки специализированных больниц, «которые делают их мрачными, темными и неприветливыми, в некоторых случаях напоминающие места заключения», «незначительный размер самих лечебных учреждений и их изолированная жизнь». Надзорными органами также отмечалось, что мест в психиатрических лечебницах Степного края не хватало, они были постоянно переполненными и не могли «удовлетворить имеющиеся потребности»¹⁷⁸.

Несоответствие санитарно-гигиеническим нормам фиксировалось на промышленных предприятиях Степного края, связанных с развитием добывающей промышленности. Такая ситуация была характерна для большинства золотых приисков Акмолинской и Семипалатинской областей в 90-е гг. XIX в. Здесь работали «вольнорабочие фельдшера», «большинство из них из каких-то отставных солдат, якобы исполнявших в полку обязанности фельдшеров» и имевших «очень слабое представление о медицине»¹⁷⁹. Среди рабочих были развиты цинга и болезни, связанные с условиями работы –

¹⁷⁷ Шайкевич М. Положение душевнобольных в Степном генерал-губернаторстве. С. 77.

¹⁷⁸ Там же. С. 81.

¹⁷⁹ Семевский В. И. Рабочие на сибирских золотых промыслах. Т.2. СПб., 1898. С. 83–84.

лихорадка и ревматизм. На многих приисках не было больниц, аптек, фельдшеров¹⁸⁰.

По данным отчета Медицинского департамента за 1892 г., в Степном крае санитарными врачами был проведен осмотр фабрик и заводов. В Семипалатинской области были осмотрены винокуренный и пивоваренные заводы, два прииска и 11 заводов для выплавки металла. В Акмолинской области осмотру подверглись пивоваренные, гончарные, мыловаренные и кожевенные заводы, а также прииски, в Тургайской области - медеплавильный завод, водяные и ветряные мельницы, заводы по переработке пищевых продуктов, в Уральской области - кожевенные, салотопенные, овчинные заводы¹⁸¹.

Наиболее благоприятная ситуация была отмечена на заводах в Уральской области. Они располагались за пределами города и содержались в удовлетворительном состоянии. Помещения, хотя и не всегда были чистыми, но в большей мере содержались в удовлетворительном санитарном состоянии. Заводы в Семипалатинской области мало отвечали своему назначению и «содержались зачастую в плохом санитарном состоянии». Особенно плохими санитарными условиями работы и быта отличались прииски в Акмолинской области. Многие заводы, занимаясь кустарным промыслом, располагались в центре селений, на берегах водохранилищ. В процессе производства они способствовали загрязнению воды, почвы и воздуха¹⁸².

Надзором за состоянием фабрик и заводов занимались два отдела при врачебном управлении при Медицинском департаменте МВД. В функции первого отдела входил надзор за состоянием здоровья рабочих, за их помещением, за вредными сторонами производства. Второй отдел следил за

¹⁸⁰ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 222.

¹⁸¹ Отчет Медицинского департамента Министерства внутренних дел за 1892 г. СПб., 1896. С. 134.

¹⁸² Отчет Медицинского департамента Министерства внутренних дел за 1892 г. СПб., 1896. С. 135.

влиянием фабрик и заводов на окружающее их население, следил за уровнем загрязнения почвы и вод¹⁸³.

Наблюдение за здоровьем фабричных и заводских рабочих Степного края производился или специально приглашенными для этой цели за счет владельцев врачами, фельдшерами или местными уездными или городскими врачами. Для консультации и получения помощи были открыты больницы. Их материальное оснащение полностью зависело от отношения владельцев промышленных предприятий к делу оказания медицинской помощи своим работникам. Для экономии средств в некоторых случаях устраивались только приемные покои. На многих мелких заводах медицинская помощь почти отсутствовала¹⁸⁴.

Организация питания рабочих на производстве подлежала строгому надзору в том случае, если продукты питания доставлялись владельцем завода или фабрики непосредственно в рабочие помещения. Кроме того, часто проводились проверки и самих производственных помещений на соответствие санитарным требованиям. С целью контроля врачевными инспекторами и другими врачами было произведено много осмотров. Результаты данных осмотров в 1883 г. на многих заводах оказались неудовлетворительными. Содержание чистого воздуха не соответствовало санитарным нормам, отсутствовала какая-либо вентиляция, наблюдалась сырость как в мастерских, так и в местах проживания рабочих¹⁸⁵.

Важным аспектом работы медицинской службы в Степном крае в 70–90-е гг. XIX в. являлась профилактическая работа и борьба со вспышками инфекционных заболеваний, которые становились массовыми и приобретали характер эпидемий. В период 70–90-х гг. XIX в. актуальной проблемой для населения Степного края продолжала оставаться высокая степень заболеваемости оспой. Профилактические меры, которые стали применяться в

¹⁸³ Отчет Медицинского департамента Министерства внутренних дел за 1883 г. СПб., 1886. С. 101.

¹⁸⁴ Там же. С. 102.

¹⁸⁵ Там же.

первой половине столетия, связанные с оспопрививанием населения, имели незначительные результаты. Например, по данным статистического комитета Уральской области, к 1870 г. доля родившихся, которые были привиты от оспы, составляла 1 : 25 от общего числа новорожденных¹⁸⁶. Такой низкий показатель был связан прежде всего с религиозными взглядами населения. В области значительная часть населения была представлена старообрядческими общинами. Оспопрививание кочевого казахского населения областей Степного края также имело незначительные масштабы, что объяснялось их приверженностью исламу. В обоих случаях религиозные убеждения не позволяли населению соглашаться на вакцинацию.

Тем не менее, на протяжении 70–90-х гг. XIX в. региональными органами власти уделялось значительное внимание оспопрививанию. Для этого велась разъяснительная работа среди коренного и переселенческого населения, готовились кадры оспопрививателей, приобреталась вакцина и т.д. В эти годы наблюдался неизменный прирост численности привитых от оспы. Так, населению Уральской области в 1894 г. было сделано 10886 прививок от оспы. Среди них 8735 прививок – казахам-кочевникам. По сравнению с 1893 г. показатель оспопрививания среди оседлого и кочевого населения возрос почти в два раза¹⁸⁷. Такое же увеличение количества прививок оспы можно наблюдать и в других областях Степного края.

Из данных таблицы 10 следует, что за период с 1870 по 1890 г. количество человек, привитых от оспы, в областях Степного генерал-губернаторства увеличилось в 2,9 раза. Наибольший скачок в вакцинации можно отметить в Тургайской области. За 20 лет количество человек, поставивших прививку от оспы, возросло в 83 раза. Эти данные свидетельствуют о том, что и кочевое, и оседлое население стали относиться к прививке оспы без опасения.

¹⁸⁶ Обзор Уральской области за 1870 г. Уральск, 1871. С.37.

¹⁸⁷ Обзор Уральской области за 1894 г. Уральск, 1895. С. 9.

Оспопрививание в областях Степного генерал-губернаторства¹⁸⁸

Область	Число привитых в указанном году, чел.	
	1870 г.	1890 г.
Акмолинская	1520	7540
Семипалатинская	4302	3912
Уральская	174	1367
Тургайская	61	5069
Итого	6057	17888

Ряд требований по оспопрививанию предъявляли и к крестьянам-переселенцам, водворявшимся на территорию областей Степного края. При переселении в пути крестьяне чаще всего заболевали оспой и становились разносчиками данной инфекции. Переселенцы могли занести оспу в такие регионы, где при недостаточной организации медицинской помощи отдельные случаи заражения натуральной оспой могут стать причиной смертоносной эпидемии¹⁸⁹. Именно поэтому отдел движения Железнодорожного департамента в июле 1897 г. обратился в Переселенческое управление с ходатайством, «чтобы переселенцам выдавались разрешения на переселения не иначе как после обязательной прививки против оспы на родине»¹⁹⁰. Медицинский департамент МВД принял решение о необходимости вакцинации переселенцев. Следовало до выхода в путь подвергать их «предохранительному привитию оспы», как детей, так и взрослых, исключая тех, «коим вакцинация произведена менее семи лет назад»¹⁹¹.

Медицинская служба Степного края занималась вопросам организации борьбы со вспышками тифа и холеры. Они, как правило, эпизодически появлялись в регионе, чему способствовал засушливый период, сопровождавшийся сокращением площадей пастбищных угодий, как следствие,

¹⁸⁸ Составлено по: Обзор Акмолинской области за 1870 г. С. 53; Обзор Акмолинской области за 1892 г.

С. 44; Обзор Семипалатинской области за 1870 г. С. 12; Обзор Семипалатинской области за 1890 г. С. 87; Обзор Уральской области за 1870 г. С. 32; Обзор Уральской области за 1890 г. С. 8; Обзор Тургайской области за 1872 г. С. 30; Обзор Тургайской области за 1889 г. С. 18.

¹⁸⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 136. Л. 3.

¹⁹⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 136. Л. 2.

¹⁹¹ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 136. Л. 3.

падежом скота. Довольно часто переселенцы, которые прибывали в регион, уже являясь носителями различных инфекционных заболеваний¹⁹².

Наиболее массовая эпидемия тифа и холеры произошла в Степном крае в 1891 г. Причиной являлись не соответствующие санитарным нормам жилые помещения, в которых проживали крестьяне-переселенцы и коренное казахское население. Ситуация усугублялась тяжелым экономическим положением переселенцев, переживавших гибель урожая. В Акмолинской, Тургайской, Уральской, Семипалатинской областях «хлеб выгорел на корню». Газета «Сибирский вестник» отмечала, что в Прииртышье начинается голод, идет «некоторое повышение цен на главные предметы потребления». Осенью 1891 г. генерал-губернатор Степного генерал-губернаторства Таубе признавался: «Петропавловский и Кокчетавский уезды вследствие неблагоприятных климатических условий текущего года подверглись неурожаю хлебов и трав, а появившаяся в несметном числе кобылка окончательно истребила те скудные произрастания, которые были. Эти причины вместе с падежом скота от чумы и сибирской язвы, в корень разорившие оседлое население названных уездов, имели прямым последствием полный недостаток средств к пропитанию и голод необеспеченной народной массы»¹⁹³.

Атбасарский уездный начальник в конце 1891 г. отмечал, что «экономическое положение крестьян Атбасарского уезда, в особенности вновь приписанных к селениям, по неурожаю хлеба в текущем году, по недостаточности заработков в зимнее время и другим бытовым условиям мало отличается от такого же положения крестьян Кокчетавского уезда, а потому необходимость вызывает к оказанию материальной помощи пособием на продовольствие и обсеменение полей»¹⁹⁴.

¹⁹² Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 186.

¹⁹³ Там же. С. 215.

¹⁹⁴ Там же. С. 203.

О тяжелом положении крестьян своего уезда сообщал и Петропавловский уездный начальник. В сентябре того же 1891 г. он писал: «Народ вследствие недостатка питательной пищи и замены этой пищи такими веществами, как грибы, хлеб из отваренной ботвы, брюквы, смешанной с небольшой частью муки, и такой же хлеб с примесью молодой лебеды, вредно влияют на здоровье жителей, порождая сильное расстройство желудка, бессилие и пр. Постоянно проживающий здесь медицинский фельдшер Бурамбаев доложил мне, что действительно многие из крестьян переболели поносом и лихорадкой, а дети нередко умирают от первой болезни. Причину заболевания и смертности они приписывают плохой пище, в особенности употреблению зелени, а также тесноте и дурному устройству жилищ, в особенности ночлегам под открытым небом за неимением своих домов»¹⁹⁵.

Положение осложнялось непрекращающимся переселением большого количества крестьян из центральных губерний России в казахскую степь. Весной 1891 г. во вновь устроенных поселках Кокчетавского уезда из-за недостатка питания и тяжелых санитарно-бытовых условий умерло от цинги 248 человек и от других болезней 142 человека. Летом в Кокчетавском уезде находилось 13 тысяч переселенцев, из них 1200 больных цингой. По сообщениям местных властей, в уездах ощущалась нехватка противоцинготных и других лекарственных препаратов. Фельдшеры, обслуживавшие данные уезды, считали, что их присутствие бесполезно, поскольку в их распоряжении не было необходимых медицинских препаратов. Кроме этого, больных, зараженных вирусными инфекциями, размещали в санитарных станциях, которые представляли собой обычные юрты, совершенно не соответствовавшие нормам медицинских учреждений. Больные переселенцы размещались в них «на мерзлой земле, без нар и кошм»¹⁹⁶.

¹⁹⁵. Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 139.

¹⁹⁶. Там же. С. 194.

В 1892 г. начавшаяся в Закаспийской области, холера быстро распространилась на Кавказ, в Поволжье и Туркестан. Из Поволжья холера перекинулась в Приуралье, на территорию Уральской и Тургайской областей. Больше всего больных было в Илецком уезде Тургайской области и в Актюбинске¹⁹⁷. По материалам Всероссийского съезда участников борьбы с холерой в Акмолинской области заболело 1717 человек, умерло 891; в Семипалатинской – 370 и 205 соответственно; Тургайской – 296 и 167; Уральской области – 6138 и 3121 человек¹⁹⁸.

9 июня 1892 г. Медицинский департамент МВД опубликовал в «Правительственном вестнике» Положение о городских и уездных санитарно-исполнительных комиссиях и о профилактических мерах по предотвращению эпидемии холеры. Региональные органы власти в рамках данного Положения принимали широкий спектр мер для борьбы с заболеванием. Основным из них было установление карантина. Для реализации данных мероприятий МВД ассигновало из государственного бюджета 5000 рублей, «на которые приобретались медикаменты, инструменты, аппараты, дезинфекционные средства, необходимые вещи для холерных отделений, а также и кибитки, посредством найма»¹⁹⁹. Специальными комитетами, созданными из числа медицинских работников областей, были разработаны «Правила о распознавание и лечении холеры для приезда врачей и мерах предосторожности во время ухода за больными»²⁰⁰. Среди населения Уральской и Тургайской областей распространялись правила предупреждения заболевания.

В уездных городах Акмолинской и Семипалатинской областей, а также в Омске были сформированы санитарно-исполнительные комиссии, состоящие из врачей, выборных и полицейских. Они были призваны следить за чистотой общественных и жилых помещений, водохранилищ, качеством продаваемых

¹⁹⁷ Обзор Тургайской области за 1892 г. Тургайск, 1893 . С. 24.

¹⁹⁸ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 155.

¹⁹⁹ Обзор Тургайской области за 1892 г. Тургайск, 1893 . С. 24.

²⁰⁰ Там же. С. 8.

продуктов питания. Для удобства выполнения этих функций города областей делили на участки, создавались дезинфекционные отряды и городские артели ассенизаторов²⁰¹. Большую роль в борьбе с эпидемией сыграл Омский военный госпиталь. С началом эпидемии в госпитале было открыто холерное отделение под руководством П.А. Соломина. За время эпидемии на излечение в госпиталь поступило 302 заболевших. Причем военными среди них был всего 71 человек. Основной же контингент пациентов составляло гражданское население Омска. Военные врачи активно участвовали в работе карантинно-наблюдательных пунктов, проводили подворные обходы, оказывали медицинскую помощь заболевшим, проводили санитарно-просветительную работу. Так, например, военные фармацевты П.Ф. Брейтигам и С.М. Данюшевский выполняли обязанности дезинфекторов. Работа медиков по борьбе с эпидемиями была очень опасной. Зачастую рискуя собственной жизнью, они спасали горожан. Так, например, младший врач Окружного военно-медицинского управления М.В. Попов, оказывая помощь больным в поселке Захламино, заразился холерой и вскоре умер²⁰².

Участковые санитарные попечители, священники, учителя, полицейские чины были снабжены противохолерными средствами, которые они должны были раздавать населению «бесплатно, всем нуждающимся»²⁰³. Кроме этого, была организована работа пунктов медицинского освидетельствования прибывающих. Так, в районе Гурьева была «поставлена казачья сотня для охраны побережья от вновь прибывающих». На переправах через Сырдарью, около Казалинска (Кара-Тюбе) и около Туркестана (Уч-Куюкская переправа) были учреждены наблюдательные пункты и полицейские дежурства.

В период карантина усиливался медицинский персонал Уральской и Тургайской областей. Военный губернатор Тургайской области 14 июля 1892 г. приказал: «Ветеринарным врачам и ветеринарным студентам, заведующим

²⁰¹ Обзор Акмолинской области за 1892–1893 гг. Омск, 1894. С. 44.

²⁰² Гефнер О.В. Медицинская деятельность военных Омска в конце XIX – начале XX вв. С. 46–50.

²⁰³ Обзор Уральской области за 1892 г. Уральск, 1893. С. 8.

осмотром скота и животных продуктов в пограничных местностях Тургайской области с Уральской, Сырдарьинской и Акмолинской областями и Оренбургской губернией, где не имеется врачей, обращать внимание на состояние здоровья людей, сопровождающих транспорт или прогоняющих скот, и о всех подозрительных (на холеру) случаях заболевания людей доводить до сведения местных уездных начальников и уездных врачей»²⁰⁴.

В Тургайской области в помощь незначительному числу медицинского персонала по решению Медицинского департамента МВД были дополнительно командированы три врача, два фельдшера, два вольно-наемных фельдшера, два ветеринара²⁰⁵. Мобилизации на борьбу с эпидемией подлежали «отставные и состоящие на льготе и в запасе фельдшера, за установленное денежное вознаграждение». В районах эпидемии работали отряды Красного Креста, которых набирали женщин из «казенных» сестер милосердия. На добровольные пожертвования населения Степного края создавалась так называемые добровольные медицинские отряды для борьбы с холерой.

В уездных центрах Уральской и Тургайской областей были открыты холерные больницы – в Гурьеве, Илеке; приготовлены холерные отделения при Темирском, Уильском лазаретах и в приемном покое Калмыковской команды²⁰⁶. Больные, поступавшие в эти отделения, подвергались полной изоляции. Проводилась дезинфекция жилища больных, их личных вещей и всех предметов, с которыми он соприкасался, «малоценные вещи сжигались». Умершие при захоронении «зарывались на должную глубину и засыпались известью»²⁰⁷.

В Уральском казачьем войске во время сезона рыбной ловли на Каспийском море, когда происходило скопление огромного количества людей в

²⁰⁴ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 159.

²⁰⁵ Обзор Тургайской области за 1892 г. Тургайск, 1893. С. 24.

²⁰⁶ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 173.

²⁰⁷ Обзор Тургайской области за 1892 г. Тургайск, 1893. С. 24.

одном месте, был усилен санитарный контроль на так называемых плавнях – рыболовецких судах. Для этого дополнительно были командированы три врача, 10 фельдшеров, «снабжённых достаточным количеством медикаментов, аптечных припасов, дезинфекционными средствами. Причем на каждой стоянке во время рыболовства были установлены в летнее время юрты, в которые размещались в случае необходимости больные; в зимнее время – арендовались теплые помещения, которые снабжались всем необходимым инвентарем»²⁰⁸.

В целом, можно сделать вывод о том, что принимаемые региональными властями и медицинским персоналом областей Степного края меры, направленные на пресечение распространения холеры, оказались весьма эффективными. Так, в Тургайской области эпидемия не распространилась дальше Илецкого уезда. Локализовать эпидемию холеры удалось и в Уральской области.

В 1870 г. в Российской империи была проведена городская реформа. На основании Городского положения городская дума и ее исполнительный орган – городская управа – избирались сроком на 4 года. В Степном крае органы самоуправления были введены в административных центрах областей²⁰⁹. Дума наделялась широкими полномочиями, а царская администрация утверждала только наиболее важные постановления. Функции городского самоуправления были четко регламентированы и ограничены пределами города и подчиненных ему земель. Согласно Положению за городской думой и ее исполнительным органом закреплялась функция внешнего благоустройства города. В процессе ее реализации местные органы самоуправления обустроивали улицы, мостовые, тротуары, городские общественные сады, бульвары. В ведении думы и управы было обустройство водопровода и надзор за ним, сточными трубами, канавами и протоками, а также вопросы, касающиеся освещения в городе. Благополучие населения находилось в ведении местных органов

²⁰⁸ Обзор Уральской области за 1892 г. Уральск, 1893. С. 8.

²⁰⁹ Лысенко Ю.А. и др. Центральноазиатский регион Российской империи в условиях фронтальной модернизации. Барнаул, 2021. С. 404.

самоуправления. Городские управы совместно с учрежденными Санитарно-исполнительными комиссиями следили за устройством рынков и базаров, рассматривали вопросы развития и ограничения местной торговли и производства. В круг обязанностей думы и управ входило принятие мер предосторожности против пожаров и различных стихийных бедствий. В области здравоохранения и санитарного надзора органы местного самоуправления также вносили большой вклад в их развитие. За счет городских средств обустроивались благотворительные заведения и больницы²¹⁰.

В городских самоуправлениях имелись санитарные советы или комитеты, состоящие из медперсонала, занимавшегося городскими вопросами. Однако данные органы выполняли, скорее, консультативную функцию, и их мнение не всегда учитывалось муниципальными властями. Стоит отметить, что в то время основными управленцами городов были купцы-предприниматели, чьи учреждения систематически проходили проверки со стороны санитарных врачей. Введение штрафов за нарушение правил гигиены часто приводило к дополнительным расходам с их стороны²¹¹.

В круг прав городских самоуправлений входило право издавать постановления, касающиеся санитарной охраны воды, улучшения и поддержания на должном уровне санитарных норм и условий в помещениях для продажи продуктов питания и различных предприятий.

Первым городским главой Омска стал Ф.Л. Чернавин. В период его нахождения на должности (1873–1879 гг.) усилилась роль городской власти, значительно укрепилась городская казна. С период его руководства городской

²¹⁰ Исторический архив Омской области. URL: <https://iaoo.ru/page/iz-istorii-mestnogo-samoupravleniya-v-omske?ysclid=lgly75otq5454624260> (дата обращения: 17.04.2023).

²¹¹ Шаламов В. А. Система управления медицинскими учреждениями Российской империи конца XIX – начала XX в. (на примере Восточной Сибири) // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. 2021. Т. 38. С. 56.

думой больницы и богадельни перешли на содержание за счет средств города²¹².

Развитие городской инфраструктуры с помощью городских самоуправлений зависело от источников формирования бюджета города. В отличие от других уездных городов, где доходы получали от торговли, в городах Степного края основным источником доходов были сборы с владельцев недвижимости и городского имущества²¹³. В бюджетах сибирских городов расходы на благоустройство занимали незначительную долю, в среднем по России – 6,7%. Омское городское самоуправление в 1873 г. заложило на нужды благоустройства города в течение 4 лет практически такой же процент – 6%. В сумме было выделено 1500 руб., предназначавшихся на содержания улиц, площадей, мостов, дорог, садов, на освещение и санитарные мероприятия²¹⁴.

Расходы делились на две группы. Первая группа – обязательные расходы на содержание административных учреждений, тюрем полиции, пожарной команды. Расходы на выполнение воинской повинности также относились к группе обязательных расходов. Во вторую группу вошли расходы на содержание самого городского управления, городских имуществ, народного образования и здравоохранения. Расходы на различные санитарные мероприятия также относились ко второй группе. Основную часть всех расходов составляли обязательные расходы. Покрытие расходов второй группы осуществлялось по остаточному принципу²¹⁵. По причине того, что городской бюджет Омска был невелик, местное самоуправление не могло обеспечить

²¹² От прошлого к настоящему: Энциклопедия Омска. URL: <https://admomsk.ru/web/guest/city/history/encyclopedia/past-and-future> (дата обращения: 17.04.2023).

²¹³ Лысенко Ю.А. и др. Центральноазиатский регион Российской империи в условиях фронтальной модернизации. С. 405.

²¹⁴ Скубневский В.А., Гончаров Ю.М. Города Западной Сибири во второй половине XIX – начале XX в.: Население. Экономика. Застройка и благоустройство. Барнаул, 2014. С. 171.

²¹⁵ От прошлого к настоящему: Энциклопедия Омска. URL: <https://admomsk.ru/web/guest/city/history/encyclopedia/past-and-future> (дата обращения: 17.04.2023).

благоустройство города и лишь в меру своих возможностей наблюдало за санитарным состоянием города.

Доходы, полученные городским самоуправлением в Петропавловске, были значительно выше доходов, полученных в Акмолинске. Это стало причиной того, что самоуправление смогло проделать большой объем работы по улучшению качества жизни населения в Петропавловске. Так, на выделенные самоуправлением средства в 1901 г. здесь началось строительство водопровода. К 1904 г. была проложена основная магистраль и построена водонапорная башня. К 1914 г. от данной магистрали было проложено 10 ответвлений. Для обслуживания городского населения было возведено 11 водоразборных будок²¹⁶.

В 1892 г. была усовершенствована система местного самоуправления. Согласно реформе исполнительный орган городского самоуправления – городская управа – стал менее зависим от распорядительного органа – думы. Большая часть гласных городской думы состояла во временных и постоянно действующих комиссиях, среди которых были аптечная (с больничным советом), продовольственная, ревизионная, театральная и др.

Превращение Омска в один из торгово-промышленных центров Сибири потребовало большего внимания и контроля со стороны органов местного самоуправления. Большое внимание городская дума и управа отводили благоустройству города. Городской думой созыва 1910–1914 гг. был составлен проект прокладки водопровода протяженностью в 23 версты. Система очистки предполагалась по американскому типу посредством механической системы фильтрации. По проекту вода в городскую водопроводную сеть подавалась из насосной станции²¹⁷.

²¹⁶ Джаниева Р.М. Социально-экономическое и культурное развитие уездных городов Степного края конец XIX – начало XX вв. : автореф. .дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2007. С. 24.

²¹⁷ От прошлого к настоящему: Энциклопедия Омска. URL: <https://admomsk.ru/web/guest/city/history/encyclopedia/past-and-future> (дата обращения: 17.04.2023).

В 1910-х гг. Омская городская дума приступила к широкому строительству объектов здравоохранения. Для удешевления лекарственных препаратов Городская дума в 1911 г. открыла муниципальную аптеку. Цены в аптеке были установлены в соответствии с каталогом Русского аптекарского общества. При наличии рецепта покупателю предоставлялась скидка в размере 35%. В этот период была построена и оснащена всей необходимой материально-технической базой запасная эпидемиологическая больница. Кроме того, был разработан план постройки новой городской больницы на 250 кроватей²¹⁸.

Региональные органы власти в лице военных губернаторов областей также осуществляли общий надзор за развитием медико-санитарной службы в Степном крае, качеством предоставляемых услуг. Для этого анализировались отчеты медработников, велся учет количества обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения, в том числе проходивших лечение амбулаторно и стационарно. Наблюдение за медико-санитарной частью осуществляли специальные чиновники, назначаемые военными губернаторами. В их функции входило ежегодное посещение медицинских учреждений, составление отчетов по итогам их осмотра и анализа результатов деятельности. Примером может служить командировка в 1879 г. врача Миловидова по распоряжению Семипалатинского военного губернатора с целью «осмотра области в санитарном отношении». Для оценки санитарного состояния были выбраны Усть-Каменогорский уезд и Зайсанский пост²¹⁹.

В ходе осмотра медицинских учреждений указанных административных единиц Миловидов анализировал работу городского, уездных врачей и акушерок, состояние их хирургических и анатомических инструментов; оценивал результаты оспопрививания населения; осматривал аптеки уездных врачей на предмет наличия в них медикаментами. В своем отчете по итогам

²¹⁸ От прошлого к настоящему: Энциклопедия Омска. URL: <https://admomsk.ru/web/guest/city/history/encyclopedia/past-and-future> (дата обращения: 17.04.2023).

²¹⁹ ИАОО. Ф. 3. Оп. 9. Д. 15907. Л. 3–7.

поездки Миловидов отмечал, что прием больных Усть-Каменогорского уезда и Зайсанского поста врачи осуществляют только в больницах Усть-Каменогорска и Зайсана, «куда являлись из уездов сами больные». Если же больной не мог самостоятельно добраться до врача, «то присылались родные или знакомые, по рассказам которых ставился диагноз, и назначалось лечение. По наблюдениям, такими мерами пользовались жители волостей, находящихся в непосредственной близости к городу. Из отдаленных же районов к такому способу прибегали только в крайнем случае, и что не маловажно, люди достаточно состоятельные»²²⁰.

Санитарные объезды уездными врачами Усть-Каменогорского уезда и Зайсанского поста совершались редко «по причине разбросанности и подвижности кочевого населения». Осложняло медицинское наблюдение за кочевым населением и тот факт, что кочевники относились к медицинским работникам с недоверием. Единственный удобный случай для практической деятельности врачей представлялся при посещении степи в период появления среди казахов «повальных болезней» или же «при исполнении судебно-медицинской экспертизы». В период таких визитов врачи старались распространять через влиятельных лиц (волостных и аульных правителей, биев, султанов и мулл) санитарно-гигиенические правила²²¹.

Помощью акушерок, по сведениям Миловидова, пользовалось только городское население. Казахское население к их услугам не прибегало, заменяя их домашними повитухами и знахарками. Такое поведение объяснялось «трудностями с доставкой акушерки в аул», так как «акушерки, не получая разъездных денег, не желали тратить свое жалованье на дорожные издержки». Отмечены им были и успехи в оспопрививании местного населения.

Миловидов также отмечал, что в проверяемых им уездах Семипалатинской области «соблюдались требуемые законом чистота в отношении содержания улиц, площадей и рынков». Исключение составляли помещения арестантов

²²⁰ ИАОО. Ф. 3. Оп. 9. Д. 15907. Л. 3–7.

²²¹ ИАОО. Ф. 3. Оп. 9. Д. 15907. Л. 3–7.

гражданского ведомства в Зайсанском посту, которые «редко убирались и имели сильный неприятный запах». Также при осмотре было выявлено, что «торговцы не всегда в полной мере соблюдали гигиенические и санитарные предписания»²²².

В целом, региональные органы власти в 90-е гг. XIX в. отмечали слабое развитие гражданской медицины в областях Степного края и считали ее неудовлетворительной. Военной губернатор Семипалатинской области А.Ф. Карпов в 1895 г. отмечал, что на каждого из шести врачей области в среднем приходилось 96022 человека гражданского населения. Помимо заведования приемными покоем, больницами и амбулаториями, они выполняли судебно-медицинские функции. Системой медицинского обслуживания было охвачено только крестьянское переселенческое население.

А.Ф. Карпов отмечал, что незначительное количество врачей гражданского ведомства при «обширности территории области и примитивности путей сообщения» весьма затрудняли разъезды врачей и оказание помощи казахскому кочевому населению. Ни один из уездных врачей не имел возможности объезжать свой уезд более одного раза в год. Попытка предложить кочевникам на местах хотя бы фельдшерскую помощь также была unsuccessful. Фельдшеров с хорошей квалификацией в уездах не имелось, т.к. обучавшиеся в фельдшерских школах из-за недостаточного содержания уже не были заинтересованы в трудоустройстве. В случаях крайней необходимости приглашались на службу ротные фельдшеры, которые были совершенно не готовы выполнять обязанности земского фельдшера. Деятельность таких фельдшеров негативно сказывалась на медико-санитарной службе Семипалатинской области, подрывая доверие к медицине среди кочевого населения. Поэтому казахское население по-прежнему прибегало к помощи традиционной народной медицины. Лишь в крайних случаях тяжелого

²²² ИАОО. Ф. 3. Оп. 9. Д. 15907. Л. 3–7.

заболевания они «обращались за 600 и более верст в город, чтобы получить консультацию врача или лечь в приемный покой»²²³.

Положительным фактором развития медицинской службы Семипалатинской области военной губернатор Семипалатинской области А.Ф. Карпов считал ее санитарную часть. По его мнению, именно тот факт, что уездные фельдшеры выполняли не только терапевтические, но и санитарные функции, удалось избежать многих эпидемий в Степи. Число случаев эпидемических и спорадических заболеваний заразными болезнями, зарегистрированных врачами, было достаточно низким. Однако нередки случаи, когда фельдшеры, выполнявшие свои обязанности среди казахского населения, при возникновении массовых заболеваний осознавали свое бессилие. Это было связано с отсутствием в нужном количестве медикаментов или низкими профессиональными качествами медицинского персонала²²⁴.

С гораздо большим охватом медицинская помощь оказывалась военным Семипалатинской области. На одного военного врача приходилось 9129 человек, на одного военного фельдшера – 4564,5 человек. Из общего числа обратившихся за медицинской помощью на каждого врача в 1895 г. приходилось 1139 человек, а на каждого фельдшера – 584²²⁵.

Аналогичная ситуация к середине 90-х гг. XIX в. имела в Акмолинской области Степного края. Из-за незначительного числа медицинского персонала (1 врач на 95840 квадратных верст) и лечебных учреждений, уездное население области, по мнению военного губернатора Н.И. Санникова, не было обеспечено врачебно-санитарной помощью. Особенно это касалось казахского кочевого населения, которое из-за своего полукочевого быта оставалось вне санитарного надзора. Этот же фактор не позволял областному начальству выявлять точную численность заболевших и эпидемиологическую ситуацию²²⁶.

²²³ Обзор Семипалатинской области за 1895 г. Семипалатинск, 1896. С. 86.

²²⁴ Там же.

²²⁵ Обзор Семипалатинской области за 1895 г. С. 87.

²²⁶ Обзор Акмолинской области за 1890 г. Омск, 1891. С. 38.

Развитию и распространению болезней в Семипалатинской области способствовало неудовлетворительное санитарное состояние большей части населенных пунктов. Особенно грязно было в кибитках кочевого населения, в которых кочевники проводили зиму вместе со своим скотом. Недостаток хорошей питьевой воды, загрязнение дворов навозом, заражение почвы, воды и воздуха – это все влияло не только на санитарное состояние мест зимовок, но и на здоровье самих кочевников. Особенного внимания заслуживало санитарное состояние наиболее населенного города Акмолинской области – Омска, в котором ежегодно появлялись оспа, скарлатина, дифтерит и тиф. Поэтому для военного губернатора Н.И. Санникова была очевидной необходимость развития санитарной службы²²⁷. Ее актуальность для Акмолинской области, как и для остальных регионов Степного края, подтверждалась статистикой заболеваний. В частности, болезни органов пищеварения составляют 31%, органов дыхания – около 30%, кожные – более 32% от всего числа местных больных. В инфекционных заболеваниях первое место принадлежало перемежающейся лихорадке – 65%, тифу – 18%, оспе – 8%. В отношении смертности наибольший процент из местных заболеваний отмечен у болезней органов пищеварения – 50%, болезни органов дыхания – 41%; среди инфекционных – оспа (8%) и тиф (30%)²²⁸.

Таким образом, медико-санитарная служба в Степном крае в 70–90-е гг. XIX в. развивалась в русле общероссийских тенденций и была связана с реализацией Врачебного устава 1857 г. Это дало основание для развития в Степном крае сети гражданских медицинских учреждений, подотчетных Медицинскому департаменту МВД. Отсутствие в регионе земств привело к тому, что региональное руководство и контроль за деятельностью медицинских учреждений гражданского ведомства осуществляли областные органы управления. Одновременно с гражданскими медицинскими учреждениями в Степном крае продолжалось развитие военных медицинских учреждений

²²⁷ Там же. С. 39.

²²⁸ Обзор Акмолинской области за 1890 г. С. 39.

(Сибирского и Уральского казачьих войск), подведомственных Военному министерству.

Динамика развития гражданских медицинских учреждений Степного края свидетельствует о том, что темпы их роста были незначительными и на фоне резкого увеличения численности оседлого населения за счет притока крестьян-переселенцев существенно отставали от роста численности населения. В этой ситуации медицинские учреждения Военного ведомства были вынуждены оказывать врачебную помощь гражданскому населению.

Позитивными сдвигами в развитии медико-санитарной службы Степного края в 70-х – середине 90-х гг. XIX в. следует считать появление профильных медицинских учреждений (например, психиатрических больниц), фармацевтической службы, учреждений по подготовке медицинских кадров, а также профессиональной медицинской организации – Омского медицинского общества. В этот же период началось формирование санитарной службы в Степном крае, что было связано с успешной борьбой с эпидемиями, а также началом проведения санитарно-профилактических мероприятий. К недостаткам этапа следует отнести нехватку медицинских учреждений и кадров, как следствие, слабый процент вовлеченности населения в систему оказания медицинской помощи, особенно сельского, в том числе коренного казахского населения.

1.3. Медико-санитарное обслуживание населения Степного края в конце 90-х гг. XIX в. – 1917 г.

В конце XIX – начале XX в. продолжалась активная интеграция Степного края в социально-экономическое пространство Российской империи. Исследователи отмечают, что конкретное содержание модернизации данного этнорегиона коррелировалось целым рядом факторов: преобладанием геополитических приоритетов России в регионе, нестабильностью и подвижностью российской границы на Среднем Востоке, крайне динамичной демографической ситуацией, опосредованной массовым крестьянским переселением в Степной край. Кроме этого, преобладание в регионе архаичных, традиционных экономических отношений, отсутствие предпринимательских слоев предопределили доминирующую роль государства в процессе модернизации. Это выразилось в том, что правительство сознательно сдерживало частные инициативы, не создавало условий для развития крупной промышленности, долгое время не допускало частный капитал в железнодорожное строительство. Это привело к тому, что местная промышленная буржуазия формировалась в сфере, связанной с аграрным сектором экономики. Приложением ее капитала стала в основном промышленность по переработке сельскохозяйственной продукции – кожевенные, салотопенные производства, шерстомойки, мельницы и т.д.²²⁹

На рубеже XIX–XX вв. в регионе активно развивалась добывающая промышленность. Добыча полиметаллических руд осуществлялась на востоке, в районе Рудного Алтая. В Центральном Казахстане велась активная разработка месторождений каменного угля, на западе, в районе Каспийского моря, формировалась нефтяная промышленность. Значительно шире была

²²⁹ Лысенко Ю.А. и др. Государственное регулирование социальных процессов в центральноазиатском регионе России имперского и советского периодов.

представлена местная торговая буржуазия, достаточно разнородная в этническом плане²³⁰.

Центральным содержанием модернизации Степного края на рубеже XIX–XX вв. продолжала выступать аграрная колонизация. Она в целом решала проблему аграрного перенаселения в европейских регионах Российской империи и таким образом способствовала снижению социальной напряженности. С геополитической точки зрения массовое переселение крестьян в Азиатскую Россию позволяло укрепить ее территории «русским элементом» и освоить огромные пространства Степного края с точки зрения рационального использования земельных ресурсов – создания зерновых хозяйств²³¹.

Планируемые государством аграрные преобразования в регионе, связанные с созданием товарных земледельческих хозяйств, требовали значительных земельных ресурсов. Основным механизмом формирования переселенческого земельного фонда стало изъятие земель у коренных кочевых народов региона. При этом оптимизацией животноводческих хозяйств Степного края и их интеграцией в общероссийскую экономическую систему виделся массовый переход кочевников к оседлому образу жизни. Переход кочевников к земледелию и интенсивным формам ведения скотоводческого

²³⁰ Абилов К.Ж. История становления и развития предпринимательства в Казахстане (вторая половина XIX начало XX вв.). Караганда, 2005; Бекмаханов Е. Социально-экономические отношения Казахстана в период империализма. Алма-Ата, 1957; Касымбаев Ж.К. Из истории развития городской промышленности Восточного Казахстана в начале XX в. Алма-Ата, 1981.

²³¹ Лысенко Ю.А., Анисимова И.В., Бармин В.А., Бочкарева И.Б., Тарасова Е.В. и др. Этнополитические процессы в центральноазиатских окраинах России в период революций 1917 г. Барнаул, 2017; Лысенко, Ю.А., Тарасова Е.В., Анисимова И.В., Стурова М.В. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизмы реализации (XVIII – начало XX в.). Барнаул, 2014; Чуркин М. К. Переселения крестьян чернозёмного центра в Западную Сибирь во второй половине XIX – начале XX вв.: детерминирующие факторы миграционной активности и адаптации : автореф. дис. ... д-ра ист. наук. Омск, 2007; *Он же*. Сибирская региональная идентичность в переселенческом процессе второй половины XIX — начала XX вв. // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2014. № 3 (4). Омск, 2014. С. 78–81.

хозяйства (с заготовкой кормов на зиму) рассматривался как закономерный и прогрессивный процесс.

Решение модернизационных задач сопровождалось развитием транспортной системы в Степном крае. Конец XIX – начало XX в. – период относительно активного железнодорожного строительства в регионе. Транссибирская магистраль и Оренбургско-Ташкентская железные дороги способствовали вовлечению степных областей в общеимперское экономическое пространство, был налажен товаропоток. Строительство транспортных артерий благоприятно сказывалось на динамике темпов переселенческого движения.

Положительным моментом модернизации Степного края стали усилившиеся процессы урбанизации. К 1914 г. в регионе насчитывалось 26 городов. Большинство из них относилось к разряду малых, тем не менее структура населения менялась, происходил рост численности городского населения. К началу XX в. в Степном крае сложилась относительно устоявшаяся сеть государственных учебных заведений: начальные, средние, профессиональные школы. Были созданы условия для вовлечения в процесс образования современного типа представителей коренного населения (например, русско-казахские, русско-аульные, туземные школы для совместного обучения инородцев и русских). Несмотря на случаи негативного восприятия государственных школ коренным населением региона, динамика изменения количества учащихся за исследуемый период свидетельствует о росте спроса со стороны местного населения на образование²³².

К началу 1916 г., по данным Статистического ежегодника России, население центральноазиатских владений Российской империи составило 11,8 млн человек, увеличившись, таким образом, за этот период с 1897 г. – Первой всероссийской переписи, более чем на 4 млн человек, или на 52% (в 1,5 раза).

²³² Стурова М.В. Образовательная политика Российской империи в Степном крае (вторая половина XIX – начало XX в.): к постановке проблемы // Известия Алтайского государственного университета. 2012. №4-1(76). С. 210–213; *Она же*. Образовательная среда на территории Акмолинской и Семипалатинской областей (50–80 гг. XIX в.) // Известия Алтайского государственного университета. 2013. №4-2(80). С. 198–202.

При этом темп прироста варьировался по областям от 37,9% в Семиреченской до 129,4% в Акмолинской, а по уездам – от 4% в Каркаралинском до 292% в Омском. Заметно выросла плотность населения – с 2,5 до 3,8 человек на квадратную версту. Причем рост произошел во всех областях и практически во всех уездах (с единичными исключениями), но в разной степени. В то же время доля городского населения изменилась не столь однозначно. В целом для всего макрорегиона она увеличилась с 12,1 до 14,3%²³³.

Таким образом, к началу XX в. в Степном крае происходили достаточно активные процессы, связанные с трансформацией социально-экономического пространства. Они характеризовались развитием рыночного сектора экономики, формированием горнорудной и нефтяной промышленности, крестьянской миграцией и изменением структуры аграрного производства, урбанизацией. Данные процессы сопровождались ростом численности населения, усилением его социальной мобильности и контактности, концентрацией в районах массового производства и т.д.²³⁴.

Очевидно, что новые социальные реалии усложняли эпидемиологическую ситуацию в Степном крае, требовали повышенного внимания властей к решению вопросов медицинского обеспечения населения и организации в регионе санитарной службы. Действительно, источники позволяют определить характеристики эпидемиологической ситуации в Степном крае в начале XX в.

Таблица 11

Заболевания, зарегистрированные в областях
Степного генерал-губернаторства в 1910 г., чел.²³⁵

Заболевание	Уральская область	Тургайская область	Семипалатинская область	Акмолинская область	Итого во всех областях
Азиатская холера	277	0	35	880	1192
Натуральная оспа	334	596	301	1518	2749

²³³ Алексеевко Н.В. Население дореволюционного Казахстана. Алма-Ата, 1981.

²³⁴ Переселение и землеустройство за Уралом в 1911 г. СПб., 1911; Исаев А. А. Переселенческое дело с начала 80-х годов. СПб., 1895; Кауфман А.А. Переселение и колонизация. СПб., 1905.

²³⁵ Составлено по: Обзор Акмолинской области за 1910 г. Омск, 1911. С. 52–55; Обзор Семипалатинской области за 1910 г. Семипалатинск, 1912. С. 99; Обзор Уральской области за 1910 г. Уральск, 1911. С. 33–34; Обзор Тургайской области за 1910 г. Оренбург, 1911. С. 71–72.

Цинга	302	858	2345	13744	17249
Брюшной тиф	483	1761	680	4249	7173
Сыпной тиф	113	238	95	1974	2420
Дизентерия	0	1584	0	2171	3755
Дифтерит	787	2900	548	1456	5691
Скарлатина	183	665	0	924	1772
Малярия	9951	0	0	0	9951
Сифилис	1269	3138	0	0	4407
Чесотка	0	8443	0	0	8443
Итого	13699	20183	4004	26916	64802

Как видно из данных таблицы 11, природно-климатические особенности областей и наплыв переселенцев в каждую область определяли возникновение и распространение различных инфекционных заболеваний. Так, например, во всех областях Степного края была распространена натуральная оспа. Наиболее часто от оспы страдали кочевники. Кочевой уклад жизни, отдаленность стоянок кочевников от поселений, а как следствие, и от медицинских учреждений, а также низкий процент привитых от оспы влияли на ее распространение в регионе. Во всех областях наблюдался подъем заболеванием цингой, особенно в Акмолинской области. По сравнению с общим количеством больных цингой в Семипалатинской, Тургайской и Уральской областях заболеваемость в Акмолинской области была выше почти в 4 раза. Прежде всего, это связано с тем, что переселенцы, следуя к местам водворения в области Степного края, сначала пребывали в Омск. Изнуренные, страдающие другими болезнями на фоне недоедания, крестьяне распространяли цингу среди других таких же обессиленных переселенцев на пересадочных пунктах и в местах водворения в Акмолинской области. Из этого следует, что в Семипалатинской и Акмолинской областях появлялись заболевания, ранее неизвестные местному кочевому населению. Больные переселенцы приносили с собой и новые для этой местности заболевания, такие как азиатскую холеру, цингу и различные тифы. В Уральской и Тургайской областях наблюдалась другая картина. В этих областях по причине низкой переселенческой активности различные заболевания распространялись среди кочевого населения. Малярия, сифилис и чесотка являлись наиболее распространенными болезнями. Сифилис и чесотка

распространялись среди кочевого населения по причине несоблюдения санитарно-гигиенических правил при кочевом укладе жизни.

В этот период среди населения Степного края самой распространенной болезнью являлась малярия. В Уральской области в начале XX в. фиксировался неуклонный рост этого заболевания. В 1914 г. смертность от малярии доходила здесь до 12% к числу заболевших²³⁶. В начале XX в. в областях Степного края широко были распространены такие инфекционные заболевания, как оспа, корь, дифтерия и коклюш, чума, тиф. Вспышки чумы среди населения региона были отмечены в 1907, 1910–1914 гг.²³⁷. По данным Р.И. Самарина, в 1910 г. в Акмолинской области смертность от оспы составляла 18,6 % от числа заболевших, от дифтерии – 19,3 %, от брюшного тифа – 10 %, от сыпного тифа – 10,4 %, от дизентерии – 12,5, от скарлатины – 11,4%. В 1907 г. в Семипалатинской области вспыхнула эпидемия холеры, занесенная, по официальным сообщениям, крестьянами-переселенцами. В течение двух месяцев заболели 86 чел., из которых 44 умерли²³⁸.

Таким образом, характер заболеваний, распространенных среди населения Степного края в начале XX в., свидетельствовал о необходимости дальнейшего совершенствования медико-санитарной службы в Степном крае.

На рубеже XIX–XX вв. в Степном крае продолжали параллельно развиваться медицинские учреждения военного и гражданского ведомств. Военная медицина была связана с Омским/Сибирским военным округом, образованным в 1882 г. на основе Западно-Сибирского военного округа в связи с введением в действие Положения об управлении Степным краем²³⁹. В

²³⁶ Чесноков С. А. Здравоохранение в Казахстане. Алма-Ата, 1946. С. 5; Кокебаева Г. К., Шилдебай С. К. Борьба с эпидемиями в Казахстане в первой трети XX в. // *Oriental Studies*. 2021. Vol. 14. Is. 4. P. 673–684.

²³⁷ Хронологический атлас-справочник заболеваний чумой на территории Среднеазиатского пустынного природного очага чумы в пределах Республики Казахстан / ред. З.А. Сагиев. Алматы, 2020. С. 7, 20.

²³⁸ Самарин Р. И. Очерки истории здравоохранения Казахстана. Алма-Ата, 1958. С. 53, 60, 65.

²³⁹ Авилов Р.С. Омский военный округ (1882–1899, 1906–1918 гг.): страницы истории // *Военно-исторический журнал*. 2015. № 8 С. 3–10.

структуре Штаба округа функционировало военно-медицинское управление, осуществлявшее контроль за деятельностью медицинских учреждений Сибирского военного округа.

Как и в предыдущий период, центр военной медицины Степного края был связан с Омским военным госпиталем. Он продолжал оставаться самым крупным медицинским центром Западной Сибири и мог одновременно разместить 325 больных. В госпитале действовали приемный покой, хирургическое, венерическое, терапевтическое и женское отделения. Чуть менее половины всех пациентов составляло гражданское население. Военнослужащие и их семьи лечились бесплатно, гражданские же платили за лечение.

Важная роль Омского военного госпиталя возросла в годы Первой мировой войны. С наступлением военных действий постоянно увеличивалась численность военного гарнизона города Омска, лечебное учреждение было сразу расширено до 1190 мест, из них офицерских – 65 мест (в психиатрическом отделении – 5) и для нижних чинов – 1125 мест (в психиатрическом отделении – 25). Однако, как отмечает Н.С. Храпова, впоследствии требовалось все большее и большее расширение. Уже в декабре 1914 г. в госпитале находилось на излечении около полутора тысяч человек, а к сентябрю 1915 г. занимаемые госпиталем помещения были «совершенно недостаточными», так как в них размещалось («крайне тесно и почти половина – на полу и в коридорах») уже 2600 человек²⁴⁰.

Численность военных медиков в Омске была значительной. Они по-прежнему продолжали обслуживать и гражданское население. Однако их пропорциональная численность, по сравнению с врачами гражданского ведомства, в этот период существенно уменьшилась. Так, в 1909 г. в Омске из общей численности 52 врача 23 были военными врачами. В 1913 г. в штат Омского окружного военно-санитарного управления входили окружной

²⁴⁰ Храпова Н.С. Омский военный госпиталь в годы Первой мировой войны. URL: <https://stariy-vojn.livejournal.com/36427.html?ysclid=lei6h029zf247020546/>

военно-санитарный инспектор В.М. Занчевский, его помощник Д.И. Лебедев, врач В.С. Васильев, фармацевт И.А. Рубахин, старший врач А.А. Фокин и фельдшер Д.Л. Волков²⁴¹.

Перед Первой мировой войной в структуру военно-медицинских учреждений Омского военного округа, размещавшихся на территории Степного края, входили Омский военный госпиталь, Акмолинский, Павлодарский, Петропавловский, Семипалатинский, Зайсанский, Усть-Каменогорский местные военные лазареты²⁴².

Гражданская медицина Степного края в конце XIX – начале XX в., как и в предыдущий период, подчинялась Медицинскому департаменту МВД. В структуре областных правлений работали врачебные инспекторы, подчинявшиеся непосредственно военным губернаторам областей. Инспекторы руководили процессом организации медицинской помощи в регионе, они обладали широким кругом полномочий, в том числе имели и многочисленные обязанности по осуществлению надзора за всеми лечебными заведениями и аптеками, а также вели разнообразную санитарно-эпидемиологическую отчетность. Каждый год врачебный инспектор делал развернутый отчет перед Главным врачебным инспектором Медицинского департамента МВД²⁴³.

С целью улучшения медицинского обслуживания в 1897 г. в областных правлениях Степного края были созданы две административные структуры, в функции которых входили вопросы здравоохранения региона: Областные комитеты общественного здоровья (под председательством военных губернаторов областей) и Областные санитарно-исполнительные комиссии (под председательством вице-губернаторов)²⁴⁴. Их организация была связана с тем, что в регионе по-прежнему не было земских организаций. Только в отдельных

²⁴¹Кунжарова Е.М., Гримашевич А.Л. Военно-медицинские учреждения Сибири накануне Первой мировой войны // Проблемы социально-экономического развития Сибири. 2019. № 3. С. 129.

²⁴²Кунжарова Е.М., Гримашевич А.Л. Военно-медицинские учреждения Сибири накануне Первой мировой войны. С. 128–130.

²⁴³ПСЗРИ. 1897. Т. 17. № 12662.

²⁴⁴Обзор Семипалатинской области за 1890 год. Семипалатинск, 1891. С. 86.

городах края действовали органы местного самоуправления – Городские управы. Однако их финансовые возможности в области развития медико-санитарной службы были крайне ограничены из-за несовершенства налоговой системы и незначительного поступления земских сборов от городского населения²⁴⁵.

Функции Областного комитета общественного здоровья сводились к увеличению численности медицинских учреждений и медперсонала, закупке медикаментов, открытию аптечных пунктов, предотвращению эпидемий в регионе и принятию предупредительных мер по нераспространению различных болезней. В конце XIX в – начале XX в., благодаря работе Комитетов общественного здоровья в областях Степного края, наблюдался значительный прирост медицинских учреждений.

В процессе расширения сети медицинских учреждений можно отметить несколько тенденций, которые стали активно проявляться в этот период. Во-первых, продолжила расширяться сеть специализированных медицинских учреждений. Наряду с городскими больницами, состоявшими из нескольких отделений, функционировали больницы для душевнобольных, родильные дома. Во-вторых, в этот период были открыты больницы при различных социальных учреждениях – учебных заведениях Министерства народного просвещения, духовных училищах Русской православной церкви, горнозаводских предприятиях, тюрьмах.

В-третьих, помимо Медицинского департамента МВД, решением проблем медицинского обслуживания населения Степного края в этот период активно стали заниматься другие государственные структуры и общественные организации. Поэтому в регионе появились больницы Переселенческого

²⁴⁵ Лысенко Ю. А. и др. Государственное регулирование социальных процессов в центральноазиатском регионе России имперского и советского периодов; Лысенко Ю.А., Жанбосинова А.С. Система государственного налогообложения городского недвижимого имущества в центральноазиатских окраинах Российской империи (конец XIX – начало XX в.). // Известия Алтайского государственного университета. 2019. № 5(109). С. 49–54; Лысенко Ю. А. К вопросу о налоговой политике Российской империи в отношении казахского общества // Известия Алтайского государственного университета. 2013. № 4-2(80). С. 176–183.

управления МВД, Комитета Сибирской железной дороги, Красного креста. (Роль данных структур в развитии медико-санитарной службы Степного края отдельно анализируется во второй главе диссертации). В-четвертых, в этот период в Степном крае были открыты первые частные больницы. И, наконец, в-пятых, в уездах массового проживания коренного казахского населения продолжался активный процесс открытия больницы для их обслуживания.

Вся совокупность разнообразных по ведомственной принадлежности, назначению и локализации медицинских учреждений Степного края в 1900–1914 гг. представлена в таблицах 12–15.

Таблица 12

Медицинские учреждения Акмолинской области в 1900–1914 гг.
(без медицинских учреждений Военного министерства)²⁴⁶.

	1900 г.	1905 г.	1910 г.	1914 г.
Омск	1. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 19 кроватей; 2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 50 кроватей; 3. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 25 кроватей; 4. Временный городской приемный покой Медицинского департамента МВД на 5 кроватей; 5. Родильный дом Медицинского департамента МВД на 5 кроватей.	1. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 19 кроватей; 2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 50 кроватей, 3. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 25 кроватей; 4. Родильный дом Медицинского департамента МВД на 5 кроватей; 5. Амбулатория Красного креста	1. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 19 кроватей; 2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 117 кроватей; 3. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 40 кроватей; 4. Родильный дом при городской больнице Медицинского департамента МВД на 8 кроватей; 5. Частная больница доктора Морковятина на 12 кроватей.	1. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 20 кроватей; 2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 117 кроватей; 3. Родильный покой при городской больнице Медицинского департамента МВД на 12 кроватей; 4. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 40 кроватей; 5. Частное родильное

²⁴⁶ Обзор Акмолинской области за 1900 г. Омск, 1901; Обзор Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1907; Обзор Акмолинской области за 1910 г. Омск, 1911; Обзор Акмолинской области за 1914 г. Омск, 1915.

				отделение при акушерке Топской на 2 кровати.
Омский уезд			<p>1. Больница Комитета Сибирской железной дороги на 83 кровати;</p> <p>2. Больница Переселенческого управления МВД на 40 кроватей</p> <p>3. Больница Переселенческого управления МВД в Павлоградском переселенческом пункте на 10 кроватей</p>	<p>1. Больница Комитета Сибирской железной дороги на ст. Омск на 110 кроватей</p> <p>2. Больница Переселенческого управления МВД на 60 кроватей</p> <p>3. Больница Переселенческого управления МВД на 20 кроватей в с. Полтавское</p> <p>4. Больница Переселенческого управления МВД на 25 кроватей в с. Павлоградское</p> <p>5. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей в с. Борисовское</p> <p>6. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей в с. Украинское</p>
Петропавловск	<p>1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей;</p> <p>2. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей;</p> <p>3. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 5 кроватей;</p> <p>4. Родильный дом Медицинского</p>	<p>1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 18 кроватей;</p> <p>2. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей;</p> <p>3. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 5 кроватей;</p> <p>4. Родильный дом Медицинского департамента МВД</p>	<p>1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 20 кроватей;</p> <p>2. Родильный дом Медицинского департамента МВД на 2 кровати;</p> <p>3. Больница Переселенческого управления МВД на 10 кроватей</p>	<p>1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 45 кроватей;</p> <p>2. Родильный дом при городской больнице Медицинского департамента МВД на 5 кроватей</p>

	департамента МВД на 2 кровати.	на 2 кровати		
Петропавловский уезд		1. Приемный покой Переселенческого управления МВД в с. Явленном на 6 кроватьей	1. Уездная больница Переселенческого управления МВД на 10 кроватьей; 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД в пос. Явленский на 5 кроватьей; 3. Больница Переселенческого управления МВД на 30 кроватьей; 4. Приемный покой Переселенческого управления МВД при ст. Петропавловская на 10 кроватьей; 5. Приемный покой Переселенческого управления МВД при ст. Булаево на 2 кровати	1. Уездная больница Переселенческого управления МВД на 15 кроватьей, 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД в пос. Явленский на 8 кроватьей, 3. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Всевятский на 10 кроватьей, 4. Больница Переселенческого управления МВД на 35 кроватьей в пос. Петропавловский; 5. Приемный покой Переселенческого управления МВД на ст. Петропавловск на 10 кроватьей
Акмолинск		1. Городская больница Переселенческого управления МВД на 5 кроватьей	1. Городской приемный покой Переселенческого управления МВД на 7 кроватьей	1. Городской приемный покой Переселенческого управления МВД на 13 кроватьей
Акмолинский уезд	1. Уездный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватьей	1. Уездный приемный покой Переселенческого управления МВД на 8 кроватьей	1. Уездный приемный покой Переселенческого управления МВД на 8 кроватьей; 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 10 кроватьей; 3. Приемный покой Переселенческого управления МВД в пос. Багатаринский на 10 кроватьей; 4. Спасская больница Медицинского	1. Уездный приемный покой Переселенческого управления МВД на 10 кроватьей; 2. Джаурская Самаркандская больница Переселенческого управления МВД на 18 кроватьей; 3. Больница при Спасском заводе на 10 кроватьей

			департамента МВД на 16 кроватей	
Атбасарский уезд	1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 6 кроватей в ст. Атбасар	1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей в ст. Атбасар	1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей в ст. Атбасар; 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД в с. Кийма на 2 кровати	1. Уездный приемный покой Переселенческого управления МВД на 10 кроватей, 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД на с. Красивом на 8 кроватей
Кокчетавский уезд	1. Уездная больница Переселенческого управления МВД на 15 кроватей	1. Уездная больница Переселенческого управления МВД на 15 кроватей 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД в с. Кривоозерном на 3 кровати; 3. Приемный покой Переселенческого управления МВД в с. Балкашинском на 5 кроватей	1. Уездная больница Переселенческого управления МВД на 16 кроватей; 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД в пос. Кривоозерный на 5 кроватей; 3. Приемный покой Переселенческого управления МВД в с. Балкашинском на 5 кроватей; 4. Приемный покой Переселенческого управления МВД в пос. Макинском на 10 кроватей	1. Уездная больница Переселенческого управления МВД на 16 кроватей; 2. Приемный покой Переселенческого управления МВД в пос. Кривоозерном на 8 кроватей; 3. Участковая больница Переселенческого управления МВД в пос. Балкашинском на 10 кроватей; 4. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Макинском на 10 кроватей
Итого	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 9 Больницы Переселенческого управления МВД – 3 Больницы Комитета сибирской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 8 Больницы Переселенческого управления МВД – 7 Больницы Комитета сибирской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 1	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 7 Больницы Переселенческого управления МВД – 18 Больницы Комитета сибирской железной дороги – 1 Больницы	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 7 Больницы Переселенческого управления МВД – 18 Больницы Комитета сибирской железной дороги – 1 Больницы

	Частные больницы – 0	Частные больницы – 0	Красного креста – 0	Красного креста – 0
			Частные больницы – 1	Частные больницы – 1

Из данных таблицы 12 следует, что в Акмолинской области за период с 1900 по 1914 г. произошел рост количества медицинских учреждений, главным образом за счет приемных покоев и больниц, открытых Переселенческим управлением МВД. Медицинский департамент МВД фактически не финансировал открытие новых больниц. К концу 1914 г. их численность даже уменьшилась на две больницы. Во-первых, произошло увеличение численности койко-мест в них. Совместно с городскими больницами, имеющими несколько отделений, функционировали больницы для душевнобольных, заключенных, родильные дома. Во-вторых, в этот период открывались медицинские учреждения при объектах социальной сферы и предприятиях. В Акмолинской области при медеплавильном заводе учредили Спасскую больницу на 10 кроватей. В-третьих, наряду с Медицинским департаментом МВД другие государственные структуры присоединились к решению проблем медицинского обслуживания населения Степного края. Так, из данных таблицы можно увидеть, что на территории Акмолинской области за данный период расширялась сеть медицинских учреждений Переселенческого управления МВД и Комитета Сибирской железной дороги. За 14 лет количество медицинских учреждений, открытых с помощью переселенческих организаций, выросло с 3 до 19 (в 6,3 раза). В-четвертых, в Акмолинской области к 1914 г. было открыто одно частное отделение для рожениц. Из данных таблицы видно, что наиболее оснащенным в плане медицинской помощи являлся центр Акмолинской области – Омск. Прежде всего это было связано с тем, что наибольший процент оседлого населения проживал в административном центре. К тому же переселенческие потоки проходили через Омск, а затем уже распределялись по районам водворения в Степном крае. Следовательно, с усилением переселенческого движения Омск, как и другие районы области, нуждались в открытии медицинских учреждений.

К 1916 г. население Омска составляло около 130 тыс. человек. К этому периоду городское население могло получить медицинскую помощь в следующих лечебных учреждениях: при городской больнице, городской амбулатории, областной больнице для душевнобольных, военном госпитале, больнице Омского переселенческого пункта, больнице Омской общины Красного Креста, больнице доктора медицины А.И. Фогеля, отделении для рожениц. Кроме того, в городе медицинскую помощь в частном порядке оказывали несколько частных врачей²⁴⁷. Городская больница имела инфекционное отделение вместимостью 60 койко-мест, холерный барак, венерическое отделение и барак родильного отделения. Однако в 1916 г. все места в указанных отделениях были заняты инфекционными больными. Таким образом, больницы Омска не могли удовлетворить потребностям непрерывно растущего городского населения²⁴⁸.

Таблица 13

Лечебные учреждения Семипалатинской области в 1900–1911 гг.
(без медицинских учреждений Военного министерства)²⁴⁹

	1900 г.	1906 г.	1911 г.
Семипалатинск	1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 22 кровати, 2. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 18 кроватей, 3. Городская амбулатория Медицинского департамента МВД 4. Уездная амбулатория Медицинского департамента МВД	1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 22 кровати, 2. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 18 кроватей, 3. Больница для бедных на 22 кровати Медицинского департамента МВД, 4. Уездная амбулатория Медицинского департамента МВД	1. Городская больница г. Медицинского департамента МВД на 22 кровати 2. Областная больница для душевнобольных Медицинского департамента МВД на 18 кроватей 3. Больница для бедных Медицинского департамента МВД на 22 кровати 4. Амбулатория для бедных Медицинского департамента МВД; 5. Уездная амбулатория Медицинского

²⁴⁷ Памятная книжка Акмолинской области за 1916 г. Омск, 1916. С. 92–97.

²⁴⁸ Врачебно-санитарная хроника города Омска. 1916 год. Омск, 1917. С. 7.

²⁴⁹ Обзор Семипалатинской области за 1900 г. Семипалатинск, 1901; Обзор Семипалатинской области за 1906 г. Семипалатинск, 1907? Обзор Семипалатинской области за 1911 г. Семипалатинск, 1913.

			<p>департамента МВД,</p> <p>6. Больница Переселенческого управления МВД на 25 кроватей</p> <p>7. Амбулатория Переселенческого управления МВД</p>
Семипалатинский уезд	<p>1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в с. Большевладимирском</p> <p>2. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей в Заречной Слободе</p>	<p>1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в с. Большевладимирском</p> <p>2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в ст. Семиарской</p> <p>3. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей в Заречной Слободе</p> <p>4. Приемный покой для кочевого населения Медицинского департамента МВД на 16 кроватей</p>	<p>1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в с. Большевладимирском</p> <p>2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в ст. Семиарской</p> <p>3. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей в Заречной Слободе на 16 кроватей</p> <p>4. Амбулатория при уездной больнице Медицинского департамента МВД в Заречной Слободе</p>
Павлодар	<p>1. Приемный покой Медицинского департамента МВД для кочевого населения на 8 кроватей,</p> <p>2. Городской приемный покой Переселенческого управления МВД на 6 кроватей</p>	<p>1. Приемный покой Медицинского департамента МВД для кочевого населения на 8 кроватей</p>	<p>1. Городская больница Переселенческого управления МВД на 20 кроватей</p> <p>2. Амбулатория при городской больнице Переселенческого управления МВД</p>
Павлодарский уезд	<p>1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в ст. Баян-Аул,</p> <p>2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в пос. Железинском</p>	<p>1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в ст. Баян-Аул</p> <p>2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в ст. Песчанской</p>	<p>1. Баян-аульская больница Переселенческого управления МВД на 10 кроватей</p> <p>2. Амбулатория при Баян-Аульской Переселенческого управления МВД</p> <p>3. Песчанская больница Переселенческого управления МВД на 10 кроватей</p>
Каркаралинский уезд	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД для кочевого населения на 5</p>	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД для кочевого населения на 5</p>	<p>1. Больница Переселенческого управления МВД на 12 кроватей</p>

	кроватей	кроватей	2. Амбулатория при больнице Переселенческого управления МВД
Усть-Каменогорск	1. Городская больница Переселенческого управления МВД на 10 кроватей и амбулатория	1. Городская больница Переселенческого управления МВД на 10 кроватей 2. Амбулатория при городской больнице Переселенческого управления МВД	1. Городская больница Переселенческого управления МВД на 9 кроватей 2. Амбулатория при городской больнице Переселенческого управления МВД
Усть-Каменогорский уезд	1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в пос. Больше-Нарымском	1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в пос. Больше-Нарымском 2. Амбулатория Переселенческого управления МВД с. Георгиевском	1. Амбулатория Переселенческого управления МВД в с. Георгиевском 2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в Катон-Карагае
Зайсанский уезд	1. Приемный покой Переселенческого управления МВД для кочевого населения на 7 кроватей 2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в Кокпектах	1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 7 кроватей 2. Амбулатория Переселенческого управления МВД в Кокпектах	1. Городская больница Переселенческого управления МВД на 7 кроватей 2. Амбулатория при городской больнице Переселенческого управления МВД 3. Амбулатория Переселенческого управления МВД в Кокпектах
Итого	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 6 Больницы Переселенческого управления МВД – 8 Больницы Комитета Сибирской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 7 Больницы Переселенческого управления МВД – 10 Больницы Комитета Сибирской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 7 Больницы Переселенческого управления МВД – 15 Больницы Комитета Сибирской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0

Данные таблицы 13 свидетельствуют, что в Семипалатинской области на протяжении 1900–1911 гг. численность медицинских учреждений МВД фактически не расширялась. Так, в 1900 г. в области насчитывалось 6

медицинских учреждений Медицинского департамента МВД. К началу 1910-х гг. количество больниц Медицинского департамента МВД увеличилось только на одну больницу и составило 7 больниц. Так же, как и в Омске Акмолинской области, в Семипалатинске больницы состояли из нескольких отделений. Кроме того, функционировали больницы для душевнобольных, заключенных. Отличительной чертой Семипалатинской области стало открытие специальной амбулатории и больницы для беднейших слоев населения в Семипалатинске. Сеть медицинских учреждений расширялась в период водворения крестьян на земли Семипалатинской области. Поэтому наряду с Медицинским департаментом МВД вопросами оказания медицинской помощи в области стало заниматься Переселенческое управление. За период с 1900 по 1911 г. в Семипалатинской области открылось 15 медицинских учреждений при финансировании Переселенческого управления. Благодаря действиям данной организации открывались больницы и приемные покои, куда могли обращаться как переселенцы, так и местные кочевники. Согласно данным таблицы, рост количества медицинских учреждений, открытых на средства Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги, за период с 1900 по 1911 г. составил 1,9 раза.

По данным таблицы 14, в Уральской области к началу второго этапа развития медико-санитарной службы в регионе медицинскую помощь можно было получить в лечебных учреждениях как Военного министерства, так и в учреждениях Медицинского департамента МВД.

Таблица 14

Лечебные учреждения Уральской области в 1900–1915 гг.²⁵⁰

	1900 г.	1905 г.	1910 г.	1915 г.
Уральск	1. Больница при Уральской тюрьме Медицинского департамента МВД на 10 кроватей,	1 Больница при Уральской тюрьме Медицинского департамента МВД на 10 кроватей,	1. Больница при Уральской тюрьме Медицинского департамента МВД на 10 кроватей	1. Тюремная больница Медицинского департамента МВД на 8 кроватей

²⁵⁰ Обзор Уральской области за 1900 г. Уральск, 1901; Обзор Уральской области за 1905 г. Уральск, 1906; Обзор Уральской области за 1910 г. Уральск, 1911; Обзор Уральской области за 1915 г. Уральск, 1916.

	<p>2. Больница для кочевого населения Медицинского департамента МВД на 25 кроватей,</p> <p>3. Приемный покой Общества Рязанско-Уральской железной дороги на 2 кровати,</p> <p>4. Приемный покой при Уральской женской гимназии на 6 кроватей;</p> <p>5. Уральская больница Военного Министерства на 15 кроватей,</p> <p>6. Приемный покой Военного Министерства на 4 кровати,</p> <p>7. Родильный дом Медицинского департамента МВД на 6 кроватей</p>	<p>2. Больница для кочевого населения Медицинского департамента МВД на 25 кроватей,</p> <p>3. Приемный покой Общества Рязанско-Уральской железной дороги на 2 кровати;</p> <p>4. Приемный покой при Уральской женской гимназии на 6 кроватей,</p> <p>5. Приемный покой при Уральском духовном училище на 6 кроватей,</p> <p>6. Уральская больница Военного Министерства на 100 кроватей,</p> <p>7. Приемный покой Военного Министерства на 4 кровати,</p> <p>8. Родильный дом Медицинского департамента МВД на 6 кроватей</p>	<p>2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 30 кроватей,</p> <p>3. Приемный покой Общества Рязанско-Уральской железной дороги на 2 кровати</p> <p>4. Больница для кочевого населения Медицинского департамента МВД на 25 кроватей,</p> <p>5. Приемный покой при Уральском духовном училище на 4 кровати,</p> <p>6. Уральская больница Военного Министерства на 100 кроватей</p>	<p>2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 35 кроватей,</p> <p>3. Больница Общества рязанско-Уральской железной дороги на 2 кровати</p> <p>4. Больница Духовного училища на 6 кроватей,</p> <p>5. Уральская больница Военного Министерства на 100 кроватей</p>
Уральский уезд	? ²⁵¹	?	<p>Приемный покой Переселенческого управления МВД на 3 кровати на Чиликском базаре</p>	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 3 кровати на Чиликском базаре</p> <p>2. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Покровском на 12 кроватей</p> <p>3. Больница Переселенческого управления МВД в остановочном пункте Джурунский на 6 кроватей</p>
Темир	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей,</p>	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей,</p>	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей</p>	<p>1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на 5 кроватей</p>

²⁵¹ Данные в обзорах не найдены.

	2. Приемный покой Военного Министерства на 2 кровати	2. Приемный покой Военного Министерства на 2 кровати		
Темирский уезд	1. Лазарет Военного Министерства на 10 кроватей в Уильском укреплении	1. Приемный покой Военного Министерства в пос. Уильском на 2 кровати	1. Больница Военного Министерства в пос. Уильском на 8 кроватей	?
Гурьев	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД на Пловинской пристани на 2 кровати, 2. Приемный покой Военного Министерства на 4 кровати	1. Временный приемный покой Медицинского департамента МВД на прист. Пловинской на 2 кровати, 2. Приемный покой Военного Министерства на 2 кровати 3. Больница Военного Министерства на 25 кроватей,	1. Временный приемный покой Медицинского департамента МВД на Пловинской пристани на 2 кровати 2. Больница Военного Министерства на 25 кроватей 3. Городская больница Переселенческого управления МВД на 8 кроватей,	1. Больница Военного Министерства на 25 кроватей 2. Городская больница Переселенческого управления МВД на 8 кроватей,
Гурьевский уезд	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД в пос. Жилая Коса на 6 кроватей	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД в пос. Жилая Коса на 6 кроватей	1. Больница в Медицинского департамента МВД пос. жилая коса на 10 кроватей	1. Жилинская больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей, 2. Больница промыслов «Доссор» на 25 кроватей,
Лбищенск	1. Приемный покой Военного Министерства на 5 кроватей	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД на 3 кровати, 2. Приемный покой Военного Министерства на 5 кроватей	1. Приемный покой на 3 кровати Медицинского департамента МВД, 2. Приемный покой Военного министерства на 5 кроватей	1. Приемный покой Военного Министерства на 5 кроватей
Лбищенский уезд	1. Приемный покой Военного Министерства в Калмыковской станции на 2 кровати	1. Приемный покой Военного министерства в Калмыковской станции на 2 кровати	1. Приемный покой Военного министерства на 5 кроватей в ст. Калмыковской 2. Приемный покой Медицинского департамента МВД на 3 кровати на Кызылкугинском базаре,	1. Приемный покой Военного министерства на 5 кроватей в ст. Калмыковской 2. Приемный покой Медицинского департамента МВД на 3 кровати на Кызылкугинском базаре,
Илек	?	1. Приемный покой Переселенческого управления МВД на	1. Амбулатория Переселенческого управления МВД	1. Амбулатория Переселенческого управления МВД

		3 кровати, 2. Приемный покой Военного министерства на 5 кроватей	2. Приемный покой Военного министерства на 5 кроватей	2. Приемный покой Военного Министерства на 5 кроватей
Уильск	?	?	?	1. Уильская больница Переселенческого управления МВД на 8 кроватей
Итого	Больницы Военного министерства – 7 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 6 Больницы Переселенческого управления МВД – 1 Больницы Общества Рязанско-Уральской железной дороги – 1 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы Военного министерства – 9 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 8 Больницы Переселенческого управления МВД – 2 Больницы Общества Рязанско-Уральской железной дороги – 1 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы Военного министерства – 6 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 8 Больницы Переселенческого управления МВД – 4 Больницы Общества Рязанско-Уральской железной дороги – 1 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы Военного министерства – 5 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 5 Больницы Переселенческого управления МВД – 7 Больницы Общества Рязанско- Уральской железной дороги – 1 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0

В начале XX в. на территории Уральской области преобладали медицинские учреждения Военного министерства. Однако гражданское население могло получить медицинскую помощь в учреждения Медицинского департамента МВД, которых на территории области было почти столько же, сколько и медицинских учреждений Военного министерства. Медицинские учреждения обоих ведомств обладали больницами с несколькими отделениями, функционировали родильные дома. Однако в отличие от Акмолинской и Семипалатинской областей, в регионе не было больницы для душевнобольных. Все нуждающиеся помещались в соответствующие больницы соседних областей. Уже в начале XX в. в области функционировал приемный покой при учебном заведении Министерства народного просвещения – Уральской

женской гимназии. А в конце второго периода в области открылась больница при Духовном училище Русской православной церкви. Кроме того, была открыта больница при промышленном предприятии «Доссор». Помимо Медицинского департамента МВД и Военного министерства, решением проблем медицинского обслуживания населения Степного края в период активного переселенческого движения стали заниматься другие государственные структуры и общественные организации. В связи с этим в регионе появились больницы Переселенческого управления МВД. За 15 лет численность больниц возросла с одного медицинского учреждения до 7. В-четвертых, в местах массового проживания коренного казахского населения были открыты больницы для их обслуживания.

Таблица 15

Лечебные учреждения Тургайской области в 1900–1915 гг.²⁵²

	1900 г.	1905 г.	1910 г.	1915 г.
Актюбинск	1. Лазарет Военного министерства на 2 кровати, 2. Городской приемный Медицинского департамента МВД покой на 5 кроватей	1. Лазарет Военного министерства Городской приемный Медицинского департамента МВД покой на 5 кроватей	1. Городской приемный покой Медицинского департамента МВД на 4 кровати 2. Больница Переселенческого управления МВД на 25 кроватей	1. Городской приемный покой Медицинского департамента МВД на 10 кроватей 2. Больница Переселенческого управления МВД на 40 кроватей
Актюбинский уезд	?	1. Четыре приемных покоя Медицинского департамента МВД	1. Три приемных покоя Медицинского департамента МВД на врачебных участках №1, 2, 3 по 5 кроватей каждый; 2. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Ак-Булак на 20 кроватей, 3. Приемный покой Переселенческого	1. Две областных приемных покоя Медицинского департамента МВД по 10 кроватей каждый; 2. Больница Медицинского департамента МВД при Оренбургско-Ташкентской железной дороге на 10 кроватей, 3. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Ак-Булак на 16

²⁵² Обзор Тургайской области за 1900 г. Оренбург, 1902; Обзор Тургайской области за 1905 г. Оренбург, 1905; Обзор Тургайской области за 1910 г. Оренбург, 1911; Обзор Тургайской области за 1915 г. Оренбург, 1916.

			управления МВД в Павловской волости на 2 кровати	кроватей 4. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Ново-Алексеевском на 6 кроватей 5. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Александровском на 6 кроватей 6. Приемный покой Медицинского департамента МВД на 5 кроватей в пос. Александровском
Карабута́к	1. Лазарет Военного министерства на 2 кровати	1. Лазарет Военного министерства	? ²⁵³	?
Иргиз	1. Лазарет Военного министерства на 2 кровати, 2. Городской приемный покой Медицинского департамента МВД на 5 кроватей	1. Лазарет Военного министерства	1. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 10 кроватей	?
Иргизский уезд	?	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД	?	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД на 7 кроватей, 2. Больница областного врачебного участка Медицинского департамента МВД на 5 кроватей, 3. Больница Челкарской железной дороги на 35 кроватей
Турга́й	1. Лазарет Военного министерства на 2 кровати, 2. Городской приемный покой Медицинского департамента МВД на 5 кроватей	1. Лазарет Военного министерства на 2 кровати	?	?
Турга́йский уезд	?	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД	1. Приемный покой Медицинского	1. Приемный покой Медицинского департамента МВД

²⁵³ Данные в обзорах не найдены.

			департамента МВД на врачебном участке №1 на 5 кроватей	на врачебном участке №1 на 5 кроватей
Кустанай	1. Приемный покой Военного министерства на 2 кровати, 2. Городская больница Медицинского департамента МВД на 15 кроватей	1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 15 кроватей	1. Уездная больница Медицинского департамента МВД на 20 кроватей	1. Городская больница Медицинского департамента МВД на 16 кроватей
Кустанайский уезд	?	1. Четыре приемных покоя Медицинского департамента МВД	1. Уездная больница Медицинского департамента МВД в пос. Семиозерном на 5 кроватей 2. Три приемных покой Медицинского департамента МВД на врачебных участках №1, 3, 4, по 5 кроватей каждый; 3. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Львовском на 12 кроватей, 4. Больница Переселенческого управления МВД в Адамовской волости на 6 кроватей 5. Больница Переселенческого управления МВД в Валериановской волости на 20 кроватей 6. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Федоровская на 15 кроватей 7. Приемный покой Переселенческого управления МВД в	1. Больница областного участка Медицинского департамента МВД на 20 кроватей 2. Две больницы областного участка Медицинского департамента МВД по 5 кроватей каждая 3. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Львовском на 20 кроватей 4. Больница Переселенческого управления МВД в Адамовской волости на 6 кроватей 5. Больница Переселенческого управления МВД в Валериановской волости на 20 кроватей 6. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Федоровском на 20 кроватей 7. Больница Переселенческого управления МВД в пос. Катасинский на 6 кроватей

			Ольгинской волости на 2 кровати 8. Приемный покой Переселенческого управления МВД в Зуевской волости на 2 кровати 9. Приемный покой Переселенческого управления МВД в Саройской волости н 2 кровати	
Илецкая защита	1. Городской приемный покой Медицинского департамента МВД на 5 кроватей	?	?	?
Итого	Больницы Военного министерства – 5 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 5 Больницы Переселенческого управления МВД – 0 Больницы при Оренбургско-Ташкентской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы Военного министерства – 4 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 12 Больницы Переселенческого управления МВД – 0 Больницы при Оренбургско-Ташкентской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы Военного министерства – 0 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 9 Больницы Переселенческого управления МВД – 10 Больницы при Оренбургско-Ташкентской железной дороги – 0 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0	Больницы Военного министерства – 0 Больницы, приемные покои, амбулатории Медицинского департамента МВД – 11 Больницы Переселенческого управления МВД – 9 Больницы при Оренбургско-Ташкентской железной дороги – 1 Больницы Красного креста – 0 Частные больницы – 0

На основании данных таблицы 15 можно утверждать, что в Тургайской области за период с 1900 по 1915 г. продолжила расширяться сеть специализированных медицинских учреждений. Наряду с больницами Военного министерства, которых к началу XX в. насчитывалось 5,

функционировали больницы Медицинского департамента МВД, количество которых было равно медицинским учреждениям для военных. Уже к 1915 г. количество больниц Медицинского департамента МВД увеличилось в 2,2 раза и стало равным 11. В отличие от трех других областей Степного края, в Тургайской области отсутствовали больницы или приемные покои при различных социальных учреждениях. Однако, как и в других степных областях, расширение сети медицинских учреждений также проходило и по линии Переселенческого управления МВД. К 1900 г. в области не было открыто ни одного медицинского пункта Переселенческого управления. Однако уже в 1910 г. в области насчитывалось 10 медицинских учреждений переселенческой организации. Такой резкий скачок числа больничных учреждений для переселенцев говорит о высоких темпах миграции крестьян на территорию области и возрастающей нужде в получении квалифицированной помощи оседлого населения.

Увеличение численности и усложнение структуры медицинских учреждений Степного края в конце XIX – начале XX в. сопровождалось ростом численности медицинских кадров. Для этого периода в сфере кадрового обеспечения также наблюдались новые тенденции. Во-первых, происходит неизменный рост численности врачей гражданского ведомства, при этом на работу приглашаются женщины-врачи. Наибольший рост численности кадров происходил за счет среднего медицинского персонала – фельдшеров. При этом были фельдшеры, которые занимались оказанием медицинских услуг населению в стационарных амбулаториях, приемных покоях и больницах, но также были и категория разъездных фельдшеров, которые в условиях нехватки медицинских учреждений, совершали поездки к больным в отдаленные районы, как правило, в период эпидемий. Количество врачей Военного министерства на всем протяжении этого периода фактически оставалось неизменным.

Во-вторых, углубилась профессиональная специализация: наряду с имевшими место медицинскими работниками прошлого периода – врачами, фельдшерами, акушерками, оспопрививателями, дантистами, в отчетах

перечисляются – дантисты, фармацевты, эпидемические врачи. В-третьих, в этот период фиксируется появление частнопрактикующих врачей. Причем, как имеющих свой врачебный кабинет, так и ведущих приемы на дому у больных. В-четвертых, по источникам, относящимся к этому периоду, возможно проследить ведомственную принадлежность врачей и их места работы – школьные врачи, врачи при тюрьмах, врачи при больницах, врачи, приглашенные на службу Переселенческим управлением или Комитетом Сибирской железной дороги, врачи при бактериологической лаборатории, врачи, работающие при горнорудных или нефтяных промыслах.

Проследить динамику роста численности медицинских кадров Степного края можно по данным таблиц 16–19.

Таблица 16

Медицинский персонал Акмолинской области в 1900–1914 гг., чел.²⁵⁴

	1900 г.	1905 г.	1910 г.	1914 г.
Областной врачебный инспектор	1	1	1	1
Врачи	Военного министерства – 5, Медицинского департамента МВД – 19	Военного министерства – 5, Медицинского департамента МВД – 18	Медицинского департамента МВД – 31	Медицинского департамента МВД – 36
Женщины-врачи	0	0	3	11
Старшие фельдшеры Военного министерства	5	5	5	5
Младшие фельдшеры Военного министерства	6	6	6	6
Фельдшеры МВД	27	43	98	101
Акушерки	8	21	51	66
Оспопрививатели	? ²⁵⁵	51	?	?
Зубные врачи	0	0	10	25
Дантисты	0	0	3	2
Фармацевты	?	?	21	35
Заводской врач	0	0	1	1

²⁵⁴ Обзор Акмолинской области за 1900 г. Омск, 1901; Обзор Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1907; Обзор Акмолинской области за 1910 г. Омск, 1911; Обзор Акмолинской области за 1914 г. Омск, 1915.

²⁵⁵ Данные не найдены.

Врачи при учебных заведениях	0	0	7	4
Врачи на линии Сибирской железной дороги	0	0	6	5
Эпидемиологический врач	0	0	1	2
Частные врачи	?	?	13	15

Из данных таблицы 16 следует, что в Акмолинской области с 1900 по 1914 г. наблюдался рост численности врачей гражданского ведомства с 19 до 36 (в 1,9 раз). Стоит отметить, что на службу стали приглашать женщин-врачей, число которых также возросло с трех в 1910 г. до 11 человек в 1914 г. Таким образом, рост числа женщин-врачей за 4 года составил 3,6 раза. Во-первых, наибольший рост численности медицинских кадров происходил за счет среднего персонала – фельдшеров. Как видно из данных таблицы 16, в Акмолинской области фельдшеры состояли на службе в Военном министерстве и при Медицинском департаменте МВД. Увеличение численности фельдшеров происходило главным образом именно по линии МВД – с 27 фельдшеров в начале XX в. до 101 фельдшера в 1914 г. Так, количество фельдшеров за 14 лет в Акмолинской области увеличилось в 3,7 раза. Во-вторых, в области произошло углубление профессиональной специализации. Наряду с врачами, фельдшерами, акушерками и оспопрививателями появляются новые специальности – дантисты, фармацевты, заводские и эпидемиологические врачи. Рост числа фармацевтов связан прежде всего с тем, что население могло самостоятельно приобретать необходимые медикаменты в частных аптеках. Согласно данным, представленным в отчетах, численность фармацевтов за 4 года увеличилась с 21 до 35 (в 1,6 раза). В-третьих, в этот период фиксируется появление частных врачей, которые принимали либо у себя на дому, либо имели собственные частные кабинеты. Таким образом, из данных таблицы 16 видно, что расширение медицинского персонала происходило за счет старшего и младшего медицинского персонала гражданского ведомства. Численность же медицинского персонала Военного министерства в Акмолинской области оставалась практически неизменной.

Таблица 17

Медицинский персонал Семипалатинской области в 1900–1911 гг.
(без медицинских работников Военного министерства), чел.²⁵⁶

Специалисты	1900 г.	1906 г.	1911 г.
Областной врачебный инспектор	1	1	1
Врачи	Медицинского департамента МВД – 15	Медицинского департамента МВД – 10	Медицинского департамента МВД – 10
Фельдшеры	10	3	9
Акушерки	6	3	6
Дантисты	1	2	2
Частные врачи	3	?	3
Оспопрививатели	? ²⁵⁷	?	?

Данные таблицы 17 свидетельствуют о том, что в Семипалатинской области по сравнению с Акмолинской областью с 1900 по 1911 г. не произошло резкого роста численности медицинского персонала. Такую тенденцию можно проследить в отношении как старшего медицинского персонала, так и младшего. Несмотря на это, по сравнению с прошлым периодом произошло углубление профессиональной специализации. Медицинскую помощь в Семипалатинской области стали оказывать дантисты и частые врачи, которые вели прием в своих врачебных кабинетах.

Таблица 18

Медицинский персонал Уральской области в 1900–1915 гг., чел.²⁵⁸

	1900 г.	1905 г.	1910 г.	1915 г.
Областной врачебный инспектор	1	1	1	1
Врачи	Военного министерства – 12, Медицинского департамента МВД – 19	Военного министерства – 11, Медицинского департамента МВД – 16	Военного министерства – 11, Медицинского департамента МВД – 17 Переселенческого управления МВД – 4	Военного министерства – 11, Медицинского департамента МВД – 17 Переселенческого управления МВД – 4
Фельдшеры	?	?	Военного	Военного

²⁵⁶ Обзор Семипалатинской области за 1900 г. Семипалатинск, 1901; Обзор Семипалатинской области за 1906 г. Семипалатинск, 1907; Обзор Семипалатинской области за 1911 г. Семипалатинск, 1913.

²⁵⁷ Данные не найдены

²⁵⁸ Обзор Уральской области за 1900 г. Уральск, 1901; Обзор Уральской области за 1905 г. Уральск, 1906; Обзор Уральской области за 1910 г. Уральск, 1911; Обзор Уральской области за 1915 г. Уральск, 1916.

			министерства 49	министерства 65
Акушерки	16	24	14	25
Частные акушерки	0	7	15	19
Фельдшер переселенческого пункта	0	0	5	?
Разъездной фельдшер	?	?	1	?
Фармацевты	?	?	1	1
Врач Джамбейтинской бактериологической лаборатории	0	0	2	2
Уездные врачи	0	0	3	3
Врачи нефтяных промыслов «Доссор»	0	0	3	3
Эпидемические врачи по противочумной деятельности	0	0	0	5

Во-первых, согласно данным таблицы 18, в Уральской области с 1900 по 1915 г. происходил существенный рост числа медицинских кадров. Рост численности врачей гражданского ведомства пополнялся за счет медицинского персонала, направляемого Медицинским департаментом МВД и Переселенческим управлением. За 15 лет общее количество врачей двух ведомств – Медицинского департамента МВД и Переселенческого управления – увеличился с 19 до 21 врача. Однако младший медицинский персонал увеличивался благодаря фельдшерам Военного министерства. Такое соотношение говорит о том, что в Уральской области одинаково эффективно оказывали медицинскую помощь населению как гражданский медицинский персонал, так и медицинский персонал Военного министерства. Во-вторых, исходя из данных таблицы 18, произошло углубление профессиональной специализации. Наряду с врачами, фельдшерами и акушерками в области появились врачи при бактериологической лаборатории, врачи при нефтяной компании «Доссор». В-третьих, отмечен рост количества частных акушерок (с 7 до 19, в 2,7 раза) наряду с ростом количества бесплатных акушерок (с 16 до 25, в 1,56 раза).

Медицинский персонал Тургайской области в 1900–1915 гг., чел.²⁵⁹

Специалисты	1900 г.	1905 г.	1910 г.	1915 г.
Областной врачебный инспектор	1	1	1	1
Врачи	Военного министерства – 5 Медицинского департамента МВД – 11	Военного министерства – 5, Медицинского департамента МВД 14	Медицинского департамента МВД – 18	Медицинского департамента МВД – 17
Фельдшеры	Военного министерства – 5, Медицинского департамента МВД – 16	Военного министерства – 6, Медицинского департамента МВД – 17	Медицинского департамента МВД – 41	Медицинского департамента МВД – 56
Акушерки	5	6	8	8
Зубные врачи	0	0	?	2
Фармацевты	?	?	?	18

Таким образом, данные таблицы 19 свидетельствуют о том, что с 1900 по 1915 г. произошел рост численности медицинского персонала Тургайской области в 2,1 раза. За этот период увеличилось количество старшего и младшего медицинского персонала Медицинского департамента МВД. Во-первых, за 15 лет численность старшего медицинского персонала выросла в 1,5 раза, младшего – в 3,5 раза. Во-вторых, в области появились узконаправленные медицинские специалисты – дантисты, что в свою очередь говорит об углублении профессиональной специализации. В-третьих, в Тургайской области фиксируется появление фармацевтов, что в свою очередь свидетельствует о появлении в области частных аптек, где по рецепту любой желающий мог приобрести медикаменты за свой счет.

Важным аспектом развития медицинской сферы Степного края в конце XIX – начале XX в. стало дальнейшее развитие санитарной службы.

²⁵⁹ Обзор Тургайской области за 1900 г. Оренбург, 1902; Обзор Тургайской области за 1905 г. Оренбург, 1905; Обзор Тургайской области за 1910 г. Оренбург, 1911; Обзор Тургайской области за 1915 г. Оренбург, 1916.

Для улучшения санитарного надзора органы местного самоуправления разработали подробный план мероприятий. С помощью Омской городской думы была образована санитарная комиссия, которая позже была преобразована во врачебно-санитарный совет. В обязанности комиссии входила разработка и решение вопросов об оздоровлении города. Для обеспечения контроля над санитарным состоянием города были образованные санитарное бюро и санитарные попечительства. На службу в данных структурах были приглашены врач, заведующий бюро с окладом в 3000 руб. и два участковых санитарных врача с окладом 2400 руб. Для недопущения образования свалок и слива нечистот в пределах города и на берегу рек было учреждено 10 должностей санитарных надзирателей, учреждена должность дезинфектора. Кроме того, Омская городская дума выработала и приняла обязательные постановления о вывозе нечистот из города. Были закрыты старые свалки и выбраны новые места в удаленных частях города. Для исследования качества пищевых продуктов и их соответствию санитарным нормам была оборудована специальная лаборатория²⁶⁰.

Неблагополучная санитарная обстановка была характерна для многих городов и населенных пунктов Степного края. Уездный врач Л.А. Кузнецов о санитарных условиях города Атбасар писал: «Имею честь просить разъяснить мне, чем считается Атбасар, городом или станицей, и кому принадлежит санитарный надзор за ним — уездному ли врачу или казачьему? Санитарное состояние Атбасара неудовлетворительное, р. Атбасарка загрязняется массами скота, улицы грязные, дворы также, окрестности города завалены навозом»²⁶¹.

Еще более печальную картину санитарного состояния Петропавловка в конце XIX в. оставил в своей работе «Медико-статистический и санитарный очерк города Петропавловска» уездный врач Ц.А. Белиловский. В частности, в

²⁶⁰ От прошлого к настоящему: Энциклопедия Омска. URL: <https://admomsk.ru/web/guest/city/history/encyclopedia/past-and-future> (дата обращения: 17.04.2023).

²⁶¹ Галиев В.З. Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане. Вторая половина XIX в. Алма-Ата, 1982. С. 103.

ней он отписывал организацию производства на салотопенных предприятиях города: «На заводе Семенова главное здание разделяется на правую и левую половины. В правом отделении находятся 6 котлов для топления сала; в левой половине 12 чанов для выделки (квашения) кож. Во дворе – сараи для убоя овец и скота. Во дворе всюду кости, копыта, рога; он весь выстлан ими. В одном из котлов – шкварки, вонь от них невообразимая. Внизу под горой огромная лужа, из всех заводов стекает сюда вода, особенно осенью, с костями, кишками, копытами, остатками от дубления. Каждый котел вмещает 1500 ведер. Из них 400 ведер (10 бочек) воды вливается, чтобы растопленное сало всплывало наверх. Сало снимается, а вода с ашурой (шкварки-выжарки) спускается через отверстие, попадает в корыто и дальше в дощатый бассейн. Ашура вылавливается для продажи на корм свиньям, а вода через отверстия уходит. Таких котлов всего 32. Каждые два дня воду обновляют. Заводы салотопенные работают 2 месяца, всего стекает 400 000 ведер воды. От этой мути проезжие зажимают нос, она у дороги. Даже зимою оттуда несет падалью. Весной Ишим разливается и все пространство в 10–15 верст – одна клоака»²⁶².

Еще один кожевенный завод был построен предпринимателем Васяниным прямо на берегу Ишима. Об этом заводе Ц.А. Белиловский писал: «Подходите, и вам представляется следующее зрелище: как раз около завода со стороны Ишима обрыв; на этом обрыве куча извести, навоза, дуба, рогов, копыт; видно место, откуда сваливается все ненужное в Ишим. Тут же маленький ручей протекает и впадает в Ишим. Этот ручей берет свое начало в самом заводе, в месте нахождения чанов, из которых каждый наполнен известковой провонявшейся жидкостью. На поверхность воды в этих же чанах выступают пузыри. На неровных полах в этих помещениях всюду застойная вонючая вода, покрытая плесенью, всюду грязные комки шерсти, а по местам целые кучи грязной шерсти, все это киснет, плесневеет, распространяет страшный смрад. Из чанов вынимаются кожи, с них теперь легко соскребают шерсть и волос; при

²⁶² Галиев В.З. Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане. Вторая половина XIX в. С. 103.

этом из них вода льется на пол и, смешанная с шерстью, спускается в углубление, выходящее под стеною наружу на двор, а оттуда прямо в Ишим. Кожи промывают прямо в Ишиме...».

В аналогичных антисанитарных условиях работали предприятиях и в других городах Степного края. Так, на 21 салотопенном заводе Петропавловска стояло 32 котла. Кроме того, по городу было разбросано 9 овчинных заведений. Всего в городе было 47 заводов²⁶³. В самом Петропавловске, по сообщению Ц.А. Белиловского, «улицы города мостились навозом. Грязь была в центре города, в грязи и антисанитарии тонули окраины и слободы». Белиловский писал о Казачьей станице: «Эта часть есть не только наигрязнейший уголок всего города Петропавловска, но, мне кажется, и всего земного шара. Вы здесь ходите, а в ненастье бродите по топкой навозной почве. Кроме навоза на улицу выбрасывают все отходы, помои и т. п. Весною и осенью вы с отчаянием пробираетесь на тележке к какому-нибудь больному. Въезжаете во дворик и не знаете, куда ногой ступить: какие бы ни были глубокие калоши, а вы непременно очутитесь по колено в какой-то густой бурой навозной грязи. Вы ступаете ногой, кажись, на твердое место, а нога тонет и оставляет после себя яму, полную темно-бурой вонючей жидкости. По многим улицам и переулкам, находящимся в соседстве с р. Ишим, по улице, направляющейся с горы и вдоль мимо мечети, затем через площадь мимо церкви, дальше вплоть до выезда за город, и по многим другим улицам и переулкам подгорной части весною и осенью невозможно ни пройти, ни даже проехать, – сплошные навозные болота, сплошная вонючая квакша!»²⁶⁴.

В связи с экономическим развитием Омска в городе стали появляться различные заведения по обработке сырых животных продуктов. Все эти производства считались крайне неблагоприятными в санитарном отношении, потому что имели отношение к материалу, который быстро портится и гниет. К

²⁶³ Там же. С. 104.

²⁶⁴ Галиев В.З. Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане. Вторая половина XIX в. С. 105.

тому же твердые и жидкие отбросы производства не уничтожались, а загрязняли большие пространства, продукты их гниения заражали почву, воду и воздух²⁶⁵.

Для улучшения санитарного состояния города Омская городская дума образовала особую надзорную единицу – санитарную комиссию, в которую вошли 10 контролеров. В круг их обязанностей входил контроль за недопущением свалок мусора и нечистот в пределах города и на берегу рек. Кроме того, члены санитарной комиссии имели право обследовать собственные дворовые участки омичей, осуществляли надзор за состоянием торговых точек, гостиниц и постоянных дворов с целью поддержания ими благоприятного санитарного состояния²⁶⁶. В 1914 г. санитарный врач Омска Н.М. Кононов утверждал, что гостиницы и трактирные заведения также нуждаются в санитарном контроле, поскольку четких правил, регламентирующих устройство и содержание этих заведений, еще не разработали²⁶⁷. Однако, как отмечал сам врач, санитарный надзор на каждом шагу сталкивался с нарушением самых элементарных санитарно-гигиенических требований. Например, 25% всех трактирных заведений Омска были расположены в разваливающимися зданиях, причем некоторые настолько ветхие, что могли рухнуть каждую минуту²⁶⁸.

Увеличение численности оседлого земледельческого населения, процессы урбанизации и формирование рыночного сегмента в экономике Степного края вызвали необходимость мобилизации усилий областных правлений с целью совершенствования системы медицинского обслуживания населения. Столь удручающая ситуация не могла оставаться без внимания властей. В конце XIX в. в областных управлениях Степного края были сформированы областные санитарно-исполнительные комиссии, на которых возлагались функции по санитарному надзору в области. Для этого проводились запланированные и

²⁶⁵ Врачебно-санитарная хроника города Омска. 1914 год. Омск, 1915. С. 35.

²⁶⁶ Клячкин В.Е. Естественное движение населения г. Омска по параллельным данным за 1913, 1916, 1923–1926 гг. Омск, 1928. С. 35–36.

²⁶⁷ Врачебно-санитарная хроника города Омска. 1914 год. Омск, 1915. С. 21.

²⁶⁸ Там же. С. 25.

незапланированные осмотры мясных лавок и других заведений, где осуществлялась торговля продовольственными товарами. Также областные санитарно-исполнительные комиссии осуществляла осмотр пребывающих в область переселенцев. Благодаря работе созданных организаций удалось не только увеличить число медицинского персонала области, но и улучшить санитарно-эпидемиологическую обстановку в регионе. Санитарно-исполнительная комиссия регулярно выявляла факты нарушения продажи продовольственных товаров и выписывала штрафы, снимала с теплоходов больных крестьян-переселенцев и отправляла их на лечение. Областной комитет сумел замедлить рост заболеваемости в регионе путем популяризации оспопрививания среди местного кочевого населения.

Следует отметить, что областные санитарно-исполнительные комиссии работали в тесном контакте с военными губернаторами и генерал-губернаторами Степного края. Результатом их взаимодействия стало принятие целого ряда нормативных документов, позволявших положительно решать вопросы санитарной службы и улучшать медико-санитарную ситуацию в регионе. Так, например, в Акмолинской области в начале XX в. действовал целый ряд постановлений Акмолинского губернатора: О мерах предупреждения и прекращения сапа; О мерах предупреждения и прекращения ящура; О содержании живодерен и скотских могильников²⁶⁹.

В условиях развития промышленности по переработке сельскохозяйственной продукции особое внимание власти уделяли вопросам организации на предприятиях данной отрасли санитарного контроля. В частности, по распоряжению Акмолинского губернатора в 1905 г. были введены «Правила об открытии и устройстве заводов и складов для сырых животных продуктов»²⁷⁰. Кожевенные, овчинные, салотопенные и другие подобные заводы, а также склады невыделанной кожи, шерсти, костей и других животных продуктов должны были строить только за чертой населенных

²⁶⁹ Памятная книга Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1906. С. 87–98.

²⁷⁰ Там же. С. 98–100.

пунктов и обязательно ниже селений по течению рек. В рамках правил заводы и склады в обязательном порядке огораживались забором. Помещения, в которых производилась обработка животного сырья, должны быть оборудованы непроницаемыми полами, иметь специальные стоки для вывода отходов производства наружу²⁷¹.

Неотъемлемым условием для функционирования заводов и складов сырых животных продуктов на основании Правил 1905 г. являлось отделение производственных помещений от жилых. Рабочим в производственных и складских помещениях запрещалось принимать пищу и устраивать ночлег. Процесс обработки сырья также был четко регламентирован данными правилами. Сырые продукты животного происхождения промывались и замачивались только в специально обустроенных для этого резервуарах с непроницаемыми стенками. Использованная вода подвергалась обеззараживанию и спускалась в отгороженные колодцы²⁷². Отбросы производства должны были вывозить в специально предназначенные для этого места, где их уничтожали путем сжигания или закапывания в землю. Просушка продуктов животного происхождения должна производиться при самом заводе или складе, либо в огороженном месте, доступ к которому запрещен домашним животным.

В отношении сертификации продуктов, поступавших на завод или склад, также действовали строгие правила. Сырые животные продукты при доставке на завод или склад должны обладать специальным свидетельством качества. В случае отсутствия таких документов животные продукты, согласно Правилам 1905 г., перед продажей или обработкой подвергались дезинфекции под наблюдением ветеринарного врача. Заболевшие работники предприятий имели социальные гарантии. Так, в случае обнаружения заболевания среди персонала,

²⁷¹ Памятная книжка Акмолинской области на 1913 год. Омск, 1913. С. 98.

²⁷² Памятная книжка Акмолинской области на 1913 год. С. 99.

работающего на складах или заводах, их владельцы обязаны немедленно сообщать об этом в полицию или органы сельской власти²⁷³.

Пропаганде санитарных правил и улучшении санитарной ситуации в населенных пунктах Степного края значительное внимание уделяли органы местного самоуправления. Например, Акмолинской городской думой неоднократно на рабочих заседаниях обсуждался вопрос о благоустройстве города. Дума приняла по данному вопросу обширное постановление, предусматривавшее соблюдение жителями Акмолы следующих правил: «во всякое время года улицы города должны содержаться в чистоте; накануне воскресенья и праздничных дней горожане обязаны вымести часть улицы, прилегающую к домовладению, и убрать мусор; лавки в гостином ряду должны содержаться в опрятности и чистоте, реализуемые пищевые продукты и напитки не должны содержать вредных для здоровья населения примесей и быть свежими; не реже одного раза в месяц владельцы домов обязаны чистить дымовые трубы и печи». Кроме того, горожане обязаны были соблюдать определенные правила санитарной гигиены. Не была обойдена вниманием даже проблема бродячих собак²⁷⁴.

Согласно постановлению Омской городской думы от июля 1913 г. городская управа согласовала вопросы об участии санитарного врача в санитарно-гигиенической выставке. Городская управа предусматривала возможность командирования и других городских врачей для участия в данном мероприятии. Все расходы должны были быть отнесены по смете за 1913 г.²⁷⁵

Городская управа, кроме вопросов о командировании врачей, также рассматривала ходатайства о разрешении выдачи отпуска медицинским и аптекарским работникам. Так, на заседании городской управы 11 июня 1913 г.

²⁷³ Там же.

²⁷⁴ Касымбаев Ж., Агубаев Н. История Акмолы. URL: bibliotekar.kz

²⁷⁵ Врачебно-санитарная хроника города Омска. Омск, 1913. С. 1.

было принято решение о разрешении выдачи отпуска врачу городской больницы протяженностью 4 месяца с сохранением заработной платы²⁷⁶.

В широкий круг обязанностей городской управы также входило и решение вопросов о выдаче пособий младшему медицинскому персоналу. Так, в июле 1913 г. на заседаниях управы было рассмотрено два ходатайства о выдаче пособий фельдшерам Меньшиковой и Каденации в размере 100 рублей каждой из сумм, выделенных по смете 1913 г. на содержание больницы. В результате удовлетворения еще одного ходатайства фельдшеру Морожникову было выдано пособие в размере годового оклада²⁷⁷.

Кроме того, городская управа занималась решением вопросов о материально-техническом оснащении больничных учреждений. Так, в 1913 г. в Омске встал вопрос о перемещении городской амбулатории в здание микроскопической станции. Такие меры были необходимы вследствие предстоящего ремонта амбулатории. На время ремонтных работ, а именно в летние месяцы, было предложено перенести амбулаторию в здание микроскопической станции, так как оно располагалось по соседству. После согласования перемещения городская управа признала вполне допустимым временное перемещение амбулатории²⁷⁸.

Одним из направлений деятельности городской думы и городской управы являлось рассмотрение докладов и заявлений медицинских работников Омска. Так, летом 1913 г. Козьмин отправил два заявления на имя городской управы. Одно от домовладельцев на улице Госпитальной, где функционировали дома терпимости, с требованием закрыть все публичные дома. Другое же заявление было подано от лица владельцев данных заведений с просьбой не закрывать дома терпимости и оставить их на прежнем месте. Оба заявления были рассмотрены на заседании врачей при санитарном бюро, на котором было признано, что вопрос о закрытии домов терпимости уже давно требовал

²⁷⁶ Там же. С. 2.

²⁷⁷ Там же.

²⁷⁸ Врачебно-санитарная хроника города Омска. С. 6–7.

решения. После прочтения доклада и обмена мнениями было принято решение, согласно которому публичные дома необходимо закрыть. Данное решение для согласования было отправлено в городскую управу²⁷⁹.

Городская управа имела право поручать санитарным врачам проводить санитарные осмотры помещений, лечебных и учебных учреждений. В 1913 г. в ходе одной из проверок санитарного врача 1-го участка Омска М.Н. Кононова было выявлено, что важнейшим условием для упорядочивания мелкой торговли является требование, согласно которому лавка могла открыться только при разрешении городского управления. Такие меры могли бы предотвратить целый ряд наиболее главных санитарных нарушений²⁸⁰. В этот же период по поручению управы было произведено санитарное обследование салотопенных, мыловаренных и овчинных заведений. В ходе проверки было выявлено, что в процессе производства наблюдается ряд серьезных санитарных дефектов. В результате, в городскую управу была передана информация, что наличие салотопенных учреждений в данной местности недопустимо²⁸¹.

В этот же период по поручению главы города было проведено обследование условий работы и жизни грузчиков. С этой целью были осмотрены пристани, лесные склады и постоянные двory. В результате проверки был выявлен факт полной антисанитарии на место проживания грузчиков²⁸².

При содействии городской управы в середине января 1914 г. было созвано совещание врачей и владельцев колбасных заведений для рассмотрения обязательных постановлений об открытии и содержании колбасных заведений и лавок. В ходе совещания были вынесены следующие решения: для поддержания надлежащих санитарно-гигиенических норм и требований недопустимо наличие деревянных полов в данных заведениях. Для перевозки колбасной продукции предусматривалось использование только оцинкованной посуды. Данные меры были предприняты с целью улучшения санитарных

²⁷⁹ Там же. С. 8.

²⁸⁰ Там же. С. 103.

²⁸¹ Врачебно-санитарная хроника города Омска. С. 104.

²⁸² Там же. С. 110.

условий торговли пищевыми продуктами, так как в некоторых районах Омска наблюдалась антисанитарная обстановка при продаже мясных изделий²⁸³.

В феврале 1914 г. городская управа рассмотрела вопрос о постройке скотобойни в Омске. В ходе совещаний и заседания исполнительной комиссии было выделено 2100 руб. на устройство скотобойни и очистительных сооружений при данном учреждении²⁸⁴.

В 1915 г. Омская городская дума рассмотрела сразу несколько ходатайств, касающихся улучшения санитарно-эпидемиологической обстановки в городе. Во-первых, Омское общество врачей обратилось в городскую думу с просьбой о выделении денежного пособия обществу для борьбы с туберкулезом в летней детской колонии. Во-вторых, был рассмотрен проект, содержащий обязательные постановления об ассенизационном промысле и вывозе нечистот из Омска. В-третьих, организация Красного Креста также обратилась в городскую думу с прошением о выделении денег для отпуска воды из водозаборов городского водопровода для обеспечения бедных детей²⁸⁵.

Важнейшим вопросом благоустройства и санитарного состояния сибирских городов было водоснабжение. В крупных городах строились водопроводы, а в мелких селениях обустроивались колодцы для использования в летнее время. В зимний период во многих городах Сибири забор воды осуществлялся из прорубей на реках и озерах. В Омске договор на постройку водопровода был заключен в 1912 г с Акционерным обществом Брянского рельсопрокатного железоделательного и механического завода. В эксплуатацию водопровод был введен в 1915 г., а его мощность составила 360 тыс. ведер воды в сутки²⁸⁶.

²⁸³ Врачебно-санитарная хроника города Омска. Омск, 1914. С. 11.

²⁸⁴ Там же. С. 3.

²⁸⁵ Врачебно-санитарная хроника города Омска. Омск, 1915. С. 2.

²⁸⁶ Скубневский В.А., Гончаров Ю.М. Города Западной Сибири во второй половине XIX – начале XX в.: Население. Экономика. Застройка и благоустройство. Барнаул, 2014. С. 187.

Несмотря на все попытки местных органов самоуправления улучшить санитарное положение Омска, оно по-прежнему не отвечало потребностям растущего города. В 1910 г. городские больницы и приемный покой могли разместить только 180 пациентов. В начале XX в. в городе отсутствовала канализация. Зимой город утопал в снежных сугробах, а весной и осенью повсюду была грязь.²⁸⁷

По воспоминаниям современников, Омск не производил впечатления центрального города в Сибири. По воспоминаниям советского дипломата И.М. Майского, детские годы которого прошли в Омске, «город имел жалкий и унылый вид. Улицы пыльные, немощные, весной и осенью утопающие в непролазной грязи»²⁸⁸.

Начало XX в. связано с организацией в Степном крае дезинфекционной службы. В 1912 г. в Омске по предложению городского санитарного бюро была учреждена должность фельдшера-дезинфектора. Базой для его работы стал бывший холерный барак. В течение 1913 г. городской дезинфектор работал один, имея в своем распоряжении лошадь, конюха и некоторую дезинфекционную аппаратуру. С получением двух дезинфекционных аппаратов «Гелиос» был создан примитивный санитарный пропускник. При этом число дезинфекторов увеличилось до двух, рабочих – до четырех человек, транспорт – до двух лошадей. Так образовался дезинфекционный отряд, который проводил работу по обеззараживанию жилищ, вещей и санитарной обработке людей. Большой поток беженцев и военнопленных в годы Первой мировой войны способствовал развитию эпидемий, и штат работников дезинфекционного отряда к 1917 г. увеличился до 15 человек²⁸⁹.

²⁸⁷ От прошлого к настоящему: Энциклопедия Омска. URL: <https://admomsk.ru/web/guest/city/history/encyclopedia/past-and-future> (дата обращения: 17.04.2023).

²⁸⁸ Скубневский В.А., Гончаров Ю.М. Города Западной Сибири во второй половине XIX – начале XX в.: Население. Экономика. Застройка и благоустройство. С. 165.

²⁸⁹ Гагарин Н. Н. Из истории дезинфекционного дела в городе Омске // Вопросы гигиены. Омск, 1967. С. 186–190; Ахтулова Л. А. История основания дезинфекционной службы в Омске // Омский науч. вестник. Омск, 2004. № 3 (сент.). С. 232–234.

В целом гражданские власти, медицинские работники, органы местного городского самоуправления внесли значительный вклад в развитие медико-санитарной службы. Их совокупная деятельность была связана с распространением и гигиенических знаний в народе, разработкой способов профилактики заболеваний и контролем над санитарным состоянием школ, тюремных учреждений и заводских предприятий, исследованием местных условий питания, водоснабжения, промыслов; с изучением общих условий жизни сельских жителей и их связи с возникновением болезней и смертности населения. Ряд вопросов выносился на региональный уровень для разработки совместных мероприятий.

Конец XIX в. стал периодом роста темпов крестьянской миграции в Степной край, которые еще более увеличились во время проведения Столыпинской аграрной реформы. По данным переписи населения Российской империи 1897 г., на территории Степного края выделялось три наиболее крупные этнические группы: казахи, составлявшие 81,7% населения, русские – 10,9 и украинцы – 1,9%. Но уже в 1914 г. удельный вес казахов снизился до 65,1%, а восточных славян (русские, украинцы, белорусы) возрос до 29,6%²⁹⁰. Следовательно, за 1897–1914 гг. удельный вес казахов снизился на 16,6 пункта, а славянского населения поднялся на 16,8 пункта.

Главной причиной снижения удельного веса коренного населения и его соотношения с другими этническими группами было положительное сальдо миграции русского и украинского населения. Крестьянская колонизация Степного края особенно усилилась в последнем десятилетии XIX в. – начале XX в. в связи со Столыпинской аграрной реформой. Всего за 46 лет (1871–1917 гг.) в крае осело свыше 1,6 млн чел. (без вернувшихся обратно), подавляющее большинство, которых прибыло в 1907–1916 гг.²⁹¹

²⁹⁰ Краснобаева Н. Л. Население Казахстана в конце XIX – первой четверти XX в. : автореф. дис. ... канд. ист. наук. Барнаул, 2004.

²⁹¹ Бекмахановна Н. Е. Многонациональное население Казахстана и Северной Киргизии в эпоху капитализма (60-е гг. XIX – 1917 г.). М., 1986.

С увеличением пассажиропотока по железным дорогам Сибири возросла и потребность в организации медицинского обслуживания на железных дорогах не только пассажиров, но и работников железной дороги. Однако вопрос медицинского обеспечения рабочих и служащих Сибирской железной дороги встал еще на этапе ее строительства. Медицинские пункты в Сибири в целом встречались крайне редко, а потребность в обращении за помощью в условиях аварийных ситуациях была велика. Именно это и стало отправной точкой для появления самостоятельной железнодорожной медицинской службы²⁹².

Так как Омск был одной из узловых станций Сибирской железной дороги в Сибири, то вставал вопрос об организации и обеспечении медицинской помощи железнодорожных рабочих. Для разработки единого проекта врачебной службы на железных дорогах в 1886 г. был созван съезд врачей и представителей от железных дорог для согласования норм и правил оказания медицинской помощи железнодорожникам. По результатам съезда было выпущено Положение о врачебно-санитарной службе на эксплуатируемых и строящихся наземных железных дорогах²⁹³. Согласно этому положению железные дороги делились на врачебные и фельдшерские участки определенного размера. С целью регламентирования врачебно-санитарной части в 1893 г. были изданы Правила врачебно-санитарной службы на железных дорогах, открытых для общественного пользования²⁹⁴. Данные правила определили структуру железнодорожной медицины, определили категории медицинского персонала и их функции, регламентировали условия отпуска лечебных препаратов из железнодорожных аптек.

В обязанности врачей при железной дороге входили: оказание медицинской помощи работникам железнодорожных станций и членам их

²⁹² Шаламов В.А. История развития здравоохранения в Восточной Сибири в конце XIX – первой трети XX веков : дис. ... канд. ист. наук. Иркутск, 2022. С. 88.

²⁹³ Шупикова А.О. Организация и функционирование системы медицинского обслуживания железнодорожников Сибири (конец XIX в. – 1917 г.) : дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2015. С. 38.

²⁹⁴ Правила врачебно-санитарной службы на железных дорогах, открытых для общественного пользования. СПб., 1900.

семей, проведение медицинских и профилактических осмотров принимаемых на работу служащих и уже работающих железнодорожников, обеспечение санитарного благополучия полосы отчуждения²⁹⁵.

Сибирская железная дорога из-за отдаленности от центральных губерний и суровости климата, как и вся территория Степного края, испытывала резкий дефицит врачебного персонала. Средняя протяженность врачебного участка составила 148 верст. Однако уже к 1905 г. средняя протяженность сократилась до 120 верст.

Очень часто врач по причине высокой загруженности врач не имел возможности осмотреть больного рабочего. В таких случаях он вместо себя отправлял фельдшера, в обязанности которого входили постановка диагноза и назначение лечения, которые в обязательном порядке должен был подтвердить врач. Однако врачи, которые не могли посетить больного, знали все о симптомах болезни и назначенном лечении только от младшего врачебного персонала. Такая организация медицинского обеспечения вызвала недовольство со стороны пациентов, так как фельдшеры часто не могли правильно поставить диагноз, из-за чего назначенное лечение оказывалось неудовлетворительным²⁹⁶.

Кроме того, работа фельдшера включала в себя стационарно-разъездной характер. В случаях вспышек эпидемий или инфекционных заболеваний фельдшеру приходилось за день преодолевать многокилометровые расстояния, приезжая к больным с целью их осмотра. Многочасовой рабочий день и дальние переезды отрицательно сказывались на качестве оказания помощи больным. Зачастую диагнозы были поставлены неправильно, вследствие чего выбиралась неправильная тактика лечения²⁹⁷.

²⁹⁵ Леви Г.Л. О служебном положении врачебного персонала на железных дорогах // Протоколы заседаний 1 Совещательного съезда железнодорожных врачей русских железных дорог, созванного в Санкт-Петербурге на 4 июня 1898 г. СПб., 1898. С. 18.

²⁹⁶ Отчет о врачебно-санитарном состоянии эксплуатируемых железных дорог за 1909 г. СПб., 1910. С. 18–19.

²⁹⁷ Шупикова А.О. Медицинское обслуживание железнодорожников Сибири в конце XIX – начале XX вв.: социокультурный аспект (по материалам печати) // Омский научный вестник. №5 (119). Омск, 2013. С. 44.

В этот период существовала практика проверки здоровья работников во время остановок поезда на станциях по пути следования состава. Железнодорожники, обслуживающие пути или работающие на станции, выстраивались на платформе в ожидании поезда. Даже если стоянка поезда осуществлялась несколько минут, то врач проводил быстрый осмотр работников. Он включал в себя осмотр языка, постановку диагноза и назначение лекарства. Информация о поставленном диагнозе выдавалась либо на станции, либо отправлялась почтой по названному адресу²⁹⁸.

Распространенной являлась ситуация, когда врачи, находящиеся на государственной службе, одновременно занимались и частной практикой. Железнодорожники отмечали, что один и тот же врач относился к пациенту по-разному. Все зависело от того, обращались ли пациенты за медицинской помощью по линии государственного обеспечения или самостоятельно оплачивали прием. Объяснить это можно тем, что врач, находящийся на государственной службе, в соответствии со своей должностной инструкцией должен лечить железнодорожников, не имея к этому никакой дополнительной мотивации. В свою очередь, когда этот же врач занимался частной практикой, то он был обходителен с пациентами, наиболее тщательно производил осмотр и выставлял диагноз, а также более внимательно выписывал лекарства. Причиной этому служила высокая конкуренция за пациентов-железнодорожников среди врачей, работающих на станциях²⁹⁹.

При выдаче лекарств железнодорожным рабочим также возникали проблемы. Согласно Правилам врачебно-санитарной службы Сибирской железной дороги был установлен регламент отпуска лекарств из железнодорожных аптек. Бесплатно лекарство отпускались только по рецептам железнодорожных врачей. Лекарства, выписанные частными врачам, перед отпуском из аптеки в обязательном порядке должны быть заверены у

²⁹⁸ Обзор печати // Железнодорожник. №64. 1904. С. 16.

²⁹⁹ Шупикова А.О. Медицинское обслуживание железнодорожников Сибири в конце XIX – начале XX вв.... С. 44.

железнодорожного врача. Кроме того, лекарство, выписанное частным врачом после обеда, можно было получить только на следующий день после обеда, что создавало определенные трудности в организации лечебного процесса работников железной дороги³⁰⁰.

Одной из главных проблем в организации медицинского обеспечения железнодорожников была нехватка низшего медицинского персонала и его низкая квалификация. Из-за недостатка медицинских кадров для обслуживания работников Сибирской железной дороги приглашались ротные фельдшеры, что было запрещено правилами санитарной службы. Ротными фельдшерами являлись солдаты, которые во время службы помогали опытным фельдшерам делать перевязки, промывание ран и их бинтование. После двух лет работы в качестве помощников они сдавали специальный экзамен и могли стать ротными фельдшерами, однако к самостоятельной фельдшерской работе они не были готовы³⁰¹.

С увеличением темпов и масштабов переселенческого движения в Степной край всё острее становился вопрос об оказании медицинской помощи в сельских районах областей региона. К концу XIX в. ситуация в сфере сельской медицины региона оставалась крайне тяжелой. По действующему законодательству – Степному положению 1892 г. – в каждом уезде были введены должности уездных врачей. Помимо непосредственных задач оказания медицинской помощи жителям уездных городов, они должны были «заниматься судебно-медицинскими и медико-полицейскими обязанностями»³⁰². Таким образом, свободного времени у них не оставалось, и они не имели возможности выезжать в сельские районы, посещать переселенческие села и казахские аулы.

³⁰⁰ Правила врачебно-санитарной службы Сибирской железной дороги относительно отпуска лекарств из железнодорожных аптек. // Вестник Сибирской железной дороги. № 11–12. 1905. С. 19.

³⁰¹ Шупикова А.О. Медицинское обслуживание железнодорожников Сибири в конце XIX – начале XX вв. ... С. 45.

³⁰² Обзор Акмолинской области за 1907 год. Омск, 1908.

Проблема медицинского обеспечения сельского населения Российской империи являлась актуальной не только для Степного края, но и для всего государства. В созданной в 70–90-е гг. XIX в. земской медицине практиковалась так называемая разъездная система медицинского обслуживания: врач, живший в городе или в уезде при амбулатории, должен был время от времени (раз в месяц или реже) объезжать фельдшерские пункты уезда, во главе которых стояли фельдшеры, имевшие краткосрочную медицинскую подготовку, для контроля за их деятельностью и оказания врачебной помощи населению. По мнению Л.Н. Карпова, «существование такой системы земства оправдывали соображениями экономии и необходимостью уравнительного обслуживания всего крестьянского населения, поскольку оно уплачивало уравнительный земский сбор»³⁰³.

В 80-е гг. XIX в. от разъездной системы оказания врачебной помощи в сельских районах Российской империи стали посотенно отказываться. На смену ей пришла так называемая смешанная модель, при которой в сельских населенных пунктах создавались постоянные врачебные пункты с фельдшерами. Врачи выезжали в отдаленные районы только в экстренных случаях: при отравлениях, трудных родах, тяжелых травмах, эпидемиях. Со временем на месте врачебных пунктов стали создаваться сельские лечебницы. Более сильные экономически земства стали приглашать в них врачей. По данным Л.Н. Карпова, в 80-е гг. XIX в. «разъездная система существовала в 134 уездах Российской империи, в 206 была смешанной и только в 19 уездах появилась стационарная система. Через 20 лет, к 1900 г., смешанная система была представлена в 219 уездах, разъездная сохранилась только в двух, а 138 уездов перешли на стационарную систему»³⁰⁴.

Появление в земствах двух и более врачей на уезд создало возможность разделения его территории на участки в соответствии с количеством врачей и постоянного (стационарного) размещения их в определенных пунктах уезда (не

³⁰³ Карпов Л. Н. Земская санитарная организация в России. Л., 1964.

³⁰⁴ Карпов Л. Н. Земская санитарная организация в России.

обязательно с наличием больницы). Тем самым впервые зародилась система медицинского обслуживания, впоследствии переросшая в участково-территориальную. Возникновение врачебного участка на селе стало одной из серьезных заслуг земской медицины и развития системы здравоохранения в Российской империи³⁰⁵.

Формирование участковой медицины в сельских регионах страны сопровождалось дискуссией среди медицинских работников и региональных властей о правильном размещении сельских медицинских участков. Для многих было очевидно, что основным должен был стать принцип децентрализации и доступности, то есть «возможно больше приближение врачей к населению». Таким образом, население получало возможность «преодолевать расстояние» и «ездить к врачу за помощью...». Земские медицинские деятели полагали, что врачебный участок на селе должен иметь радиус в пределах 10 верст, площадь 314 кв. верст с населением на участке 6–6,6 тыс. чел.³⁰⁶. Обращаемость сельского населения в участковые лечебницы находилась в прямой зависимости от расстояния: при расстоянии (радиусе) до участковой лечебницы в 5–6 верст обращаемость была близка к 100% (от всех заболевших), при расстоянии в 7–12 верст – падала до 50%, а при большем расстоянии, учитывая плохое состояние дорог, едва достигала 20% в год³⁰⁷.

Врачебный участок должен был включать участковую лечебницу, в которую входили: 1) стационар (как правило, на 5–10 коек) с родильным и сифилитическим отделениями; 2) заразный барак; 3) амбулатория для приема проходящих больных. Предусматривалось также помещение для аптеки, квартира для врача, дом для персонала. Однако во многих земствах существовали не все эти структурные подразделения.

³⁰⁵ Там же.

³⁰⁶ Жук А. П. Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60–70 гг. XIX в. М., 1963.

³⁰⁷ Страшун И. Д. Русская общественная медицина в период между двумя революциями 1907–1917. М., 1964.

В Степном крае, в связи с ростом темпов переселенческого движения, организация медицинской помощи новоселам являлась в высшей степени важным вопросом. К концу XIX в. сельская медицина в регионе фактически отсутствовала. Так, наименьший врачебный участок в Акмолинской области занимал территорию в 1800 кв. верст, с радиусом до 210 верст и с населением в более чем 15 тыс. человек. Наибольший же участок по площади достигал 121736 кв. верст с радиусом около 1000 верст, где проживало более 100 тыс. человек. Таким образом, в среднем на одного врача приходилось около 100 тыс. чел³⁰⁸. В Семипалатинской области площадь участка варьировалась от 4500 до 72 тыс. кв. верст с радиусом от 80 до 450 верст и с населением от 20 тыс. до 80 тыс. человек, где в среднем на одного врача приходилось около 40 тыс. человек, так же, как и в Тургайской области³⁰⁹. Наиболее благоприятная ситуация в сфере медицинского обеспечения переселенцев наблюдалась в Уральской области. К 1900 г. медицинский штат насчитывал 30 врачей на почти 700 тыс. населения. Таким образом, один врач приходился на 25 тыс. человек³¹⁰.

Положение новоселов было крайне бедственным по сравнению со старожильческим населением. В то время как деревни коренных сибиряков территориально тяготели к административным центрам волостей Степного края, переселенческие поселки в большинстве своем располагались по периферии. Такие поселки находились вдали от дорог, вследствие чего весной и осенью туда было трудно, а иногда и вовсе невозможно добраться³¹¹.

³⁰⁸ Обзор Акмолинской области за 1900 год. Омск, 1901. С. 48.

³⁰⁹ Власова А.И. Состояние врачебной части медико-санитарной службы в сельских районах Акмолинской и Семипалатинских областей Степного края (1890-е – 1917 г.) // Известия Алтайского государственного университета. 2022. № 3 (125). С. 21; Обзор Тургайской области за 1900 год. Оренбург, 1902. С. 12.

³¹⁰ Обзор Уральской области за 1900 г. Уральск, 1901. С. 23.

³¹¹ Власова А.И. Проблемы организации медико-санитарной службы в Степном крае в местах водворения крестьян (начало 1900-х гг.). // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета. Электронный научный журнал. 2022. № 4 (44). С. 202–213. URL: http://vestospu.ru/archive/2022/articles/8_44_2022.pdf.

Недоступность сельской медицинской помощи и отсутствие путей сообщения становились причиной высокой заболеваемости сельских жителей в большинстве областей Степного генерал-губернаторства³¹². Так, например, в 1900 г. число заболевших в Акмолинской области равнялось 131420 человек, а в 1901 г. число заболевших уже равнялось 162353 человека³¹³. В Семипалатинской области в 1901 г. заболевших, обратившихся за амбулаторной помощью, насчитывалось 41539, а уже в следующем году этот показатель вырос на 12300 человек и составил 53839 больных³¹⁴.

Другая проблема заключалась в санитарном состоянии переселенческих поселков и природных особенностях местности, куда водворялись крестьяне. Сырые и болотистые районы давали большой процент лихорадочных заболеваний. В поселках, где переселенцы не успели в теплые месяцы построить себе бревенчатые дома и проживали в землянках, наблюдалась цинга и ревматические заболевания. Отсутствие своевременной уборки и, как следствие, наличие грязи, которая присутствовала во всех новых поселках, становилась причиной трахомы, чесотки и разного рода кожных паразитарных заболеваний³¹⁵. Тяжелые трудовые будни, хроническое недоедание и плохое качество воды действовали на крестьян неблагоприятным образом, понижая сопротивление организма, что, в свою очередь, способствовало возникновению и распространению всевозможных инфекционных заболеваний. Среди заболеваний лидирующее положение занимали корь, скарлатина, дифтерит. Обычно они регистрировались у детей. Взрослое же поколение страдало от тифа и цинги. Ежегодные отчеты врачей не обходились без упоминания о

³¹² Обзор Акмолинской области за 1900 год; Обзор Акмолинской области за 1901 год. Омск, 1903; Обзор Семипалатинской области за 1900 год. Семипалатинск, 1901; Обзор Семипалатинской области за 1902 год. Семипалатинск, 1903; Обзор Семипалатинской области за 1903 год. Семипалатинск, 1904; Обзор Тургайской области за 1900 год. Оренбург, 1902; Обзор Тургайской области за 1901 год. Оренбург, 1902; Обзор Тургайской области за 1902 год. Оренбург, 1904.

³¹³ Обзор Акмолинской области за 1900 год. С. 49; Обзор Акмолинской области за 1901 год. Омск, 1903. С. 49.

³¹⁴ Обзор Семипалатинской области за 1900 год. Семипалатинск, 1901. С. 71; Обзор Семипалатинской области за 1902 год. Семипалатинск, 1903. С. 81.

³¹⁵ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 724. Л. 103.

новых случаях инфекционных заболеваний³¹⁶. Так, например, в октябре 1900 г. в Семипалатинске начали появляться отдельные случаи заболевания корью, что в начале декабря привело уже к эпидемии³¹⁷. Заражение оспой в Тургайском уезде происходило преимущественно из-за увеличения числа крестьян-переселенцев или из-за передвижения кочевого населения³¹⁸. В Акмолинской области ситуация складывалась настолько серьезно, что в 1901 г. Переселенческим управлением в область был командирован доктор Попов для изучения причин цинги. В ходе своей поездки врач подчеркнул, что главные факторы развития болезни заключались в неблагоприятных условиях проживания новоселов: грязные жилища, соленая питьевая вода и однообразное питание³¹⁹.

Проблема быстрого распространения инфекционных заболеваний заключалась в недостаточном врачебном надзоре. Инфекционные заболевания, появившись в каком-нибудь одном селении, обнаруживались спустя долгое время после своего возникновения и исчезали, когда уже большая часть жителей переболела. Сельский врач зачастую получал извещение о заболевании слишком поздно, а иногда и вовсе не получал сведений о развитии эпидемий. Как правило, после получения известий врач в лучшем случае оставлял вместо себя фельдшера для оказания медицинской помощи населению, а сам отправлялся в места, где распространялась инфекция. Вместо того, чтобы поместить заболевших в лечебные заведения, изолировать больных от здоровых, тщательно продезинфицировать помещения и одежду во избежание

³¹⁶ Обзор Акмолинской области за 1900 год. Омск, 1901; Обзор Акмолинской области за 1901 год. Омск, 1903; Обзор Семипалатинской области за 1900 год; Обзор Семипалатинской области за 1902 год; Обзор Семипалатинской области за 1903 год. Семипалатинск, 1904; Обзор Тургайской области за 1900 год; Обзор Тургайской области за 1901 год; Обзор Тургайской области за 1902 год.

³¹⁷ Обзор Семипалатинской области за 1900 год. С. 74.

³¹⁸ Обзор Тургайской области за 1900 год. С. 14.

³¹⁹ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. Омск, 1911. С. 7.

дальнейшего распространения заразы, врач ходил из избы в избу, принося инфекцию в новые дома³²⁰.

Врачам оставалось лишь давать больным какие-то лечебные порошки и микстуры, которые в данных условиях проживания никакой пользы не приносили, если сам организм не мог справиться с болезнью. Единственным правильным и верным способом предотвращения распространения инфекционных заболеваний становилось решение переместить больного в удовлетворительные гигиенические условия, предоставив ему хорошее питание, чистый воздух, а также обеспечив на время болезни должный уход. Однако всего этого сельский врач был не в состоянии сделать³²¹.

Для решения проблемы медицинского обеспечения сельского населения Степного края в мае 1897 г. было принято Положение о новом устройстве и развитии врачебного дела в уездах Степных областей. Каждая область была разделена на сельские участки, для их обслуживания вводилась должность участковых врачей. Функции участковых врачей заключались в следующем: 1) оказание медицинской помощи сельскому населению в пределах вверенных им участков и городскому населению в тех городах, где отсутствуют городские врачи; 2) распространение оспопрививания и обучение оспопрививателей из числа местных жителей; 3) исполнение обязанностей по судебно-медицинской и медицинско-полицейской деятельности. При этом в каждый из врачебных участков назначались участковый врач, акушерка, фельдшер³²².

В рамках реализации реформы сельской медицины Акмолинская область была разделена на 15 медицинских участков³²³. В Омской уезде было образовано два врачебных участка, в Петропавловском уезде – четыре, в Кокчетавском уезде – три, в Атбасарском уезде – два, в Акмолинской уезде – четыре участка³²⁴.

³²⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 1271. Л. 6.

³²¹ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 724. Л. 105.

³²² Обзор Акмолинской области за 1901 год. С. 35.

³²³ Обзор Акмолинской области за 1907 год. Омск, 1908. С. 50.

³²⁴ Памятная книжка Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1906. С. 190–193.

В Семипалатинском уезде Семипалатинской области было создано шесть сельских фельдшерских участков, в Павлодарском уезде – пять, в Каркаралинском уезде – четыре, в Усть-Каменогорском уезде – три и в Зайсанском уезде – четыре участка. В общей сложности на территории Семипалатинской области начали функционировать 22 сельских медицинских участка во главе с фельдшерами³²⁵. Однако позднее их количество было сокращено до 16³²⁶.

В Уральской и Тургайской областях формировалась единая сеть сельских врачебных участков. Так, в Актюбинском уезде Тургайской области было создано четыре сельских врачебных участка: первый врачебный участок включал следующие поселки: Петропавловский, Александровский, Ново-Алексеевский, Ново-Николаевский, Березовский, Ново-Покровский, Родниковский с общим количеством населения 5000 человек. Второй врачебный участок – поселки Ак-Булак, Саздинский, Вершинский, Михайловский с общим количеством 3500 человек. Третий врачебный участок, при приемном покое в Орске, включал поселок Ново-Уральский приблизительно с населением в 500 человек. Четвертый участок возглавляла женщина-врач при переселенческой больнице в Актюбинске. К этому участку относились поселки Нагорный, Георгиевский, Всесвятский, Каратугайский, Кось-Истекский, Херсонский, Степной, Троицкий, Удачный, Яйсанский и Каинский с населением около 8000 человек³²⁷.

В Кустанайском уезде Тургайской области первый врачебный участок располагался в с. Александровском той же волости. В этот участок входили волости Александровская, Затобольская, Зуевская, Садчиковская с наличием русского населения около 12600 человек. Второй врачебный участок располагался в с. Боровском Боровской волости. В этот участок входили русские волости Боровская, Воробьевская, Алещинская и поселки,

³²⁵ Обзор Семипалатинской области за 1895 год. Семипалатинск, 1896. С. 82.

³²⁶ Обзор Семипалатинской области за 1895 год. Семипалатинск, 1896. С. 82.

³²⁷ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 434. Л. 11,12.

приписанные к волостям: Каменский и Белоярский с населением 22500 человек. Приемный покой третьего врачебного участка располагался в п. Ново-Семиозерном Ново-Семиозерной волости. В этот участок входила одна русская волость – Семиозерная с населением около 1300 человек. Четвертый врачебный участок располагался в станице Кваркенская. В этот участок входили волости Адамовская, Коломенская, Ольгинская с численностью населения около 5000 человек³²⁸.

На территории Уральской области было создано два врачебных участка. Первый из них находились в пос. Федоровском Федоровской волости. В этот участок входили русские волости Федоровская, Успенская и Пшковская с населением около 13000 душ. Второй врачебный участок располагался в станице Николаевской Верхнеуральского уезда Оренбургской губернии. В этот участок входили волости: Валериановская, Асинкритовская, Денисовская, Таврическая, Елизаветинская и Павловская с численностью населения около 23000 человек³²⁹.

Реформирование сельской медицины способствовало росту обращений населения за медицинской помощью. Динамику количества обращений за три года можно рассмотреть в таблице 20.

Таблица 20

Динамика обращений сельских жителей Акмолинской и Семипалатинской областей за помощью к участковым врачам и фельдшерам (чел.)³³⁰

Область	1904 г.			1905 г.			1906 г.		
	Стационарные	Амбулаторные	Роды	Стационарные	Амбулаторные	Роды	Стационарные	Амбулаторные	Роды
Акмолинская	680	111899	38	736	124101	38	768	142715	102
Семипалатинская	564	57857	141	531	56749	82	572	67905	36
Итого	1244	169756	179	1267	180850	120	1340	210620	138

³²⁸ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 434. Л. 13.

³²⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 434. Л. 14.

³³⁰ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 7.

Таким образом, из данных таблицы 20 видно, что население Акмолинской и Семипалатинской областей обращались за амбулаторной медицинской помощью чаще, чем за стационарной. За 1904–1906 гг. количество обращений за медицинской помощью, как в условиях стационара, так и амбулаториях, увеличивалось с каждым годом. За три года количество обращений за амбулаторной помощью выросло на 40864, т.е. в 1,2 раза. Также наблюдалось увеличение числа больных, обратившихся за стационарной медицинской помощью. Так, за три года число обращений в стационар выросло на 96, что составляет почти 1,1 раза. Таким образом, благодаря данным таблицы 20 можно говорить о том, что население этих двух областей с доверием относилось в медицинской помощи, оказываемой в амбулаториях и стационарах, и нуждалось в дальнейшем усовершенствовании системы здравоохранения.

Следует также отметить, что реформа сельской медицины способствовала вовлечению в системы оказания медицинской помощи коренного казахского населения. Так, в Семипалатинской области к 1908 г. из общей численности зарегистрированных 1225 больных казахов-кочевников было всего 175 человек. Однако к стационарной помощи они прибегали сравнительно чаще. Из всего числа амбулаторных посещений в 1908 г. (80658 чел.) больше половины (43833 чел.) составили казахи³³¹.

Важным аспектом работы сельской медицины в конце XIX – начале XX в. продолжала оставаться вакцинация населения против оспы. Оспопрививание, кроме штатного медицинского сельско-врачебного персонала, производилось главным образом вольнонаемными лицами – особенными оспенными учениками из местного кочевого населения, избираемыми самим населением приблизительно по одному на каждую волость. Волостные оспопрививатели по единогласному отзыву областных врачей не соответствовали уровню медицинской подготовки, необходимой для проведения процедуры оспопрививания. Однако в условиях нехватки квалифицированных кадров их продолжали привлекать для проведения вакцинации. Оспопрививание

³³¹ Обзор Семипалатинской области за 1908 г. Семипалатинск, 1909. С. 100.

производилось преимущественно в летнее время. Зимой данная процедура проводилась лишь в тех местах, где у кочевников имелись теплые и благоустроенные зимние стойбища. При появлении эпидемии оспопрививание проводилось в любое время года³³².

Таблица 21

Деятельность оспопрививателей и ежегодный расход на оспопрививание из земских и общественных сумм в 1904–1906 гг.³³³

Область	1904 г.				1905 г.				1906 г.			
	Заболевшие (чел.)	Привитые (чел.)	Расходы из земских сумм (руб.)	Расходы из общественных сумм (руб.)	Заболевшие (чел.)	Привитые (чел.)	Расходы из земских сумм (руб.)	Расходы из общественных сумм (руб.)	Заболевшие (чел.)	Привитые (чел.)	Расходы из земских сумм (руб.)	Расходы из общественных сумм (руб.)
Акмолинская	688	31620	118,42	3072,5	840	28745	66,65	3105	219	18593	114,31	3047,33
Семипалатинская	158	14273	1229	2872	606	18960	202,15	2872	915	16971	308,5	3032
Итого	846	45893	1347,42	5944,5	1446	47705	268,8	5977	1134	35564	422,81	6079,33

Таким образом, из данных таблицы 21 можно увидеть, что деньги на оспопрививание выделялись из общественных средств. Однако, несмотря на то, что как в Акмолинской, так и в Семипалатинской областях оспопрививание шло активным образом, количество заболевших оспой по-прежнему увеличивалось. Так, в 1906 г. заболевших оспой в Семипалатинской области было в 5,8 раз больше чем в 1904 г., хотя количество поставленных прививок от оспы в эти годы также увеличилось на 2698, т.е. 1,2 раза. В Акмолинской области наблюдалась противоположная картина. Количество больных оспой снизилось с 1904 по 1906 г. практически в три раза. В то время как количество поставленных прививок также постепенно снизилось практически в 1,6 раза.

Стоит отметить, что при расширении сети сельских врачебных участков региональные власти сразу столкнулись с кадровой проблемой, решить которую не удалось вплоть до конца имперского периода. Например, к 1910-м

³³² Обзор Семипалатинской области за 1902 г. Семипалатинск, 1903. С. 83.

³³³ РГИА. Ф. 1278. Оп. 2. Д. 1173. Л. 12.

гг. в Акмолинской области из 15 вакантных мест было замещено только 8, остальные должности оставались вакантными на протяжении от одного года до трёх лет. Из 15 должностей участковых фельдшеров семь были заняты фельдшерами со школьным образованием, остальные восемь являлись ротными фельдшерами. Крайне сложной оставалась ситуация с акушерками: к 1904 г. из 15 вакантных мест были заняты только две (одна из которых покинула свой пост в конце 1904 г.). На остальных участках функции акушерок выполняли вольнонаемные врачи, из которых только 8 имели соответствующий уровень образования, и 6 ротных акушерок³³⁴.

Аналогичная ситуация отмечена в Семипалатинской области. В период до 1 января 1908 г. из 16 вакантных должностей врачей было замещено только 8, остальные 8 были свободны в течение различного промежутка времени: от четырех месяцев до семи лет. Из 16 фельдшеров только 9 окончили курс Омской центральной фельдшерской школы, ещё шесть были замещены ротными фельдшерами. Из 16 должностей акушерок за это же время только шесть мест были заняты, одна должность была отдана повивальной бабке, остальные шесть оказались фельдшерами, закончившими Омскую фельдшерскую школу, и ещё трое – ротными акушерками³³⁵.

Кадровая проблема сдерживала процесс увеличения численности сельских врачебных участков. Фактически с конца XIX в., т.е. с введения Положения о новом устройстве и развитии врачебного дела в уездах Степных областей, открытия новых врачебных участков не происходило. Территории сельских врачебных участков были значительными по площади. Отдаленность месторасположения врачей делала невозможным получение медицинского обслуживания для значительной части сельского населения Степного края.

Помимо громадных территориальных размеров врачебных участков, трудность их обслуживания усугублялась ещё и тем, что население

³³⁴ РГИА. Ф. 391 Оп. 3 Д. 1461. Л. 73; Обзор Акмолинской области за 1907 год. Омск, 1908. С. 29.

³³⁵ Обзор Семипалатинской области за 1906 г. Семипалатинск, 1907. С. 33.

распределялось в нём неравномерно, было недостаточным количество больниц и медицинских пунктов, а также не имелось удобных путей сообщения. Ещё в большей степени ситуация осложнялась отдаленностью сельских поселений от культурных и политических центров областей. Суровый климат, неудобные и не отвечающие нормальному образу жизни квартиры, где проживал медицинский персонал, дороговизна продуктов питания и иные природные и бытовые условия края тормозили развитие медицинской службы в сельских местностях областей Степного края. Местные чиновники в своих отчётах ссылались именно на эти неблагоприятные условия, отвечая на вопросы, почему по истечению более 10 лет организация сельско-врачебной помощи в уездах степных областей не получила должного осуществления, а население не было обеспечено медицинской помощью даже по самым скромным потребностям³³⁶.

Таким образом, развитие медико-санитарной службы в Степном крае в конце 90-х гг. XIX в. – 1917 г. происходило благодаря активному переселению крестьян на территорию областей Степного генерал-губернаторства. Расширение медицинской инфраструктуры происходило главным образом за счет двух структур, регулировавших переселенческое движение – Переселенческого управления МВД и Комитета Сибирской железной дороги. Наряду с переселенческими организациями, вопросами медицинского устройства оседлого населения занимался Медицинский департамент МВД. Так, при социальных объектах – учебных заведениях, заводах – открывались собственные больницы или приемные покои.

Штат медицинского персонала также постепенно расширялся за счет этих государственных структур. В крае существовала сельская (под руководством Медицинского департамента МВД) и переселенческая (под руководством Переселенческого управления МВД и Комитета Сибирской железной дороги) медицина. Медицинская помощь становилась более доступной не только для

³³⁶ РГИА. Ф. 391 Оп. 3 Д. 1461. Л. 106.

переселенцев, но и для казахов-кочевников. Более высокими темпами проходила вакцинация населения против оспы.

Подытоживая вышесказанное, можно отметить, что развитие медико-санитарной службы в Степном генерал-губернаторстве прошло три этапа. Первый этап: 20-е – середина 60-х гг. XIX в. – этап становления медико-санитарной службы в Степном крае Российской империи.

На данном этапе стали открываться первые больницы Окружных приказов. Однако в силу ряда обстоятельств, в главной степени из-за недоверия казахского населения, развитие сети больниц было приостановлено. Одну из важных задач в медико-санитарной ситуации было успешно решить не удалось.

Наряду с Медицинским департаментом МВД вопросами становления медико-санитарной службы в Степном крае занималось Военное министерство. Открытие госпиталей связано с появлением Оренбургского и Сибирского казачьих войск. Главным образом, развитие медицины шло по линии военного ведомства.

Второй этап развития медико-санитарной службы в регионе связан с принятием в 1868 г. Временного положения об управлении в степных областях Оренбургского и Западно-Сибирского генерал-губернаторства. Согласно Положению в Степном крае учреждались должности областных врачей в составе областных правлений. В уездах открывались медицинские пункты, в штате которых состояли врачи, фельдшеры и повивальные бабки. Однако темпы открытия больниц, амбулаторий и приемных пунктов были неудовлетворительными. Параллельно с гражданской медициной в Степном крае продолжала развиваться сеть медицинских учреждений Военного министерства. Военных врачей было больше, чем гражданских. Действовавшая сеть лечебных учреждений и их медицинский персонал были вынуждены оказывать медицинскую помощь и гражданскому населению.

Отправной точкой для третьего этапа стала активизация процесса переселения крестьян из европейской части Российской империи в Сибирь и за Урал. В 1897 г. было принято Положение об улучшении сельско-врачебной

части степных областей: Акмолинской, Семипалатинской, Тургайской и Уральской. В то время как русское переселенческое население нуждалось в открытии медицинских учреждений, то казахи-кочевники по-прежнему не испытывали интереса к медицинской помощи. Особенностью третьего этапа стало то, что сеть медицинских учреждений Военного ведомства сократилась. Одновременно с этим Медицинский департамент МВД фактически не финансировал открытие новых больниц, не приглашал врачей на службу. Эти функции взяли на себя другие структуры – Переселенческое управление и Комитет Сибирской железной дороги, за счет которых происходило расширение сети больниц и медицинского штата.

На третьем этапе для надзора за санитарным состоянием города была создана санитарная служба. Санитарные врачи контролировали процесс переработки сельскохозяйственной и животной продукции, проводили профилактику заболеваний.

Глава 2. Тенденции и проблемы организации медико-санитарной службы в Степном крае в XIX – начале XX в.

2.1. Деятельность государственных структур и общественных организаций по улучшению медико-санитарной службы в Степном крае

Как уже указывалось выше, массовая крестьянская миграция в конце XIX – начале XX в. привела к необходимости ее координации со стороны государства ³³⁷. Вопросами организации переселений, обустройства переселенцев занимался ряд министерств и ведомств: МВД, Комитет земледелия и государственных имуществ, Министерство финансов, Комитет Сибирской железной дороги, Сибирский комитет.

На рубеже XIX–XX вв. назрела необходимость формирования специальной административной единицы, которая взяла бы на себя функции по координации усилий всех структур, причастных к переселенческому движению. Поэтому в 1896 г. в структуре МВД началась работа Переселенческого управления ³³⁸. Помимо координации и взаимодействия, задачей управления стала предварительная разработка законодательных актов, организация переселения в азиатскую часть России, выделение для этого правительственных кредитов, контроль за районами массового наплыва переселенцев ³³⁹.

³³⁷ Кошин Н.Я. Переселенческие поселки в Усть-Каменогорском уезде. Семипалатинск, 1899. С. 27.

³³⁸ Переселенческое управление (1896–1918) – учреждение, ведавшее переселенческим делом в России, по уровню приравнивалось к департаменту МВД, позднее вошло в состав Главного управления землеустройства и земледелия. Создано 2 декабря 1896 г., входило в состав МВД до 1905 г.

³³⁹ Гончарова С.Г. Роль Челябинского переселенческого пункта в медико-санитарном обслуживании переселенцев в конце XIX – начале XX вв. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 51. С. 54–55; Скляров Л.Ф. Переселение и землеустройство в Сибири в годы Столыпинской аграрной реформы. Л., 1962; Сафонов С.А. Перевозка переселенцев в период Столыпинской аграрной реформы // Вестник ТГУ. 2011. № 11 (103). С. 309–315; Утиспаева Ж. А. Медицинская помощь в Челябинском переселенческом пункте в конце XIX века // Архив в социуме – социум в архиве: материалы региональной научно-практической конференции. Челябинск, 2018. С. 160–162; Филимонов А. В.

Значительное внимание с момента создания в 1896 г. Переселенческое управление уделяло вопросам оказания врачебно-медицинской помощи переселенцам по пути их следования на новые места жительства и по прибытии на них³⁴⁰, в том числе в Степном крае. В Степном крае были созданы комитеты Переселенческого управления – Уральско-Тургайский, Семипалатинский переселенческий комитет и Акмолинский переселенческий комитет. Тургайская Уральская, Семипалатинская, Акмолинская области получили статус переселенческих районов. Их руководство на местах проводило активное обследование земель, межевание переселенческих участков. Одной из важнейших функций деятельности Уральско-Тургайского, Акмолинского и Семипалатинского региональных комитетов Переселенческого управления стала организация врачебно-продовольственной помощи переселенцам³⁴¹.

В 1880-х – начале 1890-х гг. переселенцы фактически не получали помощи в дороге. Это было результатом, прежде всего, отсутствия сети пунктов, на которых такая помощь могла бы быть оказана. До постройки Сибирской железной дороги переселенцы во время всего пути находились под открытым небом, ночевали в поле, крытые холстом и клеенкой кибитки плохо защищали от дождей и непогоды. В подобных условиях ехали и дети, и беременные женщины. Российская общественность этого периода была тревогу, в периодике и публицистике проблема помощи переселенцам занимала одно из центральных мест³⁴².

Финансирование переселенческого дела на восточных окраинах Российской империи: государственная политика и практики второй половины XIX – начала XX вв. : автореф. дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2018. 18 с.

³⁴⁰ Белянин Д.Н. Деятельность переселенческих пунктов и врачебно-продовольственная помощь переселенцам в Сибири в 1861–1905 годах. // Научный диалог. 2019. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/deyatelnost-pereselencheskih-punktov-i-vrachebno-prodovolstvennaya-pomosch-pereselentsam-v-sibiri-v-1861-1905-godah?ysclid=>

³⁴¹ Кошин Н.Я. Переселенческие поселки в Усть-Каменогорском уезде. Семипалатинск, 1899. С. 163.

³⁴² Арсланова Р.А., Климашин А.Л. Периодические издания России рубежа XIX–XX вв. О социокультурной адаптации русских переселенцев в Средней Азии // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: История России. 2017. №. 16 (3). С. 347–363.

Наплыв переселенцев в Степной край на рубеже XIX–XX вв. актуализировал в еще большей степени необходимость организации целенаправленной и методичной работы в данном направлении. Как отмечает Д.Н. Белянин, данная работа «предполагала как формирование соответствующей переселенческой инфраструктуры на основных путях движения переселенцев, так и оказание помощи переселяющимся на пути следования в Сибирь». По мере развития за Уралом переселенческого дела началось создание врачебно-продовольственных пунктов двух типов: пункты в районах водворения и в районах движения. Первые обслуживали переселенцев в районах постоянного проживания, вторые имели более широкий спектр: они оказывали помощь и проезжающим переселенцам в дороге, и переселенцам (и старожилам) из близлежащих селений.

Следует отметить, что до конца XIX в. врачебно-продовольственные пункты и пункты в районах водворения и в районах движения переселенцев на территории Степного края были представлены в крайне незначительном количестве. К этому периоду по направлению в Акмолинскую область функционировали пункты в Омске, Кургане и Петропавловске. По направлению в Каинский уезд Томской губернии действовали пункты на станциях Каинск, Каргат и Татарская. Были построены пункты по речным маршрутам: Обской (для направлявшихся в Барнаул) и Боготольский (по р. Четь)³⁴³.

В 1893 г. для оказания медицинской и продовольственной помощи переселенцам по приказу императора Николая II из сумм Особого Комитета были отпущены средства на устройство первых врачебно-питательных пунктов по основным маршрутам следования переселенцев, вдоль линии Сибирской железной дороги. С 1896 г. такие пункты стали создаваться при финансовой поддержке Акмолинского переселенческого управления. На таких врачебно-питательных пунктах имелись особые помещения для временного приюта и

³⁴³ Колонизация Сибири в связи с общим переселенческим вопросом. СПб., 1900. С. 186–187.

отдыха переселяющихся семей, производилась подробная регистрация и бесплатный медицинский осмотр с дальнейшей медицинской помощью при необходимости, а также оказывалось бесплатное снабжение медикаментами. «В каждом медицинском пункте находился врачебный персонал и аптека, а центральные врачебно-питательные пункты, которые располагались в Петропавловске и Омске, обустроивались особыми больничными помещениями. Работа врачебно-питательных пунктов предполагалась только летом, зимой же их деятельность прекращалась. Однако стоит отметить, что оказываемая медицинская помощь в этих пунктах стала настолько важной и необходимой не только для переселенцев, но и для местного населения, что было предложено не закрывать их в зимний период»³⁴⁴.

Значительное влияние развитие медицинской помощи переселенцам Степного края оказала поездка управляющего делами Комитета Сибирской железной дороги А.Н. Куломзина вдоль Сибирской железной дороги. Главной задачей поездки стало выяснение колонизационного потенциала Западной Сибири, выяснение причин возврата переселенцев на места прежнего жительства, выявление проблем, связанных с социальной и экономической адаптацией переселенцев, сбор информации об их нуждах и проблемах.

Результаты поездки А.Н. Куломзин изложил в своем отчете, содержащем ценную информацию об уровне развития медицинской службы в Степном крае и проблемах в предоставлении медицинской помощи переселенческому населению. Центральной из них являлась нехватка медицинских кадров и их низкая квалификация. Низкий уровень медицинского обслуживания переселенцев, по оценке А.Н. Куломзина, объяснялся также резким ростом их численности, плохими санитарными условиями по пути следования на новое

³⁴⁴ Власова А.И. Организация и обеспечение медико-врачебной помощи крестьянам-переселенцам Акмолинской и Семипалатинской областей Степного края (80 гг. XIX – начало XX в.) // Society & Security Insights. Барнаул, 2021. Т. 3, №4 (2020). С. 126.

место жительства и, как следствие, высоким уровнем заболеваемости среди них³⁴⁵.

Чиновник отмечал, что медицинские работники Акмолинской и Семипалатинской областей не могли своевременно оказывать квалифицированную медицинскую помощь переселенцам из-за того, что не имели возможности часто объезжать обширные территории уездов. В случаях острых эпидемиологических заболеваний в ближайших к врачебно-питательным пунктам районах приходилось в экстренном порядке командировать из врачебно-питательных пунктов студентов или фельдшеров, в деятельность которых не входили данные функции. Если же лечение больного затягивалось или появлялась необходимость больничного лечения, его госпитализировали во врачебные пункты.

В целом, по оценке А.Н. Куломзина, эффективность оказываемой помощи во врачебно-питательных пунктах являлась достаточно высокой. Он подчеркивал, что все врачи, студенты-медики и фельдшеры полностью «отдаются исполнению возлагаемых на них обязанностей и отличаются хорошим отношением к обращающимся к ним переселенцам»³⁴⁶. Однако он считал, что этого недостаточно.

Региональные переселенческие органы поддерживали А.Н. Куломзина в данном вопросе. Заведующий переселенческим делом в Акмолинской области Станкевич в конце 1900 г. переправил в Переселенческое управление отчет доктора Капельмана о санитарном состоянии новосельческих поселков Акмолинского уезда, в котором крайне критично была оценена имевшая место в области медицинская служба в целом, в том числе в сфере оказания медицинской помощи переселенцам. Острая необходимость в медицинской помощи возникала из-за скудного и однообразного питания, плохих условий проживания (мазанки, землянки, шалаши), а также некачественной питьевой

³⁴⁵ Куломзин А.Н. Всеподданнейший отчет статс-секретаря Куломзина по поездке в Сибирь для ознакомления с положением переселенческого дела. СПб., 1896. С. 96.

³⁴⁶ Куломзин А.Н. Всеподданнейший отчет статс-секретаря Куломзина по поездке в Сибирь для ознакомления с положением переселенческого дела. СПб., 1896. С. 25.

воды. Кроме того, из-за больших территорий Акмолинской и Семипалатинской областей, значительных расстояний между переселенческими поселками обозначилась еще одна проблема – отсутствие достаточного количества медицинских кадров. Поэтому отчет, который управляющий делами Комитета Сибирской железной дороги А.Н. Куломзин предоставил в соответствующие госучреждения после поездки в регионы, стал отправной точкой для нового этапа в организации медицинской помощи для переселенцев.

До строительства Транссибирской магистрали маршрут, по которому следовали переселенческие массы, был достаточно сложным: крестьяне передвигались в основном пешком или на лошадях, преодолевая в день расстояние примерно в 40–50 верст. Тяжелые условия передвижения переселенцев, суровые климатические условия провоцировали у них ряд заболеваний, которые перерастали в эпидемии³⁴⁷.

После введения в эксплуатацию Сибирской железной дороги в 1895 г. одним из главных способов передвижения крестьян к местам нового жительства стал железнодорожный транспорт. Большая часть переселенцев добиралась до новых мест проживания на поездах из-за низкой цены билетов и удобства перевозки скота и личных вещей. В связи с этим финансирование переселенческого движения и обязанности по оказанию переселенцам медицинской помощи наряду с Переселенческим управлением взял на себя Комитет Сибирской железной дороги³⁴⁸.

Комитет Сибирской железной дороги частично финансировал медико-санитарную помощь крестьянам-переселенцам по пути их следования до мест водворения. За счет этой организации были обустроены наблюдательные и санитарные вагоны, оплачивалась работа фельдшеров, оказывалась неотложная помощь на Сибирской железной дороге и в примыкающих к ней переселенческих пунктах, производилась изоляция больных пассажиров. В

³⁴⁷ Власова А. И. Организация и обеспечение медико-врачебной помощи крестьянам-переселенцам Акмолинской и Семипалатинской областей Степного края (80-е гг. XIX–начало XX в.). С. 125.

³⁴⁸ Кирьяков В. В. Очерки по истории переселенческого движения в Сибирь. М., 1902.

период наиболее активного переселения, когда основного медицинского персонала на Транссибирской магистрали не хватало, вызывали дополнительный персонал за счет средств Комитета. Кроме того, на службе у Комитета находились кондукторы-фельдшеры, которые имели при себе аптечку и все необходимые медикаменты на случай оказания срочной медицинской помощи³⁴⁹.

В 1898 г. были введены Правила железнодорожных перевозок переселенцев. Согласно правилам, перевозки переселенцев производились в особых приспособленных для этой цели товарных вагонах 3-го или 4-го классов. На пути от Рязьска до Красноярска санитарные вагоны ставились только в тех случаях, когда следовало надлежащее указание представителя врачебно-санитарной службы. Таким образом, санитарные вагоны с достаточным врачебным персоналом и с запасом необходимых медикаментов размещались на расстоянии приблизительно 100 верст по возможности по станциям, где имелось депо. Санитарные вагоны предназначались для помещения переселенцев, заболевших в пути и рожениц. Такие вагоны обязательно должны были соответствовать следующим требованиям: вагоны должны быть приспособлены по воинскому образцу 1894 г., помещение должно вмещать не более 30 человек, вагоны в обязательном порядке оборудовались железными печами в холодное время года. Кроме того, вагоны должны были быть разделены на два отделения, одно из которых предназначалось для перевозки больных, другое – для помещения фельдшера, санитаря и медикаментов, причем помещения для больных разделялись на мужские и женские³⁵⁰.

Переселенческие поезда осматривались фельдшерами, которые обязаны спрашивать о состоянии здоровья следующих с поездом переселенцев. В случае обнаружения заболевшего, по соглашению чиновника, заведующего

³⁴⁹ Смирнов С., Смирнова В. Врачебно-санитарное обслуживание переселенцев на железных дорогах Азиатской России в начале XX века // Вестник Челябинского государственного университета. 2003. № 2 (3). С. 182–200.

³⁵⁰ РГИА. Ф. 273. Оп.8. Д. 14. Л. 15.

переселенческим движением, с представителем врачебно-санитарной службы, больной либо оставлялся вместе с семьей, либо довозился в санитарном вагоне или в общем вагоне с другими переселенцами и семьей до пункта назначения и передавался там в распоряжение местного переселенческого чиновника. При отсутствии на данной попутной станции переселенческого чиновника решение вопроса о том как поступить с заболевшим предоставлялось лицам врачебно-санитарной службы, которые действовали на основании особо переданной им для сей цели инструкции³⁵¹.

Врачебный осмотр переселенцев был обязателен во всех пунктах, где замечалось скопление переселенцев. На всех станциях по правилам должно быть организовано бесплатное снабжение кипятком и остуженной кипяченой водой. На станциях, где возможно снабжение кипятком, эта обязанность возлагалась на станционные буфеты. Кипяченая вода хранилась в особых кадках с крышками и должна меняться не реже одного раза в сутки. Кубы для кипятка обязательно оборудовались кранами, во избежание необходимости погружать посуду в кипяток через верхнее его отверстие.

Врачебно-санитарный надзор за переселенческим движением в рамках Правил 1897 г. возлагался на врачей, пунктовых и санитарных врачей, низший фельдшерский и санитарный персонал. Весь медицинский персонал подбирали, назначали на должность и увольняли решением Переселенческого управления или Комитета Сибирской железной дороги³⁵².

Медицинский персонал разделяется на несколько категорий: пунктовые врачи, главная обязанность которых – лечение переселенцев, останавливающихся на переселенческих пунктах; путевой или санитарный врач переселенческой организации, железнодорожные врачи, поездные и баржевые фельдшеры и фельдшерицы, санитары и другие – все они должны были наблюдать за санитарным состоянием переселенцев при передвижении их по железным дорогам и водным маршрутами.

³⁵¹ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 15 об.

³⁵² РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 48.

По Правилам 1897 г. в обязанности пунктовых врачей входило лечение больных переселенцев, останавливающихся на пунктах, причем медицинская помощь оказывалась бесплатно – амбулаторно или стационарно. В круг обязанностей персонала входило содействие переселенцам при погребении умерших. Новоселы и старожилы, обращающиеся за медицинской помощью на пункты, также подлежали амбулаторному или стационарному лечению. На тех переселенческих пунктах, где не было санитарных врачей, обязанности последних исполнялись пунктовыми врачами, «поскольку эти обязанности не сопряжены с необходимостью разъездов и оставления пункта на продолжительное время без попечения врача»³⁵³.

Снятых с поездов больных, страдающих тяжелыми формами заболевания, особенно инфекционных больных с оспой, дифтеритом, скарлатиной, сыпным и брюшным тифом, пунктовый врач был обязан класть в ближайшую больницу. В весеннее и осеннее время обязательному стационарному лечению подлежали также заболевшие корью. В случае, если больница уже была заполнена больными, то по соглашению с заведующим пунктом для вновь прибывших больных устраивалось временное изолированное помещение в бараке или другом подходящем здании. Размещение заразных больных в общих помещениях со здоровыми переселенцами запрещалось. При приеме больных в больницы в случае недостатка мест переселенцам отказывалось предпочтение перед новоселами и старожилами³⁵⁴.

Правила 1897 г. предусматривали регламент пребывания переселенцев на территории переселенческих пунктов. По прибытии на переселенческий пункт переселенцы размещались в переселенческих бараках только после санитарного осмотра, причем больные с инфекционными заболеваниями немедленно отправлялись в больницы и изолировались. Пунктовый врач был обязан производить обходы переселенцев, останавливающихся вне бараков в пределах территории пункта или близ железнодорожных путей. На обязанности

³⁵³ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 50.

³⁵⁴ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 51.

пунктовых врачей возлагалось также ведение регистрации больных, находящихся на пунктах, и составление медицинской отчетности руководству по предложенной им форме.

Правила 1897 г. регламентировали обязанности санитарного персонала. Они должны были: а) принимать необходимые меры к предупреждению эпидемических заболеваний среди переселенцев, следующих по сухопутным и водным путям сообщения; б) выяснять те вредные условия, которые способствуют усиленной заболеваемости и смертности среди переселенцев; в) изыскивать способы к устранению этих условий. Каждый санитарный врач имел свое постоянное место жительства в определенном пункте, назначение которого зависело от заведующих передвижением переселенцев чиновников особых поручений Переселенческого управления³⁵⁵.

В распоряжении санитарных железнодорожных врачей находились: а) железнодорожный санитарно-поездной персонал; б) баржевой, для сопровождения переселенцев по водным путям; в) на больших узловых станциях студент-медик старших курсов или лицо с фельдшерским образованием; г) особый стражник, необходимый для осмотра поездов. Низший санитарно-медицинский персонал во всем подчинялся врачу, в ведении которого он находится, и «получал от него необходимые указания относительно отправления своих служебных обязанностей»³⁵⁶.

Санитарный персонал следил: а) за санитарным состоянием переселенцев как в пути, так и на местах их стоянок; б) санитарным благоустройством в вагонах, предназначенных для перевозки переселенцев, вагонов санитарных, станционных помещений, обслуживающих нужды переселенцев, пристаней, барж, пароходных помещений; г) качеством питьевой воды и продуктов в переселенческих столовых³⁵⁷.

³⁵⁵ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 52.

³⁵⁶ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 53.

³⁵⁷ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 53.

Правила 1897 г регламентировали обязанности переселенцев. Все переселенцы перед посадкой в поезда на главных станциях подвергались обязательному осмотру санитарного персонала под руководством санитарных врачей. В поезда не допускались: а) тяжелобольные, а также женщины на последних днях беременности или находящиеся в послеродовом состоянии; б) больные с ясно выраженными формами заразных болезней, в том числе больные корью. Зараженные больные передавались переселенческому чиновнику, а при отсутствии его – местному жандармскому или полицейскому начальству³⁵⁸.

Больные другими заразными болезнями допускались к перевозке в поезде, но при условии помещения их в отдельные вагоны, которые ставились в хвост поезда. На них мелом делалась пометка «Подлежат дезинфекции». Фельдшеры, сопровождающие поезда, обязаны отмечать вагоны, требующие дезинфекции, в своих путевых санитарных журналах, а затем сообщать о сделанных отметках санитарным врачам или железнодорожному начальству. Лица, у которых в пути выявлялись тяжелые или заразные формы заболевания, помещались в санитарный вагон или оставались в прежнем вагоне, из которого остальные пассажиры переводятся в другие вагоны³⁵⁹.

Поездной персонал был обязан сообщать о каждом случае заразного заболевания. И при всяких тяжелых заболеваниях, обнаруженных во время пути, немедленно телеграфировать ближайшему железнодорожному или пунктовому санитарному врачу. Санитарный пунктовый персонал обязательно встречает каждый переселенческий поезд.

По отношению к другим инфекционными заболеваниями выполнялись следующие правила: а) при остановке на переселенческих пунктах больные, страдающие тифом, скарлатиной, оспой, дифтеритом, холерой, вместе с ручным багажом изолировались в особое отделение барака; б) на пароходе подобные больные по возможности изолировались в особое помещение. При

³⁵⁸ РГИА. Ф. 273. Оп.8. Д. 14. Л. 54.

³⁵⁹ РГИА. Ф. 273. Оп.8. Д. 14. Л. 54.

обнаружении в поезде больных скарлатиной, дифтеритом, оспой, тифом эти больные немедленно подлежали изоляции в санитарный вагон и сдаются, по возможности, в первую по пути переселенческую больницу³⁶⁰.

При наличии на больших станциях свободных вагонов, вагоны с надписью «подлежит дезинфекции» заменялись на чистые. Вся партия, где обнаружены больные, страдающие инфекционными болезнями, считалась подозрительными и подлежала усиленному санитарному надзору по всей линии следования³⁶¹. Вагоны с надписью «подлежат дезинфекции» дезинфицировались на основании соответствующих правил Министерства путей сообщения, выполнение которых контролировала железнодорожная администрация. Санитарный же вагон, находящийся в пути, дезинфицировался персоналом, сопровождающим этот вагон.

Ручной багаж семьи больного и особенно белье самого больного обрабатывались паром в пунктовых камерах. меховые вещи и кожаные – при помощи формалинового аппарата. В пунктовых больницах инфекционные больные должны были находиться: при скарлатине до окончания шелушения; при дифтерите срок устанавливается лечащим врачом, при оспе до конца отпадения корок, при сыпном тифе – две недели до прекращения лихорадки. При оспе находящимся на пункте детям делают прививки, а при желании ревакцинацию. После выздоровления больных и освобождения заразного отделения больницы производилась основательная дезинфекция помещения³⁶².

Санитарные врачи, принимавшие участие в составлении контрактов на перевозку переселенцев на баржах и пароходах по вопросам, касающимся санитарного благоустройства, обязывались по Правилам 1897 г. наблюдать за исполнением владельцами пароходов обязательных санитарных правил, установленных правительством на водных маршрутах. На тех переселенческих пунктах, где не было больничного врача, санитарный врач обязывался, помимо

³⁶⁰ РГИА. Ф. 273. Оп.8. Д. 14. Л. 55.

³⁶¹ РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 57.

³⁶² РГИА. Ф. 273. Оп. 8. Д. 14. Л. 58.

санитарных обязанностей, исполнять также и обязанности пунктового врача. Санитарные врачи представляли ежегодные отчеты о своей деятельности в Переселенческое управление через заведующих передвижением переселенцев³⁶³.

Анализ Правил 1897 г., разработанных Переселенческим управлением, имел позитивное значение для упорядочения вопросов медицинского обслуживания переселенцев. Упорядочением медико-санитарной службы в процессе перевозок переселенцев занимался и Комитет Сибирской железной дороги. По решению совещания Комитета, состоявшегося 8 декабря 1906 г., врачебно-санитарная служба была разделена на две дополняющих друг друга организации: административно-врачебную и санитарную. В состав санитарной организации должны были войти медико-статистическое бюро, состоящее из двух врачей, из которых один занимался статистикой болезненности населения, занятого на железной дороге, а другой статистикой движения служащих. Во главе санитарной организации стоял старший санитарный врач, имевший профессиональное образование в области гигиены и бактериологии³⁶⁴.

Во главе административно-врачебной организации при Управлении Сибирской железной дороги создавался Врачебный совет, состоящий из старшего врача и 3–4 врачей, на обязанности которого возлагался контроль за развитием и улучшением врачебного дела, регулированием деятельности медицинского персонала, ведением общей отчетности, назначения пособий и т. п.³⁶⁵

Каждый год предусматривалось проводить съезды врачей, на которых Врачебный совет представлял отчет о состоянии врачебно-административного и финансового дела за прошедший год; рассматривал и распределял сметы на следующий год; обсуждал все необходимые изменения лечебного дела. Во время заседаний зачитывались доклады.

³⁶³ РГИА. Ф. 273. Оп.8. Д. 14. Л. 58.

³⁶⁴ РГИА. Ф.273. Оп. 8. Д. 190. Л. 35.

³⁶⁵ РГИА. Ф.273. Оп. 8. Д. 190. Л. 35.

Кроме того, Особым совещанием при управлении железной дорогой выработаны и 16 июля 1906 г. утверждены министром путей сообщения Правила врачебно-санитарного надзора за переселенцами во время их следования по железной дороге и Правила для переселенцев, как оградить себя от заболеваний в пути.

Суть принятых правил сводилась к следующему. Врачебно-санитарный надзор за передвижением переселенцев и оказанием им медицинской помощи возлагались при следовании переселенцев по железнодорожным и водным маршрутам на медицинский персонал, принятый на работу Министерством путей сообщения и Переселенческим управлением. Врачебно-санитарный надзор за передвижением переселенцев заключается в «принятии необходимых мер к предупреждению эпидемических и острозаразных заболеваний среди переселенцев», изоляции и лечении заболевших в пути; выяснении вредных условий, влекущих за собою развитие среди них заболеваемости и смертности; в изыскании способов по устранению этих условий; следить за качеством воды и пищевых продуктов³⁶⁶.

Для санитарного надзора за передвижением переселенцев по железной дороге назначался особый медицинский персонал, который в исполнении своих обязанностей руководствовался общими правилами врачебно-санитарной службы на железной дороге. Размеры личного состава и его местопребывания устанавливался на станциях наибольшего скопления переселенческого населения. На обязанности железнодорожного персонала возлагался: осмотр переселенцев перед посадкой в поезда, наблюдение за здоровьем переселенцев в пути и на местах стоянок, где нет переселенческих пунктов, надзор за содержанием чистоты в вагонах, предназначенных для перевозки переселенцев, и санитарных вагонах, а также станционных помещений³⁶⁷. Осмотр перед посадкой должен производиться днем. В каждый поезд, в составе которого находилось не менее 10 вагонов, устанавливался санитарный вагон. Если в

³⁶⁶ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д.197. Л. 83.

³⁶⁷ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д.197. Л. 84.

составе не менее 5 вагонов, то достаточно иметь один запасный вагон третьего или четвертого класса, в который могли быть изолированы заболевшие в пути переселенцы до места их сдачи в лечебное заведение.

Согласно правилам 1906 г. больные острыми заразными заболеваниями и серьезными заболеваниями, требующие стационарного лечения, в поезда не допускались и задерживались в данном пункте для передачи местной власти. Если врач признавал, что острозаразный больной не представлял опасности распространения болезни на окружающих, то таковые допускались к посадке в поезда, где находился санитарный вагон. Кроме этого, подобные больные могли следовать и с обыкновенными переселенческими поездами, где не было санитарного вагона, но под постоянным присмотром медицинского персонала³⁶⁸. В обоих случаях обязательным условием являлось помещение больного и членов его семьи в отдельный вагон, отмеченный надписью «подлежит дезинфекции». Переселенцы, заболевшие в пути и следующие в специальных поездах, помещались по усмотрению медицинского персонала в санитарный вагон или в случае невозможности оставались в прежнем вагоне под особо бдительным надзором фельдшера. Причем при острозаразном заболевании спутники отделялись от больного, а вагон помечался надписью «подлежит дезинфекции»³⁶⁹.

В поездах, следовавших без медицинского персонала, заболевшие переселенцы доставлялись до места нахождения ближайшего врача, которого извещал главный кондуктор поезда заблаговременно по телеграфу. Врач был обязан встретить поезд, осмотреть больного и решить вопрос, может ли заболевший продолжать путь или требует больничного лечения. Выявленные в пути острозаразные больные, представлявшие опасность для окружающих и требовавшие стационарного лечения, передавались местной власти для помещения в ближайшую больницу за счет Переселенческого управления.

³⁶⁸ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 197. Л. 85.

³⁶⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 197. Л. 85.

Вагоны с надписью «подлежит дезинфекции» на ближайшей станции заменялись новыми³⁷⁰.

Принятые нормативно-правовые акты Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги во многом способствовали упорядоченности медико-санитарного сопровождения переселенцев. С 1906 по 1910 г. по маршрутам передвижения переселенцев постепенно расширялась сеть и улучшалась обеспеченность медицинских пунктов. В зависимости от имеющегося на них оборудования они делились на фельдшерские, продовольственные и остановочные³⁷¹.

За период деятельности Комитета Сибирской железной дороги ассигнования на организацию пунктов и оказание врачебно-продовольственной помощи выросли в несколько раз. Так, в 1894 г. на эти цели было отпущено 76 тыс. рублей, а в 1903 г. – 565 тыс. рублей, общая сумма ассигнований за десятилетие 1894–1903 гг. составила 2 956 632 рублей (в эту сумму не входят средства на содержание персонала переселенческих пунктов)³⁷².

По данным В.Н. Беянина, «выделенные средства были потрачены на строительство и деятельность 36 врачебных и 20 фельдшерских пунктов на главном пути движения переселенцев по Сибирской железнодорожной магистрали и еще 15 врачебных и 10 фельдшерских пунктов по рекам и трактам, соединявшим Сибирскую дорогу с более отдаленными районами колонизации. За врачебную помощь и лекарства с переселенцев плата не взималась. В 1894–1901 гг. медицинская помощь была оказана 519274 больным (в том числе 170718 старожилам). За это же время переселенцам и ходокам было выдано 3946747 порций горячей пищи (из них 3072599 бесплатно) и 471353 детских порций. Было организовано снабжение переселенцев печеным хлебом в количестве 106 447 пудов, из которых 77 307 бесплатно. Комитетом

³⁷⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д.197. Л. 86.

³⁷¹ Переселение и землеустройство за Уралом в 1906–1910 гг. и отчет по переселению и землеустройству за 1910 год. СПб., 1911. С. 35.

³⁷² Кауфман А. А. Переселение и колонизация. СПб., 1905. С. 101–102.

также была организована медицинская помощь вне переселенческих пунктов Сибирской железной дороги»³⁷³.

Переселенческое управление и Комитет Сибирской железной дороги решали также вопросы медицинской помощи переселенческому населению, следовавшему речным/водным транспортом. Это было связано с тем, что Транссибирская магистраль проходила через Омск, а ветки в Семипалатинскую область не было. Единственным способом попасть из Омска в Павлодар, Семипалатинск и Усть-Каменогорск оставался речной транспорт. В июне 1893 г. Комитет Сибирской железной дороги выделил денежные средства на улучшение судоходства на реках Туре, Тоболе, Иртыше, Оби и Томи. Были установлены новые водомерные посты, произведена закупка землечерпалок и вспомогательных судов³⁷⁴.

Однако в отличие от Сибирской железной дороги пассажирский поток на речном транспорте был незначительным. Во многом это обусловлено тем, что на речном транспорте в Западной Сибири были неудовлетворительные санитарные условия, провоцирующие массовые заболевания, гибель детей и взрослых. Например, в одном из свидетельств о подобных событиях сообщалось: «Дорога для переселенцев была очень неблагоприятная, потому что при переезде из Тюмени в Павлодар на барже было похоронено очень много детей, умерших от скарлатины»³⁷⁵.

Многие семьи не имели возможности похоронить своих детей, так как суда не останавливались на длительные стоянки, во время которых можно было провести похороны. Матерям приходилось оставлять тела умерших детей для погребения местным жителям селений, расположенных вдоль Иртыша. Несмотря на то, что команды судов поддерживали образцовую чистоту в

³⁷³ Белянин Д.Н. Деятельность переселенческих пунктов и врачебно-продовольственная помощь переселенцам в Сибири в 1861–1905 годах // Научный диалог. 2019. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/deyatelnost-pereselencheskih-punktov-i-vrachebno-prodovolstvennaya-pomosch-pereselentsam-v-sibiri-v-1861-1905-godah?ysclid=>

³⁷⁴ Сафронов С. А. Перевозка переселенцев в период Столыпинской аграрной реформы // Вестник Тамбовского государственного университета, 2011. № 11 (103). С. 312.

³⁷⁵ Голошубин И. С. Справочная книга Омской епархии. Омск, 1914. С. 423.

помещениях на пароходах, полностью обеспечить комфортный проезд никак не удавалось. Питание на борту было скудным. Если на Сибирской железной дороге имелась возможность получить горячее питание, приобрести хлеб и иные продукты питания, то переселенцы, следующие речным транспортом, были обречены на суровую голодовку. Вне зависимости от расписания суда делали остановку только там, где пожелает капитан и его команда. На пристанях, где все-таки осуществлялась остановка, отсутствовали продуктовые лавки, иногда продавались яйца и молоко. Кипяток выдавался, но качество воды оставалось неудовлетворительным: она наливалась в железные кадки, которые нагревались паром. Часто вода не успевала нагреться и закипеть. Такая мутная горячая вода на отрезке пути от Омска до Семипалатинска стоила 20 коп.³⁷⁶ Охлажденной питьевой воды не было, равно как холодильников и фильтров. Все вышеперечисленные факторы приводили к тому, что на борту вспыхивали различные заболевания желудочно-кишечного тракта³⁷⁷.

Поддержание здоровья переселенцев осложнялась и тем фактором, что некоторые суда не соответствовали санитарным нормам. Особенно это касалось пароходов американского типа, где наблюдались сквозняки. Несмотря на многочисленные протесты переселенцев, матросы каждую ночь оставляли открытыми боковые и кормовые задвигающиеся перегородки, вследствие чего на борту постоянно присутствовали не только простуженные дети, но и взрослые. «Из-за ограниченности пространства на судне, инфекционные болезни распространялись с большой скоростью. Более того, частные судовладельцы зачастую вместо пароходов присылали за переселенцами баржи, непригодные для перевозки людей. Помимо барж, переселенцы были вынуждены мигрировать на судах в пароходных трюмах, откуда им не разрешали выходить на палубу»³⁷⁸.

³⁷⁶ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 8.

³⁷⁷ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 8.

³⁷⁸ Власова А.И. Медицинское обеспечение крестьян-переселенцев по пути следования железнодорожным и водным транспортом в Степной край в 1890–1910-х гг. // Вестник

Санитарные нормы нарушались не только на самих пароходах, но и при посадке переселенцев на борт. Так, в Омске осмотр происходил примитивно, а в Павлодаре и Семипалатинске и вовсе не проводился. Большинство переселенцев попадало на суда не на ключевых переселенческих пунктах, где хоть как-то поддерживалась благоприятная эпидемиологическая обстановка, оказывалась медицинская помощь и соблюдались санитарные нормы, а на разбросанных вдоль побережья городских пристанях, где отсутствовал надзор со стороны чинов переселенческой организации³⁷⁹.

Осмотр пассажиров на самих судах осуществлялся примитивно. Фельдшеры (как правило, не более трех человек, а иногда их вовсе не было), находившиеся на пароходах, не обращали внимания на переселенцев, их положение, снабжение кипятком. За весь маршрут медицинский персонал мог всего лишь один раз произвести поверхностный осмотр крестьян на соблюдение санитарных норм во время пути следования к местам водворения. Причина в том, что функции фельдшеров на судах не были прописаны и закреплены законодательно. Каюты медиков находились в зоне второго класса, на водном транспорте отсутствовали представители Красного Креста, что делало медицинский персонал совершенно недоступным и невидимым для переселенцев³⁸⁰.

Переселенческая организация хотя и нанимала на речной транспорт медицинских работников, но выплату им жалованья осуществляли судовладельцы. Оно составляло 40 руб. в месяц и считалось достаточно низким для работников такого уровня квалификации³⁸¹. Медицинский персонал с законченным высшим образованием на такой должностной оклад трудоустроиваться отказывался. На некоторых пароходах судовладельцы ущемляли права медицинских работников, что порождало высокую текучесть

Оренбургского государственного педагогического университета. 2021. № 3 (39). С. 53–65.
URL: http://vestospu.ru/archive/2021/articles/9_39_2021.pdf.

³⁷⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 1435. Л. 9.

³⁸⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 5.

³⁸¹ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 10.

кадров. В связи с этим нередкими были ситуации, когда Переселенческое управление не находило медиков, а суда уходили без фельдшеров, что являлось нарушением правил судоходства в Сибири. Администрация путей сообщения составляла по данным фактам протоколы, а частные судоходные компании переносили всю ответственность (в том числе и материальную) на переселенческую организацию³⁸².

Еще одна острая проблема, с которой столкнулись как фельдшеры, так и сами переселенцы, недостаток медикаментов. Финансовая поддержка Переселенческим управлением медицинской службы на речном транспорте была слабой, денег на лекарственные препараты не хватало. Владельцы пароходов на собственные средства покупали медикаменты по весьма ограниченному реестру, не желая совершать лишние траты. Иногда ситуация с лекарствами обострялась до такой степени, что на борту судна не оказывалось даже самых дешевых и распространенных лекарств³⁸³.

Переселенческое управление пыталось решить проблемы медико-санитарного обеспечения перевозок переселенцев речным транспортом в Сибири. В 1909 г. оно просило Лесной департамент оказать помощь в перевозке переселенцев в период с момента открытия навигации до конца июня. Однако попытка оказалась неудачной, так как в распоряжении департамента не было достаточного количества судов, чтобы сдать их в аренду переселенческой организации³⁸⁴. Вторая попытка Переселенческого управления по улучшению условий перевозки крестьян-переселенцев была предпринята через два года. Между ним и Русско-китайским акционерным обществом пароходства в 1911 г. был заключен договор³⁸⁵. На основании этого соглашения судовладельцы организовывали бесплатное снабжение переселенцев достаточным количеством кипятка, предоставляли им возможность самостоятельного приготовления

³⁸² Сафронов С. А. Перевозка переселенцев в период Столыпинской аграрной реформы. С. 313.

³⁸³ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 9.

³⁸⁴ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 950. Л. 8.

³⁸⁵ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 12.

пищи. Кроме того, на пароходе осуществлялась продажа горячего питания, оборудовались холодильные установки, где размещались запасы молока и других продуктов. Договор 1911 г. предполагал размещение на судне медицинского персонала, приглашенного Переселенческим управлением. В его состав должен был входить один фельдшер. Для нанимаемого медицинского работника устанавливался образовательный ценз – не ниже четырех курсов медицинского института.

В 1910-х гг. в перевозке переселенцев железнодорожным и водным транспортом были достигнуты улучшения и отмечена надлежащая организованность этого процесса: скорость поездов увеличилась, на Сибирской железной дороге появились новые переселенческие вагоны, не было задержек составов, которые могли бы повлечь за собой значительные скопления переселенцев на узловых станциях и пристанях. Все это способствовало сдерживанию распространения заболеваемости в Степном крае.

Важным аспектом работы Переселенческого управления в сфере медицинского сопровождения переселенцев стала организация работы в областях Степного края переселенческих пунктов – своего рода перевалочных баз, куда прибывали переселенцы, а затем распределялись и разъезжались в переселенческие поселки. На переселенческих пунктах по пути следования речным транспортом вдоль Иртыша открывались переселенческие пристани, на которых крестьяне могли получить помощь врачей, горячее питание и медикаменты³⁸⁶.

Одной из ключевых точек стал переселенческий пункт/пристань в Омске. В 1908 г. через эту пристань прошло до 40 тыс. переселенцев. По мнению переселенческих чиновников, именно этот пункт заслуживал особого внимания в плане проведения и поддержания санитарных мероприятий как в обычное время, так и во время вспышек инфекционных заболеваний³⁸⁷. Именно поэтому при Омской пристани открыли новую амбулаторию, где переселенцы могли

³⁸⁶ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 1435. Л. 10.

³⁸⁷ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 950. Л. 19.

получить квалифицированную медицинскую помощь и горячее питание после долгого голодания на судне. Но и она, по оценке чиновников Переселенческого управления, не соответствовала санитарным нормам. Переселенцам приходилось направляться с пристани глубже в город из-за огромной скученности людей, нехватки транспортных средств, а иногда и по причине отсутствия элементарной медицинской помощи: у фельдшеров зачастую не оказывалось даже перевязочных средств³⁸⁸.

Семипалатинский переселенческий пункт/пристань считался наиболее материально обеспеченным среди всех подобных пунктов, расположенных по пути следования переселенцев по Иртышу. На его территории располагались переселенческие бараки, пунктовая больница и небольшой склад. Пунктовая больница – специально построенное здание, которое выполняло функции амбулатории. Однако ее отделения не были разделены: отсутствовало помещение для приема больных, не было отдельного помещения для хранения лекарственных препаратов. Чистота и стерильность в операционных не удовлетворяли требованиям санитарных норм. В холодное время года больница плохо отапливалась. Существенный недостаток Семипалатинской амбулатории заключался в том, что отделение для инфекционных больных не было изолировано от остальных помещений. В связи с этим существовала опасность распространения инфекционных заболеваний среди остальных пациентов амбулатории³⁸⁹.

Еще на двух переселенческих пунктах на Иртыше – Качирском и Павлодарском – переселенцы могли получить горячее питание, кипяток и профессиональную медицинскую помощь, в том числе акушерскую³⁹⁰.

Переселенческая организация также занималась организацией медицинского обслуживания новоселов. Это было связано с тем, что во многих отчетах заведующих переселенческими поселками сообщалось о нехватке

³⁸⁸ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 950. Л. 16.

³⁸⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 11.

³⁹⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 360. Л. 10.

медицинских кадров в регионе и отсутствии должного медицинского обслуживания переселенческого населения. Так, в Акмолинском уезде в 1900 г. заведующий переселенческим делом Станкевич получил от местного врача Капельмана отчет о санитарном состоянии поселков с новоприбывшими крестьянами-переселенцами. В отчете отмечалось, что новоселы попали в тяжелые условия пребывания. Скудное питание, неудовлетворительное состояние жилых помещений, отсутствие хорошей питьевой воды – всё это отрицательно влияло на здоровье переселенцев. Это становилось благоприятной почвой для развития и распространения различных инфекционных заболеваний. В условиях повышения заболеваемости крестьяне не имели возможности своевременно обратиться за медицинской помощью, т.к. на расстоянии более чем 200 верст не было ни одного как врачебного, так и фельдшерского участка³⁹¹. В связи с этим возникла острая необходимость создания обширной сети медицинских пунктов для оказания помощи новоселам Акмолинского уезда.

Сформированные по решению областных администраций степных областей сельских медицинских участков с фельдшерскими пунктами в них не могли в полном объеме решить данной проблемы. По мнению заведующего переселенческим делом в Томском районе, в уездах Акмолинского района необходимо создавать не только фельдшерские, но и врачебные пункты, так как квалификация фельдшеров не всегда достаточна для оказания медицинской помощи населению. Именно поэтому в 1902 г. Переселенческим управлением были открыты первые медицинские пункты – пять врачебных и три фельдшерских – на территории Акмолинского района³⁹².

В 1907 г. Переселенческим управлением Акмолинского района было открыто уже семь врачебно-остановочных и постоянных пунктов поселкового типа с врачебной стационарной и амбулаторной функциями. Новоселы

³⁹¹ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 5.

³⁹² Там же. С. 6.

получали врачебную стационарную и амбулаторную помощь в следующих пунктах: Павлодарский и Украинский (Полтавский) в Омском уезде, Кокчетавский (Алексеевский) и Макинский в Кокчетавском уезде, Акмолинский и Шакайкий (Санниковский) в Акмолинском уезде, Кийминский в Атбасарском уезде. Местоположение данных медицинских пунктов было выбрано не случайно. «Переселенческая организация руководствовалась следующими принципами: выбирались участки с наибольшим количеством водворенных крестьян или же та территория, где ожидали в скором времени прибытия новоселов. В уездных городах – Кокчетаве и Акмолинске медицинские пункты были открыты с целью обслуживания не только населения самих городов, но и населения ближайших к городам поселков»³⁹³.

Новоселы получали врачебную стационарную и амбулаторную помощь в следующих пунктах: Павлодарский и Украинский (Полтавский) в Омском уезде, Кокчетавский (Алексеевский) и Макинский в Кокчетавском уезде, Акмолинский и Шакайкий (Санниковский) в Акмолинском уезде, Кийминский в Атбасарском уезде. Местоположение данных медицинских пунктов было выбрано не случайно. Переселенческая организация руководствовалась следующими принципами: выбирались участки с наибольшим количеством водворенных крестьян или же та территория, где ожидали в скором времени прибытия новоселов. В уездных городах – Кокчетаве и Акмолинске медицинские пункты были открыты с целью обслуживания населения не только самих городов, но и ближайших к городам поселков³⁹⁴.

Остановимся более подробно на описании фельдшерских пунктов Акмолинского переселенческого участка. В конце мая 1906 г. в селе Павлодарском Омского уезда переселенческой организацией был основан фельдшерский пункт, назначение которого заключалось в обслуживании 23

³⁹³ Власова А. И. Организация и обеспечение медико-врачебной помощи крестьянам-переселенцам Акмолинской и Семипалатинской областей Степного края (80-е гг. XIX – начало XX в.). С. 127.

³⁹⁴ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 7.

новых селений. Его деятельность оказалось очень активной, за пять месяцев с момента открытия в нем амбулаторно приняли 2000 пациентов. В январе 1907 г. Павлодарский фельдшерский пункт был преобразован во врачебный пункт. Со временем он начал играть лидирующую роль среди врачебных пунктов переселенческой организации Акмолинского района. После преобразования во врачебный участок он обслуживал уже 5000 человек. В пункте больные могли получить постоянную стационарную и амбулаторную помощь. Медицинский персонал состоял из одного врача, двух фельдшеров, больничной и пунктовой прислуги. С 1906 по 1910 г. в отчете отмечено увеличение количества обращений больных в данный пункт с 10,4 человек в сутки до 44,8 человек. Чаще всего больные обращались с заболеваниями кожи (24, 7%), нервной системы (3,9%), брюшным тифом и дифтеритом (1,5%)³⁹⁵.

Полтавский врачебный пункт, открытый в январе 1907 г., также находился в Омском уезде. Он обслуживал 22 населенных пункта с населением более чем 5000 человек. На службе во врачебном пункте состояли один врач, два фельдшера, больничная и пунктовая прислуга. Количество среднесуточных посещений также год от года увеличивалось, и за 5 лет выросло от 19,2 до 44,8 посещений в сутки. Пункт был оборудован 10 койками³⁹⁶. Стоит отметить, что в начальный период существования данный врачебный пункт административно располагался сначала в с. Украинском, затем в августе 1907 г. персонал перешел на работу в пос. Красногорский, а уже в декабре 1907 г. пункт перенесли в с. Полтавское.

Макинский врачебный пункт был преобразован из Вознесенского фельдшерского пункта и открыт в феврале 1907 г. в селе Макинском Кокчетавского уезда. Пункт обслуживал девять ближайших селений с населением 7469 водворенных душ мужского пола. Служебный персонал пункта состоял из врача, двух фельдшеров, а также больничной и пунктовой

³⁹⁵ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 10.

³⁹⁶ Там же. С. 12.

прислуги. В пункте можно было получить как амбулаторную, так и стационарную помощь, так как в пункте располагалось 10 больничных коек. В отличие от других врачебных пунктов количество посещений за год в течение пяти лет уменьшалось с 6000 до 4600 в год. Это говорит о том, что средний процент заболеваемости в районе пункта был ниже, чем на прочих врачебных пунктах³⁹⁷.

Кокчетавский врачебный пункт открыли в январе 1907 г. в уездном городе Кокчетаве, однако амбулатория пункта открыла свою деятельность лишь в марте, а больницу из-за отсутствия подходящего помещения было решено перенести в с. Балкашино, где предполагалось выстроить специальное помещение для пункта. В середине декабря 1907 г. медицинский персонал из Кокчетава переправили в с. Балкашино, где он и продолжил свою работу вплоть до мая 1909 г. В декабре 1910 г. пункт переехал в п. Алексеевский, где расположился в собственном больничном здании³⁹⁸.

Акмолинский врачебный пункт начал функционировать в ноябре 1907 г. в Акмолинске и оказывал амбулаторную и стационарную помощь 12 ближайшим поселкам с населением 3353 переселенцев. Медицинскую помощь населению оказывали врач, два фельдшера, больничная и пунктовая прислуга. Наиболее распространенными заболеваниями среди пациентов являлись цинга (7,4%), брюшной тиф (2,8%), кожные заболевания (19,6%)³⁹⁹.

Батогоринский (Шокайский) врачебный пункт в мае 1907 г. был открыт в с. Санниково, которое находилось на границе Акмолинской и Семипалатинской областей. Пункт работал постоянно и обслуживал шесть ближайших поселков с населением 3000 крестьян-переселенцев. Служебный персонал состоял из

³⁹⁷ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 13.

³⁹⁸ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 48. Л. 15; Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С.14.

³⁹⁹ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 16.

врача, двух фельдшеров, пунктовой и больничной прислуги. В пункте располагалась больница на 10 коек. В период роста инфекционных заболеваний и необходимости отдельного заразного помещения нанималась сиделка и арендовалось специальное помещение на окраине врачебного участка. В среднем количество посещений в год было одинаковым и варьировалось от 5000 до 6000 обращений⁴⁰⁰. В отличие от других пунктов здесь наблюдался постоянный рост больных цингой. Это прежде всего было обусловлено плохим состоянием жилых помещений, однообразностью и недостатком питания. Кроме цинги больные обращались с жалобами на различные тифы. В 1910 г. зафиксирована небольшая вспышка оспы. Причиной стало близкое соседством переселенцев к местному кочевому населению, среди которого случаи заболевания оспой постоянно повторялись. Медицинский персонал Батогоринского врачебного пункта боролся также с туберкулезом и чесоткой⁴⁰¹.

Кийминский врачебный пункт открылся в с. Кимий Атбасарского уезда в январе 1907 г. Пункт функционировал постоянно и территориально охватывал 15 переселенческих поселков, общей численностью 7135 крестьян-переселенцев мужского пола. Медицинскую помощь оказывали врач, два фельдшера, больничная и пунктовая прислуга. На территории пункта расположились амбулатория, аптека и две палаты для стационарных больных на 8 коек. Рост количества годовых посещений за 1907–1910 гг. составил прирост почти пять раз: с 3802 до 13578⁴⁰².

Как отмечено в отчете врача Немцова, все вышеперечисленные пункты были в полном объеме обеспечены медицинскими инструментами, бельем, медикаментами и хозяйственным инвентарем. Ассигнуемых средств было вполне достаточно для содержания пунктов и их удовлетворительного функционирования.

⁴⁰⁰ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 17.

⁴⁰¹ Там же. С. 18.

⁴⁰² Там же. С. 19.

К 1910 г. на территории Акмолинской области по инициативе Переселенческого управления, помимо врачебных, было открыто еще 15 фельдшерских пунктов. Фельдшерские пункты расположились на территории Акмолинской области следующим образом: Курасский и Степановский в Омском уезде; Корневский, Привольный, Краснополянский и Новодобринский в Кокчетавском уезде; Богодуховский и Всевятский в Петропавловском уезде; Новогоергиевский, Приречный, Ново-Черкасский, Пушкинский и Джаурный в Акмолинском уезде. Все они размещались в наемных зданиях. На содержание каждого из них выделялось по 2000 рублей в год. За 1910 г. по всем 15 пунктам присутствует следующая статистика: 30870 посещений и 24290 больных⁴⁰³.

Несмотря на положительную динамику развития сети медицинских учреждений Степного края, благодаря деятельности Переселенческого управления, их было крайне недостаточно. Каждый из врачебных или фельдшерских участков обслуживал значительное количество переселенческих пунктов. Кроме того, они находились на значительном расстоянии от поселков, на территории которых дислоцировались медицинские учреждения. С этим был связан и тот факт, что наибольшая посещаемость врачебных и фельдшерских медицинских пунктов наблюдалась летом, а наименьшая – зимой. Продолжительные и суровые зимы, сильные бураны удерживали переселенцев от поездок в больницу. Только тяжелые заболевания могли заставить крестьянина отправиться в далекий путь⁴⁰⁴.

Таблица 22

Деятельность медицинских пунктов
переселенческой организации за 1906–1910 гг.⁴⁰⁵

Показатель	1906 г.	1907 г.	1908 г.	1909 г.	1910 г.	Итого
Количество амбулаторных посещений	14670	38900	58618	81145	99480	292813

⁴⁰³ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 21.

⁴⁰⁴ Там же. С. 20.

⁴⁰⁵ Там же. С. 36.

Количество амбулаторных больных (чел.)	12464	29302	42635	60619	75030	220050
Количество Больничных дней (дни)	1381	3432	9530	14245	18753	47341
Больных коечных (чел.)	62	265	528	853	1367	3075
Среднесуточное посещение (чел.)	55,4	121,8	160,6	222,2	272,3	-
Среднесуточное количество занятых коек (койко-мест)	3,8	9,2	26,0	39,0	51,2	-
Количество проведенных прививок от оспы (чел.)	700	1439	1439	5402	6138	16339
Количество принятых родов (раз)	6	40	42	45	178	311
Врачебные пункты	1	7	7	7	7	
Фельдшерские пункты	3	1	1	3	15	
Численность врачей	1	7	7	7	7	
Численность фельдшеров	3	15	15	17	29	
Расходы по содержанию (руб.)	4112, 84.	37067,6.	51571, 29	56266, 35	87540	180291, 73

Данные таблицы 22 свидетельствуют о том, что с 1906 по 1910 г. в Акмолинском переселенческом участке функционировало 7 врачебных пунктов. За этот же период возросла численности фельдшерских пунктов до 15. Статистка амбулаторных приемов за год и среднесуточных приемов подтверждают факт активного обращения населения за помощью в медицинские учреждения, открытые Переселенческим управлением в Акмолинской области.

Годовая сводка по группам заболеваний в районе пунктов за 1906 г. ⁴⁰⁶

Группы болезней	Оспа (чел.)	Корь (чел.)	Скарлатина (чел.)	Дифтерит (чел.)	Тиф брюшной (чел.)	Тиф сыпной (чел.)	Дизентерия (чел.)	Цинга (чел.)	Туберкулез (чел.)	Сифилис (чел.)	Малярия (чел.)	Трахома (чел.)	Прочие Болезни (чел.)	Обморожения (чел.)	Нервная система (чел.)	Органы пищеварения (чел.)	Кожные заболевания (чел.)	% эпидемических заболеваний	% всех заразных болезней
Медицинские пункты																			
Вознесенский фельдшерский пункт	32	247	0	60	0	93	184	88	132	153	170	263	10	10	198	1110	1269	10,6	21,8
Ново-Георгиевский фельдшерский пункт	0	20	14	3	14	3	16	28	20	45	69	21	110	8	120	314	2331	8,0	23,1
Павлоградский фельдшерский пункт	0	6	0	5	25	14	58	6	16	27	42	11	100	5	31	248	233	9,4	25,2
Кривоозерный фельдшерский пункт	0	0	40	18	58	1	132	1	13	82	97	62	211	4	13	557	590	8,8	23,3
Итого	32	273	67	26	157	20	299	219	137	286	361	264	684	27	491	2229	2423		
В %	0,2	2,1	0,6	0,2	1,2	0,1	2,4	1,9	1,0	2,3	3,0	2,0	5,4	0,2	3,9	17,9	19,3	9,1	23,3

Данные таблицы 23 свидетельствуют о том, что наибольший процент заболеваний среди переселенцев приходился на заболевания органов пищеварения и группу кожных заболеваний. Прежде всего непривычная еда, недостаток чистой питьевой воды становились причинами широкого распространения среди крестьян-новоселов болезней органов пищеварения. Лидирующую позицию занимали кожные заболевания по причине несоблюдения санитарно-гигиенических условий переселенцами на остановочных пунктах. Также новые условия жизни и быта, скученность больших масс людей становились причинами распространения заболеваний кожи. Наименее крестьяне-переселенцы были подвержены заражению оспы. Прежде всего это объясняется тем, что среди населения был высокий процент привитых от оспы. Также из данных таблицы 23 видно, что сыпной тиф и

⁴⁰⁶ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 29.

дифтерит также были малораспространёнными заболеваниями среди переселенческого населения.

Таблица 24
Годовая сводка по группам заболеваний в районе пунктов за 1910 г.⁴⁰⁷

Группы болезней	Оспа (чел.)	Корь (чел.)	Скарлатина (чел.)	Дифтерит (чел.)	Тиф брюшной (чел.)	Тиф сыпной (чел.)	Дизентерия (чел.)	Цинга (чел.)	Туберкулез (чел.)	Сифилис (чел.)	Малярия (чел.)	Трахома (чел.)	Прочие заразные болезни (чел.)	Обморожения (чел.)	Нервная слепота (чел.)	Органы пищеварения (чел.)	Кожные болезни (чел.)	% эпидемических заболеваний	% всех заразных болезней
Мед. пункты																			
Павлоградский	11	44	85	132	106	189	213	7	90	85	133	121	783	16	397	742	2445	9,6	18,6
Полтавский	47	95	196	327	407	17	107	55	134	175	221	109	653	7	293	1122	1162	9,9	21,3
Кийминский	26	27	22	114	134	94	39	466	44	68	234	59	1176	19	440	1550	1454	7,4	23,1
Батагоринский	34	32	11	25	90	120	155	306	43	74	151	35	124	32	199	840	873	10,3	26,2
Макинский	2	1	4	2	17	7	19	49	5	23	46	17	497	9	173	481	581	4,1	17,6
Кокчетавский (Алексеевский)	21	19	13	9	56	65	78	45	74	127	172	90	256	7	115	445	831	7,6	21,8
Акмолинский	14	-	1	18	43	26	19	200	43	61	80	128	205	15	46	919	439	4,3	2,7
15 фельдшерских пунктов	78	26	39	103	687	155	280	835	150	187	434	321	1426	34	667	2630	3483	9,2	19,4
Итого	233	244	347	730	1540	675	720	1960	585	800	1740	880	5120	140	2330	8720	11270	-	-
В %	0,3	0,3	0,5	1,0	2,5	0,9	1,0	2,6	0,8	1,1	2,0	1,3	6,8	0,18	3,1	11,6	15,0	9,3	20,5

Данные таблицы 24 свидетельствуют о том, что по-прежнему наиболее распространёнными заболеваниями среди переселенцев оставались заболевания органов пищеварения и кожные болезни. Из этого следует, что новоприбывшие переселенцы продолжали сталкиваться с новыми условиями жизни и быта, непривычной едой и нехваткой чистой питьевой воды. Наименее распространённым заболеванием оставалась оспа. Это могло свидетельствовать об успешности процедуры прививания и принятии превентивных мер к нераспространению эпидемии оспы среди населения областей Степного края.

⁴⁰⁷ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 33.

Таблица 25

Сводная таблица по некоторым группам заболеваний в земских губерниях
Европейской России (в %) ⁴⁰⁸

Группы болезней Губернии	Оспа	Корь	Скарлатина	Дифтерит	Тиф брюшной	Тиф сыпной	Дизентерия	Эпидемическ ие болезни	Туберкулез	Малярия	Сифилис	Трахома	Нервные	Болезни органов пищеварения	Кожные	Заразные заболевания	Цинга
Воронежская	0,3	0,9	1,0	1,6	0,7	0,05	1,2	9,8	,07	8,7	5,0	-	2,4	16,0	10,9	26,0	0,1
Курская	0,35	0,6	0,5	0,58	1,34	0,13	1,58	8,65	,03	11,2	3,8	-	4,12	17,5	12,8	20,9	-
Тамбовская	0,4	0,5	0,5	1,4	0,4	0,1	0,6	6,7	0,4	9,1	4,3	-	2,0	16,0	10,4	29,3	-
Самарская	0,1	0,1	0,3	1,6	0,3	0,1	1,1	6,3	0,3	23,5	3,7	-	1,6	18,2	10,7	30,9	--
Саратовская	0,05	-	-	1,2	-	-	-	7,3	-	12,0	-	-	-	14,6	-	-	-
Херсонская	0,3	0,6	1,02	0,6	1,6	0,1	2,8	10,1	0,8	10,3	1,2	-	3,6	22,3	10,8	22,2	-
Новгородская	0,6	0,6	0,46	0,06	0,45	0,14	0,4	3,4	-	3,93	3,91	-	-	-	-	8,8	-
Московская	0,04	0,27	0,37	0,23	0,25	0,09	0,99	6,59	0,36	2,49	2,89	-	3,12	19,1	11,4	11,0	-
Акмолинская	0,2	0,4	0,3	0,6	2,1	1,0	1,0	8,3	0,8	2,3	1,6	1,2	3,6	12,9	15,7	20,8	2,4

Анализ сводных данных, приведенных в таблице 25, свидетельствует о том, что заболеваемость инфекционными заболеваниями в Акмолинской области, таким как оспа, корь, скарлатина, тиф, дизентерии и другими инфекционными заболеваниями не превышала среднестатистический уровень по стране. Это позволяет сделать вывод о том, что добиться данных показателей стало возможным благодаря развитию медико-санитарной службы в Степном крае. В отличие от областей европейской части Российской империи в Акмолинской области Степного генерал-губернаторства была замечена вспышка цинги. Причиной этому служили новые условия жизни крестьян-переселенцев, отсутствие разнообразного питания и чистой питьевой воды.

В целом, оценивая позитивно работу Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги в области предоставления переселенческому населению медицинских услуг, региональные власти в лице степных генерал-губернаторов подчеркивали необходимость их расширения. Так, Степной генерал-губернатор Е.О. Шмит на протяжении 1908–1910 гг. направлял ходатайства в данные организации, в которых сообщал, что в Акмолинском переселенческом районе наблюдались неблагоприятные условия

⁴⁰⁸ Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. С. 34.

жизни населения, высока вероятность возникновения и распространения разного рода заболеваний из-за малой сопротивляемости ослабленного организма крестьян-переселенцев. Таким образом, Е.О. Шмит видел острую необходимость в расширении сети переселенческих пунктов и больниц, считая, что имеющие 7 врачебных и 15 фельдшерских пунктов крайне недостаточны для такого огромного по территории переселенческого района медицинской помощи переселенцам ⁴⁰⁹. Генерал-губернатор подчеркивал, что штат переселенческих врачей в Акмолинском переселенческом районе ничтожен настолько, что «не в силах справиться с возложенными на него обязанностями». В свою очередь фельдшерского персонала также не хватает, фельдшеры едва успевают оказывать помощь на участках и стационарную помощь в пунктовых больницах. Генерал-губернатор считал, чтобы исправить ситуацию с оказанием медицинской помощи переселенцам, в Акмолинской области необходимо учредить «не менее 10–12 фельдшерских поселковых пунктов, иметь наготове эпидемический персонал, состоящий из двух-трех врачей, такого же числа фельдшеров и если окажется возможным, то такого же числа сестер милосердия, командированных от Красного креста» ⁴¹⁰. Однако, как показывает статистика, в последующие годы численность медицинских учреждений, организованных Переселенческим управлением или Комитетом Сибирской железной дороги, не увеличивалась.

Помимо поселковой пунктовой переселенческой медицинской организации в Акмолинском переселенческом районе функционировали медицинские пункты на линии Сибирской железной дороги. Цель таких пунктов, с одной стороны, дать переселенцам при остановках и выходе их с железной дороги до отправления на участки бесплатное временное помещение, с другой стороны, – наблюдение и оказание медицинской помощи во время следования переселенцев по железной дороге.

⁴⁰⁹РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 15.

⁴¹⁰РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 22.

Аналогичные процессы в сфере оказания медицинской помощи переселенцам проходили в Тургайско-Уральском переселенческом районе. Переселенческое управление и Министерство путей сообщения организовывали врачебно-продовольственную помощь переселенцам по линии Ташкентской железной дороги. Однако, как сообщают источники, бесплатная выдача или продажа горячей пищи переселенцам на железнодорожных станциях осуществлялась не везде, а в некоторых годы начала XX столетия вообще прекращалась⁴¹¹.

Из-за слабого переселенческого потенциала Тургайско-Уральского района переселения сюда осуществлялись в значительно меньших размерах, по сравнению с Акмолинской и Семипалатинской областями. Поэтому Переселенческое управление организовало в этом районе только два переселенческих пункта. Первый из них размещался в Оренбурге. Выстроенный в 1905 г на арендованной у города вблизи железнодорожной станции земле, он состоял из барака, кухни, сарая, навеса. При пункте находилась небольшая аптечка. «Построенный на столбах из двойных тесовых досок, засыпанных опилками, не снабженный двойными рамами зимой 1905–1906 гг. барак был очень холоден и не функционировал. Осенью того же года барак был вновь оконпачен, отштукатурен, обшит кошмой и в окнах сделаны двойные рамы»⁴¹². Второй переселенческий пункт находился в Актюбинске. Неподалеку от больничного здания имелся барак такого же легкого типа, как и в Оренбурге⁴¹³.

Еще одним направлением работы Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги в начале XX в. в Степном крае в области улучшения медицинского обслуживания населения стало их участие в борьбе с эпидемиями. Как указывалось выше, в 1910 г. в регионе прокатилась волна холеры. В Семипалатинском переселенческом районе было зарегистрировано

⁴¹¹ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 434. Л. 235.

⁴¹² РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 434. Л. 235.

⁴¹³ РГИА. Ф. 391. Оп.3. Д. 434. Л. 236.

до 30 случаев заболевания холерой, наибольшее количество – в Павлодаре. Несмотря на то, что переселенческие поселки эпидемия обошла стороной, Переселенческое управление и его региональные комитеты в Акмолинской и Семипалатинской областях приняли превентивные меры к ее нераспространению. Было организовано массовое строительство холерных барачков по пути следования переселенцев по линии Сибирской железной дороги, в Челябинске, Семипалатинске, на станции Петропавловск. В Омске был оборудован вагон-стационар. На случай экстренной дезинфекции на все станции были доставлены дезинфицирующие средства. Кроме того, предполагалось расширить и доукомплектовать построенный в Семипалатинске холерный барачок, а также выделить средства из бюджета Переселенческого управления городским больницам в Павлодаре и Усть-Каменогорске, тем самым сделав их пригодными для изоляции и лечения больных холерой⁴¹⁴.

В Акмолинской области санитарная комиссия Переселенческого управления разработала план противохолерных мероприятий на 1911 г., на реализацию которого планировалось выделить 23 тыс. руб. Предполагалось пригласить квалифицированного санитарного врача и созвать съезд врачей Акмолинского переселенческого района с целью разработки общей стратегии действий в случае возникновения эпидемии холеры, а также усилить уже имеющийся медицинский персонал, нехватка которого остро наблюдалась в регионе⁴¹⁵.

Стоит отметить, что профилактическая работа на пути следования переселенцев в Степной край в последующие годы не ограничивалась противохолерными мероприятиями. За счет Комитета Сибирской железной дороги создавались наблюдательные пункты, которые представляли собой оборудованный санитарный вагон с фельдшерским персоналом для регулярного санитарного осмотра, оказания первичной и неотложной помощи,

⁴¹⁴ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 577. Л. 45; Смирнов С., Смирнова В. Врачебно-санитарное обслуживание переселенцев на железной дороге Азиатской России в начале XX в. С. 190.

⁴¹⁵ Там же. С. 193.

изоляции заразных больных пассажиров железной дороги. Управление Сибирской железной дороги совместно с Переселенческим управлением определяло число обсервационных пунктов и санитарных вагонов. Во время плотного трафика поездов при нехватке основного персонала дополнительный медицинский персонал привлекался также за счет средств железной дороги. Содержание больных переселенцев производилось за счет Переселенческого управления. Начиная с 1913 г. к персоналу санитарного вагона дополнительно вводилась должность кондуктора-фельдшера, который при себе имел поездную аптечку⁴¹⁶. На практике же железнодорожные участковые врачи должны были в дополнение к своим прямым обязанностям наблюдать за переселенческими фельдшерскими пунктами, расположенными в районе соответствующего железнодорожного участка. Переселенческие врачи должны были контролировать выполнение врачебно-санитарного надзора за переселенцами и железнодорожными фельдшерами.

Для увеличения объема медицинской помощи, оказываемой переселенцам, было привлечено Российское общество Красного Креста.

Впервые о помощи общества Красного Креста в степных областях упомянуто в 1897 г. В деловой переписке председатель Российского общества Красного Креста отправил запрос И.Л. Горемыкину в Главное управление землеустройства и земледелия о принятии участия Общества Красного Креста в деле помощи переселенцам⁴¹⁷.

Главное управление землеустройства и земледелия полагало, что существовавший институт сестер милосердия мог бы оказаться полезным в делах упорядочивания переселенческого движения и оказания санитарной помощи в местах скопления переселенцев. Предполагалось обустроить в таких местах амбулаторные приемные. При передвижении переселенцев большими

⁴¹⁶ Смирнов С., Смирнова В. Врачебно-санитарное обслуживание переселенцев на железной дороге Азиатской России в начале XX в. С. 189.

⁴¹⁷ РИГА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 59. Л. 5.

партиями на пароходах по рекам предлагалась помощь переселенческим врачам в деле санитарного надзора.

В ответ на положительное решение председатель Российского общества Красного Креста обращался к И.Л. Горемыкину с просьбой одобрить план действий Общества Красного Креста по оказанию помощи переселенцам⁴¹⁸. Согласно данному плану Главное управление землеустройства и земледелия должно поручить ближайшим к Сибири общинам милосердия в Европейской России сформировать отряды из 3–4 сестер милосердия каждый. Предполагалось, что, снабдив такой отряд необходимым оборудованием и медикаментами, отправить его в наиболее нуждающиеся в санитарной помощи и страдающие от эпидемии регионы Сибири. Отряды сестер милосердия также имели право устраивать постоянные амбулатории Красного Креста, организовывать врачебно-питательные пункты. В случае острой необходимости было возможно формировать и командировать небольшие санитарные отряды для передвижения с места на место в определенном районе для подачи помощи в наиболее остро нуждающихся в санитарной помощи поселения. Средства на первоначальные расходы в виде аванса подразумевалось брать из сумм пожертвований Красного Креста⁴¹⁹.

Врачи и сестры милосердия Общества Красного Креста командировались в наиболее нуждающиеся районы Степного края. Кроме оказания врачебной помощи, Общество Красного Креста также оказывало содействие в создании особых врачебно-питательных отрядов в селениях с наиболее неблагоприятной обстановкой. Врачебный персонал Красного Креста содержался за счет самого общества. Из казны Главного управления Российским обществом Красного Креста командируемому медицинскому персоналу выделялось 500 руб., включая свидетельство на бесплатный проезд и провоз багажа до Омска и 2 руб. суточных за время пути до станции прибытия. Остальная сумма

⁴¹⁸ РГИА. Ф. 391 Оп. 2. Д. 59. Л. 6.

⁴¹⁹ РГИА. Ф. 391 Оп. 2. Д. 59. Л. 6.

предназначалась для расходов, связанных с деятельностью командированного отряда и подлежала строгой отчетности⁴²⁰.

Кроме этого, сибирским учреждениям Общества Красного Креста было предложено увеличить состав санитарного персонала, а также создать комитеты для широкого участия в организации санитарной помощи переселенцам, устройству амбулаторных лечебниц и питательных пунктов в местах скопления переселенцев совместно с правительственными силами⁴²¹.

Благодаря слаженным действиям всех структур, занимающимся делами переселения и оказания врачебно-санитарной помощи переселенцам при поддержке Красного Креста в июле 1897 г. средствами Петропавловского Комитета Красного Креста были открыты столовые в поселках Петровском, Исаевском и Рождественском, которые в среднем за четыре месяца выдали около 5000 порций⁴²².

Кроме командирования врачей, Общество Красного Креста также открывало новые лечебные учреждения в местах, где существовала наибольшая необходимость в них. Одним из таких заведений стал лазарет, открытый Степным окружным управлением Общества Красного Креста в ноябре 1904 г. в Омске на 30 мест. На службе в лазаретах состояли врач, фельдшерица и две сестры милосердия. Здание, в котором разместился лазарет, было очень ветхим, однако в нем было достаточно тепло. В лазарете имелись перевязочная, операционная, ванная комната, приемный покой и две больничных палаты. Перевязочная была оборудована стерилизатором, полученным из Иркутского склада перевязочных средств Красного Креста. Собственной аптеки лазарет не имел, поэтому пользовался медикаментами из аптеки Омского медицинского общества со скидкой в 20% от их стоимости⁴²³. Как правило, пользоваться данным лазаретом могли чины военного ведомства и раненные в ходе военных действий.

⁴²⁰ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д.20. Л. 12.

⁴²¹ РГИА. Ф. 391 Оп. 2. Д. 59. Л. 7

⁴²² РГИА. Ф. 391 Оп. 2. Д. 59. Л. 19.

⁴²³ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 7. Л. 39.

Еще одним лечебным заведением под управлением Степного окружного управления Российского общества Красного креста стала амбулаторная лечебница в г. Омске. Содержалась она за счет средств управления Красного Креста, поступающих от платных больных и на ежегодную субсидию от города. Бесплатную помощь в больнице могли получить представители беднейшего населения Омска и приезжие больные, которые не имели денежных средств для оплаты лечения. В случае, если больной имел возможность заплатить за прием, то пациент вносил 20 копеек за осмотр врачом с последующим правом выкупить лекарства из вольных аптек. Врачебная помощь оказывалась членами Омского медицинского общества и другими врачами, которые выразили согласие безвозмездно трудиться на пользу городского населения⁴²⁴.

По рекомендации Степного окружного управления Красным Крестом на должность заведующего больницей приглашался один из врачей, практикующих в Омске. В помощь заведующему и врачам, принимавших больных, нанимались фельдшер и акушерка, а также сестры милосердия, назначавшиеся Обществом Красного Креста. Заведующий амбулаторной лечебницей вел общий надзор за порядком в лечебном заведении, принимал и расходовал суммы, поступавшие от платных больных и от Управления Красного Креста. В случае отсутствия по различным причинам врача заведующий принимал вместо него больных. В круг обязанностей заведующего также входило составление запросов в Окружное управление Общества Красного Креста на приобретение необходимых медикаментов, перевязочных материалов и информация о других нуждах лечебницы⁴²⁵.

В обязанности фельдшера, кроме оказания помощи врачу при приеме больных, входило также бережное хранение перевязочных средств, инструментов и инвентаря больницы. Фельдшер имел право изготавливать

⁴²⁴ ИАОО. Ф. 99. Оп.1 . Д. 6. Л. 59.

⁴²⁵ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 6. Л. 60.

простейшие лекарства и помогать заведующему больницей в ведении отчетности⁴²⁶.

Всего в больнице насчитывалось 8 штатных работников. Среди них: заведующий больницей, младший врач Сибирского Артиллерийского дивизиона коллежский асессор А.А. Елонский, два консультанта: один из них старший ординатор Омского военного госпиталя А.А. Соломин, другой – статский советник при Окружном военно-медицинского управлении Сибирского военного округа Н.Е. Нарышкин. Медицинскую помощь населению оказывали вольнопрактикующий врач Н.П. Кабалкин и младший врач для командировок В.К. Одинцов. Низший медицинский персонал состоял из сестры милосердия, получившей подготовку при Омском военном госпитале; акушерке, получившей образование на Рождественских родовспомогательных курсах в Петербурге, и фельдшера Сибирского окружного военно-медицинского управления⁴²⁷.

В сентябре 1905 г. Степное окружное общество Красного Креста решило открыть собственный лазарет в Омске. Лазарет располагался в частном доме и был обустроен на 30 мест, однако в случае острой необходимости количество койко-мест могло быть увеличено до 50 человек. Согласно санитарному отчету по лазарету Степного окружного управления Общества Красного Креста в ноябре лазарет разместил 53 человека⁴²⁸.

Помещение лазарета располагало двумя комнатами, 8 палатами, передней и кухней. Одна из комнат служила перевязочной, операционной, материальной, канцелярией и дежурной для сестер милосердия. Самая маленькая комната служила ванной, комнатой для курения и для переодевания, одновременно являясь и приемным покоем. В передней разместились работники лазарета – врач, акушерка, две сестры милосердия⁴²⁹.

⁴²⁶ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 6. Л. 61.

⁴²⁷ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 6. Л. 62.

⁴²⁸ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 7. Л. 38.

⁴²⁹ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 7. Л. 39.

Арендванное здание было деревянным и очень ветхим. Однако, несмотря на такие обстоятельства, в помещениях всегда было тепло благодаря печному отоплению. Вентиляция производилась за счет оконных форточек. Довольствие больных велось по трактирной системе. Пищевые продукты всегда были свежие. Обед состояли их двух блюд. Каждый больной утром получал чай с белым хлебом. В обед щи или суп с одним фунтом мяса, на второе гречневую кашу с маслом или пшеничную/рисовую с молоком. В 16.00 был предусмотрен полдник – чай с белым хлебом. На ужин предлагалось то же самое, что и в обед. Приготовлением пищи занимался профессиональный опытный повар, однако хлеб не готовили на кухне, а покупали. Смена белья производилась не реже одного раза в неделю. Собственной аптеки лазарет не имел, поэтому снабжение лекарствами происходило из аптеки Омского медицинского общества со скидкой в 20%⁴³⁰.

В феврале 1907 г. врачебно-питательный отряд Красного креста в составе врача, двух сестер милосердия и двух санитаров совершил объезд в район Акмолинского уезда. За время своей командировки медицинский персонал совершил более 10000 посещений тяжело больных цингой и тифом. Кроме медицинской помощи, также оказывалась питательная помощь более чем 500 остро нуждающимся семьям. В финансовом плане отпущенных на питательную помощь средств оказалось крайне недостаточно. Острая нехватка средств выражалась в том, что больным приходилось делиться выданными продуктами с остальными членами семьи, которые из продуктовых припасов имели только муку и хлеб⁴³¹.

Командированные Красным Крестом отряды зачастую действовали совместно с врачами Переселенческого управления, обоюдно разделив районы для дальнейшей работы. Задачи командированных отрядов Красного Креста заключались в оказании амбулаторной помощи заболевшим инфекционным заболеванием или от недоедания. В случае острой нужды в открытии

⁴³⁰ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 7. Л. 40.

⁴³¹ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 20. Л. 2.

стационарного лечебного заведения, то медицинский отряд Красного Креста имел право открыть таковое. При обнаружении нехватки медицинских или материальных запасов, их пополнение возможно за счет сумм отпускаемых Степным Управлением при врачах отряда⁴³².

Для улучшения врачебной помощи в г. Омске Степное окружное управление Красного Креста в ведение Омской общины сестер милосердия были переданы амбулаторная и глазная лечебницы Степного окружного управления. Наряду с этими двумя лечебными заведениями Омской общине были переданы в пользования усадьба с инвалидным домом, в помещениях которого находилась лечебница и располагалась сама община. На службе в общине сестер милосердия состояло 11 сестер, состоявших в штате Омского военного госпиталя, и 5 сестер, проходивших испытательный срок⁴³³.

В 1909 г. часть Акмолинской и почти всю Семипалатинскую области постиг неурожай хлебов, вследствие чего пострадало преимущественно молодое неокрепшее население переселенческих районов. Бедственное положение крестьян усиливалось еще и тем обстоятельством, что все пострадавшие местности располагались вдали от Сибирской железной дороги, т.е. в тех местах, где найти заработок представлялось невозможным. В связи с этой ситуацией в переселенческих селениях Акмолинской области на почве недоедания появились заболевания, перешедшие в эпидемии. В целях предупреждения дальнейшего развития болезней в условиях отсутствия продовольственных запасов и недостатка денежных средств Степной генерал-губернатор Е.О. Шмит в январе 1910 г. обратился с просьбой к Российскому обществу Красного Креста об оказании продовольственной помощи населению Акмолинской и Семипалатинской области⁴³⁴.

Уже на следующий день Общество Красного Креста в лице Б.Е. Иваницкого выслало ответную телеграмму, где сообщило, что

⁴³² ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 20. Л. 23.

⁴³³ ИАОО. Ф. 99. Оп. 1. Д. 23. Л. 5.

⁴³⁴ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 19.

фармацевтические препараты, указанные в телеграмме генерал-губернатора, отправлены по месту назначения в Петропавловск. Что же касается продовольственной помощи, то по плану предполагалось две поставки продуктов общей стоимостью 6000 руб.⁴³⁵

В марте этого же года Атбасарская санитарная исполнительная комиссия выступила с просьбой к Российскому обществу Красного Креста открыть 10 столовых на 8000 мест в Акмолинской области. При этом комиссия отметила, что в будущем стоит ждать увеличения количества населения. Командированный главным управлением Красного Креста Орелович распорядился открыть по одной столовой в каждом наиболее нуждающемся селении. На открытие столовых, по подсчетам самого Ореловича, потребовалось бы несколько миллионов. В ответ на такую просьбу, статс-секретарь А.В. Кривошеин отправил телеграмму Степному генерал-губернатору Е.О. Шмиту в Омск. В ней он указал, что, по его мнению, сведения, предоставленные Ореловичем, являлись несогласованными и не отвечали численности новоселов названных уездов⁴³⁶. Однако Орелович объяснил свои расчёты тем, что нуждающееся в помощи население Семипалатинской и Акмолинской области уже равно 30000 человек, а в будущем ожидается дальнейший прирост переселенцев.

Санитарное состояние Акмолинской и Семипалатинской областей ухудшилось в 1909 г., когда в населенных пунктах областей стали с быстрой скоростью распространяться различные инфекционные заболевания. По сведениям врача, заведующего 11 подрайоном Акмолинского района, в одном только селении Астаховском в декабре 1909 г. было 46 больных сыпным тифом. Кроме того, поселковый врач принял и зарегистрировал 900 инфекционных больных⁴³⁷.

⁴³⁵ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 20.

⁴³⁶ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 35.

⁴³⁷ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 821. Л. 109.

Ввиду этого Степной генерал-губернатор Е.О. Шмит обратился в Красный Крест с просьбой в ближайшее время принять необходимые меры в Акмолинской и Семипалатинской областях. Данные меры заключались в командировании двух врачебно-продовольственных отрядов, один в Акмолинский, другой в Атбасарский уезды. Для борьбы со вспыхнувшей эпидемией цинги предполагалось открыть 50 питательных пунктов на срок до 4 месяцев. Степной генерал-губернатор также ходатайствовал в Красный Крест с просьбой оборудовать до 30 подвижных аптек для фельдшеров, работающих уже на местах и имевших ограниченное количество медикаментов. С целью особого контроля за санитарным состоянием Акмолинской области и координацией последующих шагов предполагалось назначение в Акмолинскую область особого уполномоченного Красного Креста⁴³⁸.

Уже через год в Павлодаре Семипалатинской области 20 марта 1910 г. состоялось обсуждение вопроса о врачебно-питательной помощи населению Павлодарского и Каркаралинского уездов под председательством врачебного инспектора, при участии врача Красного Креста Нечаева, неперменного члена областного правления, заведующего районом и всех врачей, подрайонных и крестьянских начальников Павлодарского уезда. Совещание единогласно признало оказанную помощь Красного Креста отвечающей размерам нужды и нашло необходимым открыть лишь 8 столовых с горячей пищей. Ввиду отдаленности Каркаралинского уезда совещание просило Ореловича дополнительно командировать двух сестер милосердия⁴³⁹.

Согласно телеграмме, отправленной 6 апреля 1910 г. в Омск Степному генерал-губернатору Е.О. Шмиту, медицинская и питательная помощь, организованная Обществом Красного Креста, оказывалась удовлетворительно и непрерывно. Из запланированных 57 столовых в Акмолинской и Семипалатинской областях к началу апреля больше половины уже были открыты и функционировали в полную мощь. При данных столовых работали

⁴³⁸ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 24.

⁴³⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 5. Д. 143. Л. 17.

13 сестер милосердия. Такого количества было вполне достаточно для своевременного оказания помощи нуждающимся⁴⁴⁰.

В целом, работы Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги в области предоставления медицинских услуг поселенческому населению можно оценивать как прогрессивную. Статистика свидетельствует, что с 1893 по 1902 г. в Степной край переселилось около 1,4 млн человек, в период с 1903 по 1907 г. – 831 тыс. человек⁴⁴¹. Большая часть из них нуждалась в квалифицированной врачебной помощи. В условиях, когда государство не имело возможности в силу ряда причин вести активное развитие медико-санитарной службы, соответствовавшей темпам переселенческого движения, именно работа Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги в данном направлении позволяла сгладить ситуацию в данной сфере.

Медицинская помощь переселенческому крестьянству оказывалась Переселенческим управлением и Комитетом Сибирской железной дороги в нескольких направлениях. Одним из них стала организация медико-санитарного сопровождения переселенцев по пути следования их в места водворения. Специальными нормативными актами регламентировалось санитарное состояние транспортных средств – вагонов или пароходов, нанимался медико-санитарный персонал, на крупных узловых станциях открывались врачебные пункты. Переселенцам в пути оказывалась бесплатная медицинская помощь.

Не менее важным аспектом медицинской помощи Переселенческого управления и Комитета сибирской железной дороги переселенцам стало создание медицинских пунктов на пунктах прибытия переселенцев в Акмолинский, Тургайско-Уральский и Семипалатинский переселенческие районы Степного края. Медслужба данных медицинских пунктов осуществляла осмотр вновь прибывших до их разъездов на места выдворения, размещала в больницах инфекционных больных и др.

⁴⁴⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 32.

⁴⁴¹ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 209. Л. 10.

Значительно улучшилось медицинское обслуживание переселенцев в сельской местности благодаря созданию Переселенческим управлением и Комитетом Сибирской железной дороги сети медицинских учреждений в виде врачебных и фельдшерских пунктов. Несмотря то, что численности их была незначительной и обслуживали они по несколько десятков переселенческих поселков, их функционирование позволило повысить охват сельского населения медицинской помощью в целом.

Большую роль в развитии медико-продовольственной помощи крестьянами переселенцам на рубеже XIX–XX вв. оказало Российское общество Красного Креста. На ассигнованные данной организацией деньги были открыты столовые для переселенцев. Кроме того, сестры милосердия в период своих разъездов по территории областей Степного края оказывали помощь населению наряду с медицинским персоналом Переселенческого управления МВД, что в свою очередь благоприятно сказывалось на эпидемическом состоянии региона. Одновременно с больницами и приемными покоем Медицинского департамента МВД и Переселенческого управления МВД в степных областях действовали и амбулатории Красного Креста, что в свою очередь снижало нагрузку на медицинский персонал МВД.

2.2. Кадровое обеспечение медико-санитарной службы Степного края в XIX – начале XX в.

Важным аспектом развития медико-санитарной службы в Степном крае исследователи отмечают неизменный количественный рост численности медицинского персонала. Например, по данным Л.Е. Свиридовой, в Акмолинской области с 1890 по 1915 г. численность врачей увеличилась с 8 до 54 (в 6,8 раза), фельдшеров с 22 до 121 (в 5,5 раз), акушерок с 8 до 35 (в 4,4 раза)⁴⁴².

В Семипалатинской области за период с 1890 по 1915 г. также произошел количественный рост численности медицинского персонала. Однако по сравнению с Акмолинской областью он был незначительным. Так, увеличилась численность врачей за 25 лет (за 1890–1915 гг.) с 5 до 9 (в 1,8 раза), фельдшеров с 26 до 67 (в 2,5 раза)⁴⁴³.

В Уральской области за этот же период также произошло расширение штата медицинского персонала. Так, численность врачей за 25 лет с 1890 по 1915 г. была увеличена с 19 до 33 (в 1,7 раза). В конце XIX в. в Уральской области насчитывалось 8 повивальных бабок, а уже в 1915 г. помощь роженицам оказывали 35 акушерок (в 4,3 раза)⁴⁴⁴.

Так же, как и в других областях в Тургайской области, увеличивался штат медицинского персонала в период с 1890 по 1915 г. В 1890 г. на службе в области состояло 10 врачей, 13 фельдшеров и 4 повивальные бабки. В 1915 г. медицинский персонал был увеличен до 17 врачей (в 1,7 раза), до 56 фельдшеров (в 4,3 раза) и 9 повивальных бабок (в 2,25 раза)⁴⁴⁵.

⁴⁴² Свиридова Л.Е. Основные этапы развития медицины и здравоохранения в Северном Казахстане (XVIII-XX в.). : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995. С. 8–9.

⁴⁴³ Обзор Семипалатинской области за 1890 г. Семипалатинск, 1891. С. 82, РГИА. Ф. 391. Оп. 6. Д. 432. Л. 15.

⁴⁴⁴ Обзор Уральской области за 1890 г. Уральск, 1891. С. 7; Обзор Уральской области за 1915 г. Уральск, 1916. С. 101–102.

⁴⁴⁵ Обзор Тургайской области за 1891 г. Оренбург, 1892 г. С. 21; Обзор Тургайской области за 1915 г. Оренбург, 1916. С. 73.

Наряду с количественным ростом, на протяжении исследуемого периода повышалось качество медицинского обслуживания населения Степного края. На протяжении второй половины XIX – начала XX в. в регионе формировалась профессиональная группа врачей, оказывавших специализированную медицинскую помощь – терапевтическую, хирургическую, офтальмологическую, акушерскую, стоматологическую, психиатрическую. В начале XX в. в крае также работали врачи-фтизиатры, инфекционисты⁴⁴⁶.

Прирост численности медицинских кадров Степного края на протяжении второй половины XIX – начала XX в. обеспечивался за счет как выпускников медицинских образовательных учреждений европейской части России, так и региональных медицинских учебных заведений. Важным событием для подготовки медицинских кадров Степного края стало открытие 16 мая 1888 г. в Томске первого сибирского университета. Первым его факультетом стал медицинский факультет. Именно его выпускники пополняли ряды врачей Степного края.

На развитие кадрового медицинского потенциала Степного края в 70–90-е гг. XIX в. оказала политическая ссылка. Регион стал местом, куда из европейской части страны высылались участники революционного народнического движения, а также польских революционеров, среди которых были профессиональные медики. Они расселялись в областных и уездных городах Степного края и имели возможность заниматься медицинской практикой. Среди представителей революционного народничества, связанных со Степным краем, необходимо отметить целую группу людей. Это Н. И. Долгополов, Л. А. Кузнецов, К. А. Белиловский, А. Г. Нечаева, А. М. Богомолец, Д. Бекарюков, С. Н. Флоровский, Н. Пахолков, А. Дудоладов и другие, внесшие большой вклад не только в медицину, но и в общественную жизнь края⁴⁴⁷.

⁴⁴⁶ Обзор Тургайской области за 1915 г. Оренбург, 1916. С. 73; Обзор Уральской области за 1915 г. Уральск, 1916. С. 1.

⁴⁴⁷ Касымбаев Ж. Деятельность политических ссыльных в Семипалатинске во второй половине XIX в. // История. Алма-Ата, 1964. Вып. 3. С. 13–140; Галиев В.З. Медицинская

Медицинская деятельность народных и польских политических ссыльных была многогранной. В условиях нехватки медицинских кадров многие из них получали возможность официального устройства на работу по специальности, некоторым разрешалась частная медицинская практика. Кроме этого, они принимали активное участие в решении задач организации медико-санитарной контроля в городах Степного края, принимали активное участие в борьбе с эпидемиями и т.д.

Средний медицинский персонал – фельдшерская служба – в Российской империи формировалась в рамках Устава фельдшерской школы, утвержденного МВД в 1865 г. Согласно Уставу, фельдшерские школы открывались губернскими земствами при земских больницах. Преподавание в них, как правило, вели врачи-ординаторы. Срок обучения в таких школах составлял 4 года⁴⁴⁸. Особенность развития медицинских учреждений Азиатской России являлся тот факт, что они создавались как военные фельдшерские школы при казачьих войсках.

Так, для снабжения фельдшерами Оренбургского и Уральского казачьих войск большую роль сыграло учреждение военно-фельдшерской школы при Оренбургском казачьем войске в октябре 1842 г. В ученики принимались подростки из казачьих войск, причем только мальчики. Прием велся с разрешения командира отдельного Оренбургского корпуса⁴⁴⁹. Первый выпуск фельдшеров составил 20 человек, выпускники работали фельдшерами в казачьих войсках. В 1887 г. решением Медицинского департамента Оренбургская военная школа была упразднена⁴⁵⁰.

деятельность ссыльных революционеров в Казахстане (вторая половина XIX в.). Алма-Ата, 1982; Сапаргалиев Г. С., Дьяков В. А. Общественно-политическая деятельность ссыльных поляков в дореволюционном Казахстане. Алма-Ата, 1971.

⁴⁴⁸ Кузьмин Ю.В. Подготовка медиков России в XVIII – начале XX века // Вестник Оренбургского государственного университета, 2003. № 4 С. 110.

⁴⁴⁹ Каспрук Л.И., Лебедева И.В. Становление и развитие среднего медицинского образования в Оренбургской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 4. С. 62.

⁴⁵⁰ Обзор Уральской области за 1880 г. Уральск, 1881. С. 31.

На территории Степного края первая фельдшерская школа была открыта в 1852 г. при Омском военном госпитале. Ее задачей стала подготовка медицинских кадров для комплектования Сибирского казачьего войска. Директором школы являлся начальник Омского военного госпиталя. Это было первое медицинское учебное заведение в азиатской части Российской империи. В фельдшерскую школу могли поступать на обучение лица как из казачьего, так и невойскового сословия. В январе 1876 г. генерал-губернатором Западной Сибири генерал-адъютантом А. П. Кознаковым были утверждены Правила об определении воспитанников из крестьянского сословия и из киргиз в Омскую фельдшерскую школу. Таким образом, Правила предоставляли возможность получения среднепрофессионального медицинского образования как русским, так и казахам Степного края. Поскольку казахи и учащиеся других этносоциальных групп населения территориально проживали в отделении от Омска, то в 1877 г. Западно-Сибирским военным округом было утверждено Положение об интернате для воспитанников фельдшерской школы⁴⁵¹.

К этому времени, по мнению региональных властей, фельдшерская школа при Омском военном госпитале не «отвечала потребностям времени». Как отмечают исследователи, «она существовала на общественных началах, без платы производившим обучение ординаторам, и содержалась на поступления от войска, которых было явно недостаточно. Курс обучения в ней не был обусловлен никакой программой, и это сказывалось на качестве выпускаемых кадров; предстоящая служба же требовала более квалифицированной подготовки». Количество подготавливаемых выпускников также не удовлетворяло потребностям в медиках Сибирского казачьего войска⁴⁵².

Именно поэтому в 1872 г. генерал-губернатор Западной Сибири А.П. Хрущов обратился с ходатайством к императору о расширении школы. Его ходатайство было одобрено. Приказом по военному ведомству от 26 ноября

⁴⁵¹ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 6.

⁴⁵² Тюменцева Ю. В., Тюменцев Д. Г. История создания фельдшерской школы в Омске // Известия Омского государственного историко-краеведческого музея. 2016. №20. С. 68–72.

1874 г., подписанным военным министром Д. А. Милютиним, были утверждены Правила об образовании медицинских, аптечных и ветеринарных фельдшеров Сибирского казачьего войска. В 1878 г. Высочайше утвержденным мнением Государственного Совета фельдшерская школа при военном госпитале г. Омска преобразовывалась в Омскую Центральную фельдшерскую школу⁴⁵³. Школа становилась ведущим медицинским образовательным учреждением для Западной Сибири, готовившим средне-профессиональные медицинские кадры. Она открывалась на 100 учеников, для их размещения в учебных классах и интернате, в 1878 г. началось строительство нового здания школы. Его строительство завершилось в 1883 г. и включало классные комнаты, столовую с кухней, спальни и другие подсобные помещения. При школе были построены флигеля для проживания директора, воспитателя и смотрителя⁴⁵⁴.

В фельдшерской школе для поступивших на обучение были выделены правительственные стипендии. Для каждой области предусматривалась отдельная квота. Так, например, Акмолинское областное правление определило постоянное число стипендиатов в количестве 10 человек от Акмолинской области. В свою очередь Семипалатинское областное правление считало достаточным 8 стипендиатов от своей области. Областные правления Тургайской и Уральской областей также нуждались в фельдшерах со школьным образованием. Однако считали невозможным принять обязательства по содержанию стипендиатов. Во-первых, по причине сурового климата Омска, куда бы направлялись ученики. Во-вторых, областные земские средства двух областей были крайне ограничены⁴⁵⁵.

Содержание одного воспитанника в Омской фельдшерской школе обходилось в 300 руб. в год. Таким образом, годовой расход на содержание школы обходилось для Акмолинской области в 3000 руб., Семипалатинской

⁴⁵³ РГИА. Ф.1276. Оп.6. Д.644. Л. 1об.

⁴⁵⁴ РГИА. Ф.1276. Оп.6. Д.644. Л. 2.

⁴⁵⁵ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 7–8.

области – в 2400 руб., для Сибирского казачьего войска – 4500 руб. Денежные средства на покрытие этих нужд подлежали ежегодному ассигнованию из земских сборов Акмолинской и Семипалатинской областей и из средств Сибирского казачьего войска⁴⁵⁶.

Согласно проекту положения о центральной фельдшерской школе в Омске, целью ее деятельности являлась подготовка фельдшеров для службы преимущественно в пределах Степного и Туркестанского генерал-губернаторств, Тобольской и Томской губернии и Сибирского и Семиречинского казачьих войск⁴⁵⁷.

В школе предусматривалось наличие штатных мест для обучения (обучение за счет попечителей) и нештатных мест (платное образование). Для обучения за счет средств попечителя каждый год избирались кандидаты из местного сельского и казачьего населения в пределах тех губерний, областей или казачьих войск, на средства которых содержалась школа. Документы таких лиц отсылались директору школы, а кандидаты прибывали в школу к началу занятий. В случае поступления на места платного образования, необходимо было подать прошение с приложением документов на имя директора школы не позднее 15 августа каждого года⁴⁵⁸.

Процесс обучения в школе продолжался 4 года, которые подразделялись на 4 класса. Преподавание велось по утвержденным МВД учебным планам и программам, которые в свою очередь рассматривались в Медицинском совете и были согласованы с министром народного просвещения. Учениками могли стать лица любого звания не моложе 14 лет. На момент поступления обучающиеся должны овладеть образованием не ниже уровня полной школы или в объеме не ниже программы вступительных экзаменов⁴⁵⁹. После прохождения полного курса обучения и удовлетворительной сдачи выпускных экзаменов воспитанники получали свидетельства о присвоении им

⁴⁵⁶ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 13.

⁴⁵⁷ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 15.

⁴⁵⁸ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 29.

⁴⁵⁹ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 19.

квалификации фельдшера. После окончания Омской фельдшерской школы, ее штатные выпускники обязаны отработать потраченные на него средства за обучение в пределах губернии, области или казачьего войска в течение полутора лет.

В процессе обучения будущие фельдшеры изучали дисциплины как медицинской сферы, так и общеобразовательные. Среди общеобразовательных предметов воспитанникам преподавали Закон Божий, русский и латинские языки, арифметику, геометрию и черчение, географию, русскую историю, зоологию, ботанику и физику. Среди медицинских дисциплин были анатомия и физиология, фармакология, фармацевтика и фармацевтическая химия, фармакология и рецептура, патология, терапия, детские болезни, хирургия, учение о массаже, гигиена, учение об эпидемических и эпизоотических болезнях, патологоанатомические дисциплины и практика в аптеке или больнице. Таким образом, после выпуска из фельдшерской школы ее ученик обладал широким спектром знаний не только в медицинской науке, но и в общеобразовательной сфере⁴⁶⁰.

За годы функционирования Центральной фельдшерской школы был сформирован высокопрофессиональный педагогический коллектив из опытных врачей и учителей. Деятельность школы курировал Степной генерал-губернатор, выступая ее попечителем. Общий надзор за школой возлагался на губернатора Акмолинской области, «ближайшее наблюдение по учебной частью» – на Акмолинского областного врачебного инспектора, наблюдение «по хозяйственной части» – на Акмолинское областное правление. Непосредственное управление школой возлагалось на директора, которого назначали из врачей. Для осуществления контроля за учебно-воспитательной работой создавался педагогический совет⁴⁶¹. Количество обучающихся с

⁴⁶⁰ РГИА. Ф. 1276. Оп. 6. Д. 644. Л. 24.

⁴⁶¹ Чернышев А. Л. 150 лет. История становления Омского областного базового медицинского колледжа // Среднее профессиональное образование, 2002. № 12. С. 30–31; На первых порах обучали казачьих малолетков... // Омское здравоохранение на рубеже веков. Омск, 2004. С. 16–17; Привалова С. М. История подготовки средних медицинских кадров в

каждым годом росло: к 1880 г. учебные заведения Акмолинской области выпускали более 200 специалистов в области здравоохранения⁴⁶².

В второй половине XIX в. в Западной Сибири функционировали фельдшерские школы в Тобольске и Томске⁴⁶³. Подготовка медицинских кадров в данных учебных заведения была крайне важна для развития медико-санитарной службы в Степном крае.

Подготовка акушерской службы в Степном крае была связана с открытием в Омской Центральной фельдшерской школе в 80-е гг. XIX в. акушерского отделения. В 1904 г. акушерская школа была открыта на базе Оренбургской фельдшерской школы. В 1915 г. на ее базе открылась фельдшерско-акушерская школа.

Формирование младшего медицинского персонала в Степном крае было связано в первую очередь с необходимостью проведения массовой вакцинации населения от оспы. Оспопрививатели как особая категория медицинских работников стали складываться еще в 20-е гг. XIX в. в связи с принятием Уставов о сибирских и оренбургских казахах. Ст. 87 Врачебного устава отмечалось особое положение Оренбургских киргизов. Согласно данной статье при Оренбургской пограничной комиссии вводилась должность фельдшера и десяти учеников-фельдшеров и оспопрививателей из числа казахов, проходящих подготовку при Оренбургском военном госпитале⁴⁶⁴.

Этнический состав медицинского персонала Степного края был достаточно пестрым. Основную долю медицинских кадров составляли русские. Однако из общей численности докторов и фельдшеров присутствовало существенное количество других этносов. Например, поляки работали в должностях и военных, и гражданских врачей. По данным Л.К. Островского, в

Западной Сибири // История народного образования Западной Сибири. Омск, 2005. С. 181–185.

⁴⁶² Обзор Акмолинской области за 1881 г. Омск, 1882. Л. 72–73.

⁴⁶³ Ищенко О. В. Развитие общего и профессионального образования в Западной Сибири во второй половине XIX – начале XX века // Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin), 2011. № 13 (115). С. 23.

⁴⁶⁴ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13. С. 17.

Акмолинской области в 1893 г. в Омске, в Войсковой ветеринарной фельдшерской школе преподавателем работал врач, надворный советник Болеслав Михайлович Чегловский. Кроме того, Чегловский в 1893–1895 гг. являлся старшим врачом 2-го военного отдела Сибирского казачьего войска и исполнял обязанности врача 5-го участка города Омска. На 1897 г. врачебной и санитарной деятельностью в Акмолинской области были заняты 17 поляков, из них в Омске работали 9 человек. Одной из первых вольнослушательниц Томского университета являлась дочь польского купца Мария Казимировна Зеленевская. В 1911 г. Зеленевская окончила медицинский факультет университета, а в 1913 г. работала вторым врачом при Омском переселенческом пункте⁴⁶⁵.

Определенный процент медицинского персонала Степного края составляли евреи. Как правило, они являлись выпускниками медицинских факультетов университетов Москвы, Харькова, Казани, Томска. Специалисты-медики среднего профессионального уровня работали фармацевтами, дантистами, фельдшерами, акушерками. Как отмечают исследователи, еврей-медики достаточно часто сами обращались во властные структуры с ходатайством назначить их на работу в области Степного края, несмотря на тяжелые условия работы и территориальную отдаленность от центральных губерний России. Это было связано с целым рядом факторов. Главный из них – «черта оседлости», что создавало трудности для трудоустройства выпускников-евреев медицинских университетов⁴⁶⁶.

В условиях нехватки медицинских кадров медиков-евреев охотно принимали на работу в медицинские учреждения Степного края. После принятого в 1897 г. правительственного постановления «О преобразовании врачебной части в уездах областей Акмолинской, Семипалатинской и

⁴⁶⁵ Островский Л.К. Вклад поляков в развитие здравоохранения Западной Сибири (1890–1917 гг.) // Вестник Томского государственного университета. 2013. № 375. С. 91–96.

⁴⁶⁶ Жилкин М.В., Жилкина Т.В. Врачи-евреи в дореволюционном Казахстане; Список евреев-медиков и др. // Из истории евреев в Казахстане. XIX в. – начало XX в. Вып. 2. Алматы, 2002. С. 77–162.

Семиреченской» их стали брать врачами на вновь открываемые в сельской местности врачебные участки. Так, Ольга Абрамовна Ицкович была назначена фельдшерницей-акушеркой 1-го участка Усть-Каменогорского уезда. В 1898 г. на должность врача 3-го участка г. Зайсана был переведен Михаил Алексеевич-Самуилович Розенблюм. В 1892–1899 гг. врачом 3-го участка Семипалатинского уезда работал Зальмуниин Израиль Ицкович, выпускник Императорского Казанского университета. По данным на 1895 г. фельдшером Семипалатинского оспопрививального покоя работал Абрам Лесянский, а с 1 января 1899 г. он назначается фельдшером 3-го участка Усть-Каменогорского уезда. С 26 февраля 1898 г. повивальной бабкой 3-го участка с. Катон-Карагая Усть-Каменогорского уезда была назначена Шейна Абрамовна Ицкович. Приказом военного губернатора Семипалатинской области с 1905 г. она исполняла обязанности семипалатинской городской повивальной бабки, проработав на этой должности до 1919 г. В начале XX в. в Семипалатинске врачом-дантистом работал Аарон Нахимович Мошкович. Еще одной нишей, которую активно занимали медики-евреи, стала фармацевтика. Например, в 1886 г. в Усть-Каменогорске открылась частная аптека бывшего политического ссыльного Василия Инькова. Здесь работало достаточно много фармацевтов-евреев: аптекарская ученица Двейра Боцман, Иудель Гольдберг; с 1908–1909 гг. в Усть-Каменогорске в городской аптеке провизора Москвина работала Рейза Иоселевна Завольская. В начале XX в. в городе была открыта еще одна частная аптека, принадлежавшая П.Б. Корхману⁴⁶⁷.

Подготовка медицинского персонала из числа казахов была связана с необходимостью подготовки специалистов-оспопрививателей. Согласно Уставам о сибирских и оренбургских киргизах 1820-х гг., в степных областях вводилась процедура оспопрививания. В степных областях стали появляться оспопрививатели – обыкновенные местные жители – выходцы из кочевого

⁴⁶⁷ Жилкин М.В., Жилкина Т.В. Врачи-евреи в дореволюционном Казахстане... С. 77–162; Крутова Н. Медики-евреи Семипалатинской области // Заметки по еврейской истории. Сетевой журнал еврейской истории, традиции и культуры. URL: berkovich-zametki.com.

населения. Они обучались у врачей или фельдшеров процедуре оспопрививания. Обучение проходило непосредственно в полевых условиях при объезде территорий и постановке прививки казахам-кочевникам в местах их кочевок. Оспопрививатели избирались самим населением из числа местных кочевых жителей, примерно по 1 оспенному ученику на волость. Такие оспопрививатели внесли существенный вклад в дело вакцинации населения от оспы. Их появление и распространение решало проблему привлечения оспопрививателей и закрывало вопрос нехватки младшего медицинского персонала⁴⁶⁸.

На рубеже XIX–XX вв. казахская молодежь стала активно поступать в средне-профессиональные медицинские образовательные учреждения. Их обучение в фельдшерских школах финансировалось из нескольких источников. Как правило, это были стипендии, учрежденные за счет средств земского сбора с казахского населения⁴⁶⁹. Имели место случаи учреждения стипендий из фондов степных генерал-губернаторов и военных губернаторов областей Степного края. Наибольшей популярностью медицинское образование пользовалось среди казахов Уральской и Тургайской областей, что объяснялось территориальной близостью к европейской части России и более активными процессами интеграции казахского населения в образовательное пространство страны.

Средне-профессиональное медицинское образование казахи получали в целом ряде медицинских учреждений России: Воронежской земской фельдшерской школе, Санкт-Петербургской военно-фельдшерской школе, Казанской фельдшерской школе, Кронштадтской военно-фельдшерской школе.

В первые годы XX в. казахскими обществами внутренней орды⁴⁷⁰ на сумму 2700 руб. было учреждено 15 стипендий для казахов и русских, знающих казахский язык, для обучения в Астраханской фельдшерской школе.

⁴⁶⁸ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 11.

⁴⁶⁹ Обзор Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1906. С. 39.

⁴⁷⁰ Имеется в виду Внутренняя/Букеевская орда – этнополитическое образование казахов, кочевавших в междуречье Урала и Волги.

Выпускники фельдшерских школ, обучавшиеся на средства казахских обществ, должны были после получения диплома не менее трех лет отработать по специальности в регионе, на средства которого они обучались.

Однако наибольшей популярностью среди обучающихся пользовалась Омская центральная фельдшерская школа. В 1880 г. ее окончили первые пять казахов, в 1881 г. – семь, в 1882 г. – один и в 1883 г. – двое. В 1886 г. в данной школе обучалось 14 казахских стипендиатов от Акмолинской и Семипалатинской областей⁴⁷¹. Всего данное учебное заведение до Октябрьской революции 1917 г. окончили 95 фельдшеров-казахов.

По окончании медицинских учреждений казахи-медики работали, как правило, в сельской местности среди казахского населения. Этим решались, как минимум, две проблемы: нехватку медицинских работников в сельской местности и рост доверия казахского населения к российской системе медицинского образования.

В целом, несмотря на определенные успехи в процессе формирования кадров медицинского персонала, на протяжении второй половины XIX – начало XX в. Степной край испытывал их дефицит. Это обстоятельство приводило к тому, что в областях Степного края на протяжении многих лет в штатном расписании числились вакантные места. Так, в 1910 г. в Акмолинской области из 15 вакантных мест было замещено только 8, остальные должности оставались вакантными на протяжении от одного года до трёх лет. Для решения этой проблемы часто приглашался военный медицинский персонал. В этой же Акмолинской области из 15 должностей участковых фельдшеров семь были заняты фельдшерами со школьным образованием, остальные восемь являлись ротными фельдшерами⁴⁷². Также в области не хватало акушерок: в 1904 г. из 15 вакантных мест были заняты только два (одна из акушерок покинула свой пост в конце 1904 г.). На остальных участках функции акушерок выполняли

⁴⁷¹ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 218.

⁴⁷² Обзор Акмолинской области за 1907 год. Омск, 1908. С. 73.

вольнораемные врачи, из которых только 8 имели соответствующий уровень образования, и 6 ротных акушерок⁴⁷³.

Аналогичной была ситуация в Семипалатинской области. На начало 1908 г. из 16 вакантных должностей было замещено только 8, остальные 8 были свободны в течение различного промежутка времени: от 4 месяцев до 7 лет. Из 16 фельдшеров только 9 фельдшеров окончили курс Омской центральной фельдшерской школы, ещё 6 были замещены ротными фельдшерами. Из 16 должностей акушерок за это же время только 6 мест были заняты профессиональными специалистами, на одно место была принята повивальная бабка, на 6 мест – фельдшеры, закончившие Омскую фельдшерскую школу, и ещё трое мест заняли ротные акушерки⁴⁷⁴.

Продолжительная вакантность во врачебных участках сельской местности в Акмолинской, Уральской, Тургайской и Семипалатинской областях, а также нехватка медицинского персонала негативно влияли на оказание врачебно-медицинской помощи сельскому населению. В рамках принятого медицинского законодательства «нормальным» считался врачебный участок с населением, не превышающим 25 тыс. человек и «радиусом не более 15–20 верст от нахождения врача и лечебницы». В Степном крае сельский участковый врач обслуживал территорию «от 8 тыс. до 120 тыс. кв. верст пространства с радиусом до 450 верст», в границах которого проживало от 15 тыс. до 115 тыс. человек населения. Наименьший по территории врачебный участок в Акмолинской области располагался на территории в 1800 кв. вёрст (с радиусом до 210 вёрст) с населением 15865 человек. Наибольший же участок имел площадь 121736 кв. вёрст (радиус составлял 1000 вёрст), где проживало 114299 человек. В Семипалатинской области площади медицинских участков составляла от 4500 до 72000 кв. вёрст (радиус от 80 до 450 вёрст) с населением от 20 тыс. человек до 80 тыс.⁴⁷⁵.

⁴⁷³ Обзор Акмолинской области за 1904 год. Омск, 1905. С. 29.

⁴⁷⁴ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 95. Л. 33.

⁴⁷⁵ Обзор Семипалатинской области за 1900 год. Семипалатинск, 1901. С. 48.

Одним из негативных факторов развития сельской медицины было отсутствие развитой транспортной системы, а также недостаток оборудования и медикаментов. В то время, как деревни коренных сибиряков занимали центры волостей при хороших путях сообщения, то вновь создаваемые переселенческие поселки в большинстве своем располагались по периферии. Такие поселки находились вдали от дорог. Поэтому весной и осенью туда было трудно, а иногда и вовсе невозможно добраться. Население оставалось со своей бедой один на один, передавая инфекционные заболевания новым переселенцам. Недоступность медицинской помощи и отсутствие путей сообщения становились причиной высокой заболеваемости жителей и, как следствие, высокого процента смертности⁴⁷⁶.

Показывая крайне низкий уровень медицинского обслуживания населения, областной врач Акмолинской области Бутков писал: «В деревне Новой Казанке свыше 1500 человек и поселке Таловке 1000 человек, а зимой и вдвое больше, между тем во всем участке только врач и фельдшер. При таком малом количестве лиц медицинского персонала большая часть населения остается без всякой врачебной помощи, а при появлении эпидемических заболеваний не могут быть принимаемыми своевременно меры к прекращению распространения их». Отмечался им и факт фактически полного отсутствия медицинского обслуживания коренного казахского населения. В 1892 г. Бутков доносил: «Ввиду трудного времени для киргиз и вообще условий их жизни очень возможно появление среди них других эпидемических заболеваний, о которых у них самые смутные представления, и борьба с этими болезнями будет гораздо труднее, чем с оспой, которую киргизы хорошо знают и принимают некоторые меры против ее распространения»⁴⁷⁷.

⁴⁷⁶ Обзор Акмолинской области за 1900 год.; Обзор Акмолинской области за 1901 год; Обзор Семипалатинской области за 1900 год; Обзор Семипалатинской области за 1902 год ; Обзор Семипалатинской области за 1903 год; Обзор Тургайской области за 1900 год; Обзор Тургайской области за 1901 год; Обзор Тургайской области за 1902 год.

⁴⁷⁷ Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект). С. 197.

На качество медицинского обслуживания сельского населения Акмолинской и Семипалатинской областей негативно влиял и тот факт, что в большинстве врачебных участков существовали только амбулатории и приемные покои, больниц не имелось. Амбулатории и приемные покои, как правило, находились в арендованных помещениях, в которых по первой возможности отводились квартиры для низшего медицинского персонала, для врачей квартиры почти всегда отсутствовали.

Но даже при аренде помещения под больницу они должны были соответствовать ряду требований. Такое помещение должно было насчитывать не менее 5–6 комнат, где могли бы расположить две палаты, операционную, аптеку, приемную и комнату для фельдшера. Если и встречались подходящие постройки, то лица, кому они принадлежали, в большинстве случаев, не соглашались отдавать свое имущество под больничные помещения, мотивируя свой отказ нежеланием размещения в них больных. С другой стороны, когда вариантов особо не оставалось, хозяева домов требовали чрезмерно большие деньги за аренду, что при достаточно скромном бюджете становилось крайне обременительной тратой для поселковых пунктов. Все эти неблагоприятные условия стали причиной того, что почти все поселковые пункты ограничивали свою работу приемом амбулаторных больных, отказывая больным, нуждающимся в стационарном лечении.

Одним из решений проблемы с помещениями, где бы размещались лечебные заведения, региональные органы власти видели в том, чтоб «кредиты на устройство больниц, приемных покоев и домов для врачей вносились в подлежащие подразделения смет земских повинностей. По мере устройства больниц необходимые на их содержания средства следовало определять при утверждении проектов областных земских смет на каждое трехлетие⁴⁷⁸.

Строительство помещений для больниц в Степном крае осуществлялось крайне редко. Темпы строительства, как правило, шли вразрез с утверждённым планом. Так, при осмотре построек амбулатории и квартиры для врача и

⁴⁷⁸ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 724. Л. 109.

фельдшера в поселке Федоровском Кустанайского уезда Тургайской области в сентябре 1907 г. при переселенческой больнице оказалось, что еще «не настланы полы, но материал заготовлен; снаружи не обшито и не положен дощатый отлив, нет приставной лестницы, нет отхожего места, не вставлены стекла в оконные рамы, печные работы начаты при восьми человеках. Не сделаны штукатурные работы, но материалы есть»⁴⁷⁹.

Возвращаясь к теме аренды жилья медицинским персоналом, отметим, что врачи, как правило, вынуждены были арендовать себе жилье. Учитывая преобладание в степных областях кочевого казахского населения, врачи широко практиковали разъездную систему предоставления медицинской помощи. При разъездах по вверенным участкам врачам приходилось нанимать помещения и в местах остановок, так как пользоваться общественными квартирами или кибитками казахов было неудобно. Такие остановки могли быть достаточно продолжительными, особенно в периоды вспышек различных эпидемий, что в свое время обязательно сопровождалось расходами на наём квартир, оплачиваемыми врачами из собственных средств⁴⁸⁰.

Двойной расход на квартиру (плата за квартиру на месте постоянного проживания и в месте остановки при разъездах) значительно сокращал и так невысокое содержание, положенное участковым врачам по штату, что сказывалось на текучке кадров и продолжительной вакантности должностей участковых медиков. При таких условиях назначение квартирных денег сельским участковым врачам, не пользующимся наёмными квартирами, представлялось вполне справедливым и необходимым. Проблемы пытались решать на государственном уровне. По Высочайше утверждённому 23 мая 1905 г. мнению Государственного совета врачам Степного края была установлена надбавка к жалованию участкового врача в размере 15 %, или 225 рублей в год⁴⁸¹.

⁴⁷⁹ РГИА. Ф. 391. Оп. 4. Д. 171. Л. 25.

⁴⁸⁰ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 1461. Л. 127.

⁴⁸¹ Обзор Семипалатинской области за 1900 год. Семипалатинск, 1901. С. 91.

Региональные власти достаточно серьезно относились к проблеме низкого качества медицинских услуг в регионе и нехватки медицинских кадров. Попытки их анализа ситуации, отраженные в ежегодных отчетах военных губернаторов областей Степного края и всеподданнейших отчетах генерал-губернаторов, позволяют выявить круг проблем, которые препятствовали положительному решению кадрового вопроса.

В наибольшей степени ситуация была связана с финансовой составляющей. Как указывалось ранее, земств как органов местного самоуправления в Степом крае не было. Городские органы самоуправления, которые стали формироваться в областных центрах Степного края в 80-е гг. XIX в., имели в своем распоряжении небольшие денежные средства. Поэтому они не имели возможности «увеличения числа участковых врачей». Ограниченными были возможности Переселенческого управления. В сферу интересов Комитета Сибирской железной дороги, связанных с развитием медицинской службы, входили приграничные к дороге территории⁴⁸².

Проектирование и открытие новых врачебных участков в сельской местности, повсеместное открытие больниц или фельдшерских пунктов, содержание в них штата медицинского персонала ложились на плечи Медицинского департамента МВД и на региональный бюджет. Последний на всем протяжении второй половины XIX – начала XX в. оставался дотационным, не приносил доходов в общеимперскую казну. Поэтому финансовые возможности центральных и региональных органов власти в решении вопросов развития медико-санитарной службы в Степном крае были крайне ограничены⁴⁸³.

В областях Степного края городские, участковые, переселенческие и военные врачи выполняли массу дополнительных обязанностей. В частности, на них возлагались функции судебно-медицинских врачей. Это было связано с

⁴⁸² РГИА. Ф. 273. Оп.8. Д. 18. Л. 155.

⁴⁸³ Лысенко Ю.А. и др. Государственное регулирование социальных процессов в центральноазиатском регионе России имперского и советского периодов.

тем, что в Тургайской и других областях Степного края не было штата судебных медиков. Все это при громадных размерах сельских медицинских участков еще больше тормозило работы врачей, которым приходилось отрываться от своих прямых обязанностей выездами по вызову судебных и полицейских властей. Масштабы данной работы можно представить по следующим данным. Так, в 1912 г. в Тургайской области врачи провели 49 освидетельствований насильственной смерти, 66 вскрытий и осмотров мертвых тел, 458 освидетельствования живых людей, всего – 568 вызовов в роли судебно-медицинских врачей⁴⁸⁴.

На городских врачей дополнительно был возложен надзор за санитарной частью. Врачи городов Тургай и Иргиз включались в создаваемые врачебно-полицейские комитеты для надзора за проституцией. В Актюбинске и Кустанае надзор за проституцией был разделен между полицейским управлением и городскими врачами⁴⁸⁵. Аналогичная ситуация имела место и в других областях Степного края.

Стоит обратить внимание на то, что разделение обязанностей врачей поселковых, назначаемых Переселенческим управлением, и сельских было крайне размытым. Медицинский персонал Переселенческого управления выступал как дополнительный к сельской медицине и должен был нести все функции и обязанности участковых врачей. Локальными актами Управления были определены площадь обслуживаемого района и количество населения, которое должен был обслуживать врач, нанятый им. Однако в начале XX в. в различных районах Степного генерал-губернаторства стали открываться поселковые медицинские пункты Переселенческого управления в районах уже работавших участковых врачей⁴⁸⁶.

Такое разделение создало целый ряд дополнительных сложностей и препятствий для оказания оперативной медицинской помощи населению.

⁴⁸⁴ Обзор Тургайской области за 1912 г. Тургайск, 1913. С. 116–117.

⁴⁸⁵ Там же. С. 116.

⁴⁸⁶ Ф. 391. Оп. 2. Д. 724. Л. 102.

Переселенческие поселки, находившиеся вблизи района дислокации участкового врача, «в медицинском отношении тяготели к поселковому пункту, хоть последний и находился на несколько десятков верст дальше участкового. И наоборот, ближайšie к поселковому врачу старожильческие поселения относились к сельскому врачу, хотя вблизи имелся переселенческий пункт»⁴⁸⁷.

Степной край являлся малопривлекательным для переезда сюда медицинских работников из других регионов Российской империи. Помимо отсутствия в большинстве сельских медицинских участков больниц и приемных покоев, медикам приходилось сталкиваться с ментальными и бытовыми проблемами. Среди них этноконфессиональная ситуация, связанная с преобладанием кочевого казахского мусульманского населения, «чуждого по языку, религии и обычаям»; сложности с арендой «более или менее удобной квартиры для проживания», которых просто не было в большинстве населенных пунктах; дороговизна продуктов; отсутствие частного заработка; «плохие дороги, климатические и иные неблагоприятные природные условия региона»⁴⁸⁸. К тому же участковые врачи из-за крайне ограниченного их состава «не могли воспользоваться своим законным правом на отпуск по семейным обстоятельствам, по состоянию здоровья или для научного совершенствования своих знаний и навыков»⁴⁸⁹. Все эти обстоятельства при тяжелых условиях службы в Степи и недостаточном материальном обеспечении давали повод искать более соответствующие их потребностям места, что также являлось важной причиной отсутствия участковых врачей в некоторых селениях.

По мнению военных губернаторов областей, при таких условиях жизни и деятельности врачей, фельдшеров и других категорий медицинских работников соответствующим должно было быть и материальное вознаграждение. Однако должностной оклад не соответствовал условиям жизни и нагрузке

⁴⁸⁷ Ф. 391. Оп. 2. Д. 724. Л. 108.

⁴⁸⁸ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 20.

⁴⁸⁹ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 20 об.

медицинского персонала в пределах Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской областей Степного края. Содержание участкового врача обходилось государству в 1200 руб., жалованье фельдшеров составляло 200 руб., а акушерок – 350 руб. По мнению военных губернаторов областей, такие оклады считались довольно низкими⁴⁹⁰.

Столь низкие оклады содержания медицинского персонала при обширности территории врачебных участков и «трудности их обслуживания по местным природным и бытовым условиям», не могли привлечь на службу в степные области более или менее удовлетворительный медицинский персонал, вследствие чего штатные медицинские должности подолгу оставались вакантными или часто замещались лицами без специальной медицинской подготовки⁴⁹¹.

Это обстоятельство особенно остро ощущалось в период, когда рядом с сельской врачебной организацией начала действовать переселенческая организация со штатом врачей и фельдшеров, отлично обеспеченным в материальном отношении. Врачи Переселенческого управления и Комитета Сибирской железной дороги, получали оклад в пределах от 1800 до 3000 руб. в год.

Степной генерал-губернатор ходатайствовал перед Медицинским департаментом МВД о пересмотре штатов сельско-врачебной части Степных областей, причем в первую очередь он выдвинул вопрос об увеличении содержания медицинского персонала. Он считали, что размеры должностных окладов медицинских работников (врачи – 1500 рублей в год), Высочайше утверждённые 25 марта 1891 г., недостаточны, учитывая все вышеперечисленные региональные особенности⁴⁹².

Для решения все вышеперечисленных проблем развития медико-санитарной службы в Степном крае органы власти принимали определенные

⁴⁹⁰ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 8.

⁴⁹¹ РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 1461. Л. 108.

⁴⁹² РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 12.

усилия. Чиновник особых поручений при Степном генерал-губернаторе при объезде территорий генерал-губернаторства в 1902 г. предложил решить некоторые задачи в сфере здравоохранения следующим образом: 1) необходимо выработать основной план деятельности поселкового медицинского персонала по отношению к населению и поставить его в связь с уже существующей губернской медицинской организацией медицинской помощи населению;

2) наметить сеть поселковых пунктов в местах наиболее усиленного водворения переселенцев по Сибири и ежегодно открывать по несколько новых пунктов;

3) решить вопрос в положительном смысле о постройке больничных помещений;

4) увеличить штат медицинского персонала на каждом врачебном пункте;

5) довести жалованье врачам до 1500 руб. в год⁴⁹³.

По итогам данной поездки Степной генерал-губернатор представил в МВД ходатайство. МВД в 1909 г. приняло решение в сельских районах Акмолинской и Семипалатинской областей: 1) учредить в каждой из областей по одной должности врача для командировок с окладом в размере 1500 руб., по одной должности делопроизводителя по сельско-врачебной части с окладом в размере 1000 руб.; 2) присвоить участковым врачам, не имеющим квартир в найме, квартирные деньги в размере 225 руб. в год каждому; 3) предоставить губернаторам Акмолинской и Семипалатинской областей разрешать врачам ежегодно на 4 месяца научные командировки в клиники и больницы с выдачей пособия каждому по 300 руб. и с сохранением содержания⁴⁹⁴.

В феврале 1910 г. министром внутренних дел был внесен на одобрение в Государственную Думу и Комиссию по направлению законодательных предположений, а также на заключение в Финансовую комиссию законопроект об улучшении сельско-врачебной части степных областей Степного генерал-

⁴⁹³ РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 724. Л. 109.

⁴⁹⁴ РГИА. Ф. 1267. Оп. 5. Д. 706. Л. 52, РГИА. Ф. 391. Оп. 3. Д. 1461. Л. 129.

губернаторства. Комиссия по направлению законодательных положений отметила, что начало правильному устройству и развитию сельско-врачебного дела в уездах степных областях положено лишь законами 1897 и 1898 гг. Согласно данным законодательным актам области Степного края были разделены на участки, в главе которых стояли участковые врачи с установленным окладом. Однако к началу XX в. данные оклады не удовлетворяли потребностей медицинского персонала⁴⁹⁵. На основании изложенного Комиссия по направлению законодательных предположений предоставила на одобрение Государственной Думы проект закона⁴⁹⁶. Согласно предложению Комиссии новое жалованье участковым врачам должно составлять 1800 руб. в год, включая 600 руб. столовых расходов. Младший медицинский персонал в лице фельдшеров должен получать 400 руб. в год, а акушерки – 500 руб.⁴⁹⁷

В качестве меры, направленной на улучшение качества медицинского обслуживания населения Степного края, в 1906 г. были введены должности разъездных фельдшеров. Это представлялось действенной мерой, так как фельдшер или фельдшерица медицинского пункта могли обслуживать свою волость и при разъездах. Врач же, по мнению, чиновников, должен был «оставаться в центральном месте при больнице и выезжать в объезд своего участка только в исключительных случаях, при появлении эпидемии, для дачи надлежащих указаний волостным фельдшерам, а также для ревизии и контроля этих фельдшерских пунктов».

Таким образом, на протяжении второй половины XIX – начале XX в. в Степном крае фиксировалась позитивная динамика увеличения численности медицинских кадров. Однако рост численности медицинских кадров не удовлетворял запросам населения, особенно проживающего в сельской местности. Ситуация усугублялась наплывом переселенцев. Численность и

⁴⁹⁵ РГИА. Ф. 1278. Оп. 2. Д.1173. Л. 19.

⁴⁹⁶ РГИА. Ф. 1278. Оп. 2. Д.1173. Л. 23, 23 об.

⁴⁹⁷ РГИА. Ф. 1278. Оп. 2. Д.1173. Л. 23, 23 об.

размеры врачебных участков не соответствовали темпам роста населения региона. Фактором, сдерживающим процесс увеличения численности врачебных участков в сельской местности, выступала нехватка медицинских кадров.

В связи с активизацией переселенческого движения в Сибирь и за Урал возникла необходимость административного контроля данного явления. В структуре МВД было создано Переселенческое управление, которое занималось вопросами переселения крестьян на земли Сибири, с том числе и Степного края. Расширение штата старшего и младшего медицинского персонала с начала XX в. происходило благодаря поддержке Переселенческого управления. Данная организация нанимала врачей и фельдшеров для оказания медицинской помощи новоселам в местах их водворения. За счет средств, выделяемых Переселенческим управлением МВД, открывались больницы и приемные покои в переселенческих пунктах. Одновременно медицинская помощь переселенцам оказывалась и по пути их следования благодаря усилиям Комитета Сибирской железной дороги. Данная организация следила за соблюдением санитарных норм в процессе переселения крестьян на железнодорожном и водном транспорте.

В конце XIX – начале XX в. в Степном крае наблюдается количественный рост медицинского персонала. Так, в четырех степных областях количество врачебного персонала в среднем увеличилось в два раза. Высокие темпы роста медицинского персонала также заметны в среде младшего звена. Однако несмотря на то, что наряду с медицинским персоналом Медицинского департамента МВД в областях трудились врачи и фельдшеры, приглашенные на службу Переселенческим управлением МВД и Комитетом Сибирской железной дороги, в регионе ощущалась большая нехватка медицинских кадров и лечебных учреждений.

Степной край был малопривлекательным для выпускников медицинских учебных учреждений по целому ряду факторов. Несоответствие положенным по штатам окладов содержания медицинскому персоналу условиям жизни и

врачебной деятельности в Степном крае. Врачи и фельдшеры при объезде территорий были вынуждены оплачивать аренду жилья в Степи из собственных средств. Немаловажным фактором вакантности должностей медицинского персонала являются территориальные размеры врачебных участков. Наименьший участок по площади составлял 1800 кв. верст с населением более 15 тыс. человек. В свою очередь наибольший врачебный участок насчитывал до 85 тыс. человек на площади до 72000 кв. верст. Помимо громадных территориальных размеров врачебных участков, отсутствие удобных путей сообщения, отдаленность степных областей от культурных центров, суровость климата, отсутствие удобных квартир для медицинского персонала, дороговизна продуктов питания и иные бытовые условия стали причиной кадровой проблемы медико-санитарной службы Степного края.

Заключение

Становление и развитие медико-санитарной службы в Степном генерал-губернаторстве проходило в три этапа. Для каждого из этапов характерны свои тенденции, результаты и проблемы. Первый этап – 20-е – середина 60-х гг. XIX в. – начало процесса интеграции Степного края в социоэкономическое пространство Российской империи. В этот период на территории Младшего и Среднего жузов была проведена первая административно-территориальная реформа, связанная с ликвидацией ханской власти и созданием российских региональных органов управления. В крае стала формироваться прослойка российских чиновников. Данный процесс сопровождался формированием Западно-Сибирского военного округа, Уральского и Сибирского казачьих войск. Для обеспечения продовольствием воинских поселений и гражданского населения (развитие земледелие) на территории Младшего и Среднего жузов начали переселяться крестьяне. Для их медицинского обслуживания в административных центрах внешних округов, созданных на территории Среднего жуза – Областных правлениях, стали создаваться первые больницы. Предполагалось, что их будет посещать и коренное казахское население. Однако из-за низкой заинтересованности к ним среди кочевого населения, окружные больницы через непродолжительное время закрывались. Вместо них открывались военные лазареты и госпитали с целью обслуживания военного населения. В случае необходимости за медицинской помощью в них могло обратиться и гражданское население. В отношении казахского кочевого населения ставилась первоочередная задача – проведение среди него вакцинации против оспы. Однако добиться каких-либо успехов в данной сфере не удалось.

Второй этап развития медико-санитарной службы Степного края связан с принятием в 1868 г. Временного положения об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской. Данное Положение предусматривало новое административное деление, на основании которого были образованы области, уезды, волости. После проведения

административной реформы актуализировался вопрос медицинской помощи в новых административных единицах. К тому же одновременно с этим после отмены крепостного права началось переселенческое движение крестьян в Степной край. С наплывом переселенцев возникла необходимость предоставления им медицинской помощи в местах водворения. В условиях отсутствия земств организация медико-санитарной службы в Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской областях возлагалась на региональные органы государственной власти – областные правления. В областных правлениях вводилась должность областного врача, в уездах учреждались должности уездного врача, фельдшера и повивальной бабки. Наряду с органами государственной власти, в функции которых входили развитие медико-санитарной службы и контроль над санитарным состоянием областей Степного края, определенную роль в улучшении системы здравоохранения сыграли городские думы и городские управы. Несмотря на ограниченный бюджет они занимались вопросами санитарно-эпидемиологической обстановки городов и сел. Органы местного самоуправления занимались вопросами открытия больниц, поиском кадров и улучшения санитарно-эпидемиологической ситуации.

Одновременно с гражданской медициной в 60–90-х гг. XIX в. в Степном крае продолжилось расширение сети медицинских учреждений Военного министерства. Численность военных медицинских учреждений и медицинского персонала в регионе в этот период преобладала. С военными медицинскими работниками связано открытие Омского военного медицинского училища, Омского медицинского общества, зарождение санитарной службы в регионе и открытие первой бактериологической лаборатории.

На втором этапе успехами развития медико-санитарной службы Степного края можно считать появление профильных отделений в больницах и специализированных медицинских учреждений – психиатрических больниц; зарождение санитарной службы и фармацевтической системы; активизации процесса оспопрививания как коренного, так и переселенческого населения

региона, развитие аптечной сети, установление санитарного контроля за предприятиями.

Среди тенденций, характерных для второго этапа развития медико-санитарной службы в Степном крае, стоит отметить развитие системы охраны здоровья на предприятиях. Для оказания медицинской помощи работникам учреждались должности врачей при фабриках, заводах, социальных учреждениях, на станциях Сибирской железной дороги.

Среди недостатков этапа следует отметить нехватку медицинских учреждений и медицинского персонала, что в свою очередь влияло на охват медицинской помощью как оседлого, так и кочевого населения. Таким образом, можно говорить о том, что в этот период не была решена проблема доступности медицинской помощи, особенно аграрному населению Степного края.

Третий этап истории медико-санитарной службы Степного края – конец 90-х гг. XIX – начало XX в. – связан с введением в действие Положения 1897 г., направленного на кардинальное расширение медицинской помощи аграрному населению Степного края. В рамках реализации Положения 1897 г. была сформирована сеть сельских врачебных участков с назначением в них сельских врачей, фельдшеров и акушеров. Особенностью развития сельской медицины в регионе стало и то, что к этому процессу подключались и другие административные и общественные структуры – Переселенческое управление, Комитет Сибирской железной дороги, Российское общество Красного Креста. Следует отметить, что именно на их средства в начале XX в. в Степном крае было открыто наибольшее количество врачебных участков, больниц, приемных покоев и амбулаторий. Большинство врачей региона также были приглашены или командированы этими структурами.

Успехи развития медико-санитарной службы Степного края в рамках третьего этапа связаны с дальнейшим расширением специализированной медицинской помощи, ставшей доступной населению региона; развитием санитарной службы и фармацевтической системы. В этот период в областях Степного края получила развитие и частная медицинская практика. Следует

отметить рост доверия к государственным медицинским учреждениям со стороны казахского населения.

В развитии медико-санитарной службы Степного края особая роль принадлежала Переселенческому управлению МВД, Комитету Сибирской железной дороги, Российскому обществу Красного Креста. Так, деятельность Переселенческого управления в данном контексте была связана с решением задачи обеспечения переселенческого населения медицинской помощью, как по пути следования на места выдворения, так и на новом месте жительства. Для организации и надзора за перевозками переселенцев железнодорожным и водным транспортом был привлечен Комитет Сибирской железной дороги. Благодаря созданию Переселенческим управлением и Комитетом Сибирской железной дороги сети медицинских учреждений в виде врачебных и фельдшерских пунктов удалось значительно улучшить состояние медико-санитарной службы в Степном крае. Для данного периода характерно создание большого числа переселенческих пунктов, где располагались больницы и приемные покои, открываемые на средства Переселенческого управления МВД. Для увеличения количества старшего и младшего медицинского персонала Переселенческое управление привлекало выпускников медицинских учебных учреждений на службу в районы переселения крестьян. Комитет Сибирской железной дороги следил за состоянием переселенцев по пути их следования водным и железнодорожным транспортом. Специальными нормативными актами регламентировалось санитарное состояние транспортных средств – вагонов или пароходов, нанимался медицинско-санитарный персонал, на крупных узловых станциях открывались врачебные пункты. Наряду с Переселенческим управлением и Комитетом Сибирской железной дороги, Российское общество Красного Креста оказывало помощь в организации жизни переселенцев в местах их водворения. На средства общества открывались столовые, командировались отряды сестер милосердия для оказания медицинской помощи в наиболее нуждающиеся районы Степного края.

Развитие медико-санитарной службы Степного края неизбежно связано с формированием медицинской кадровой системы. Кадровый состав старшего и среднего медицинского персонала пополнялся благодаря приезду в регион выпускников медицинских профессиональных учреждений Российской империи, а также выпускников Омского медицинского училища. Следует отметить полиэтничность медицинских работников Степного края. Кадровый состав пополнялся за счет за счет врачей – русских, польских ссыльных революционеров, евреев. К работе в области оспопрививания активно привлекалось казахское население. Некоторые из казахов впоследствии становились фельдшерами.

Те не менее кадровая проблема сопутствовала всему периоду развития медико-санитарной службы в Степном крае и несмотря на все попытки региональных и нерегionalных властей, не была успешно решена к концу имперского периода. Причинами кадровой проблемы выступал ряд факторов: низкое жалование медицинским работникам, неудовлетворительные условия жизни, территориальная отдаленностью Степного края от культурных центров, огромные размеры медицинских участков и т.д. Все это, безусловно, снижало качество предоставляемых населению региона медицинских услуг.

Список источников и литературы

Опубликованные источники

Нормативно-правовые акты

1. Временное положение об управлении в областях Уральской, Тургайской, Акмолинской и Семипалатинской. Санкт-Петербург: типография Министерства внутренних дел, 1883.
2. О добровольном переселении сельских обывателей и мещан на казенные земли: Закон от 13.07.1889 // Полное собрание законов Российской империи. Собр. 3. Т. 9. СПб., 1889.
3. Положение о губернских и уездных земских учреждениях от 1 января 1864 года. URL: Положение о губернских и уездных земских учреждениях от 1 января 1864 года — Викитека (wikisource.org).
4. Полное собрание законов Российской империи. Т. 17. СПб., 1897.
5. Полное собрание законов Российской империи. III. Т. IX. СПб., 1889.
6. Правила врачебно-санитарной службы на железных дорогах, открытых для общественного пользования. СПб., 1900.
7. Правила врачебно-санитарной службы Сибирской железной дороги относительно отпуска лекарств из железнодорожных аптек // Вестник Сибирской железной дороги, 1905. № 11–12. С. 19–25.
8. Свод законов Российской империи, дополненный по продолжениям 1906, 1908 и 1910 гг. и позднейшими узаконениями 1911 и 1912 гг. СПб., 1913.
9. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. СПб., 1845.
10. Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1857. Т. 13.

Статистические и делопроизводственные документы

11. Голошубин И. С. Справочная книга Омской епархии. Омск, 1914.
12. Гурвич И.А. Переселение крестьян в Сибирь. М., 1889.

13. Казахско-русские отношения в XVIII–XIX вв. (1771–1867 гг.) : Сборник документов и материалов. Алма-Ата, 1964.
14. Куломзин А.Н. Всеподданнейший отчет статс-секретаря Куломзина по поездке в Сибирь для ознакомления с положением переселенческого дела. СПб., 1896.
15. Материалы по истории политического строя Казахстана. Т. 1. Алма-Ата, 1960. Казахско-русские отношения в XVIII–XIX вв. (1771–1867 гг.): Сборник документов и материалов. Алма-Ата, 1964.
16. Обзор Акмолинской области за 1870 г. Омск, 1871.
17. Обзор Акмолинской области за 1881 г. Омск, 1882.
18. Обзор Акмолинской области за 1890 г. Омск, 1891.
19. Обзор Акмолинской области за 1892 г. Омск, 1893.
20. Обзор Акмолинской области за 1897 г. Омск, 1898.
21. Обзор Акмолинской области за 1900 г. Омск, 1901;
22. Обзор Акмолинской области за 1901 год. Омск, 1903,
23. Обзор Акмолинской области за 1904 год. Омск, 1905.
24. Обзор Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1906.
25. Обзор Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1907.
26. Обзор Акмолинской области за 1907 год. Омск, 1908.
27. Обзор Акмолинской области за 1910 г. Омск, 1911.
28. Обзор Акмолинской области за 1914 г. Омск, 1915.
29. Обзор Семипалатинской области за 1870 г. Семипалатинск, 1871.
30. Обзор Семипалатинской области за 1879 г. Семипалатинск, 1880.
31. Обзор Семипалатинской области за 1880 г. Семипалатинск, 1881.
32. Обзор Семипалатинской области за 1881 г. Семипалатинск, 1882.
33. Обзор Семипалатинской области за 1890 г. Семипалатинск, 1891.
34. Обзор Семипалатинской области за 1895 г. Семипалатинск, 1896.
35. Обзор Семипалатинской области за 1897 г. Семипалатинск, 1898.
36. Обзор Семипалатинской области за 1900 г. Семипалатинск, 1901.
37. Обзор Семипалатинской области за 1902 г. Семипалатинск, 1903.

38. Обзор Семипалатинской области за 1903 год. Семипалатинск, 1904.
39. Обзор Семипалатинской области за 1906 г. Семипалатинск, 1907.
40. Обзор Семипалатинской области за 1908 г. Семипалатинск, 1909.
41. Обзор Семипалатинской области за 1911 г. Семипалатинск, 1913.
42. Обзор Тургайской области за 1870 г. Оренбург, 1871.
43. Обзор Тургайской области за 1872 г. Оренбург, 1873.
44. Обзор Тургайской области за 1880 г. Оренбург, 1881.
45. Обзор Тургайской области за 1889 г. Оренбург, 1890.
46. Обзор Тургайской области за 1891 г. Оренбург, 1892.
47. Обзор Тургайской области за 1892 г. Оренбург, 1893.
48. Обзор Тургайской области за 1896 г. Оренбург, 1897.
49. Обзор Тургайской области за 1900 г. Оренбург, 1902.
50. Обзор Тургайской области за 1901 год. Оренбург, 1902.
51. Обзор Тургайской области за 1902 год. Оренбург, 1904.
52. Обзор Тургайской области за 1905 г. Оренбург, 1905.
53. Обзор Тургайской области за 1910 г. Оренбург, 1911.
54. Обзор Тургайской области за 1912 г. Оренбург, 1913.
55. Обзор Тургайской области за 1915 г. Оренбург, 1916.
56. Обзор Уральской области за 1869 г. Уральск, 1868.
57. Обзор Уральской области за 1870 г. Уральск, 1871.
58. Обзор Уральской области за 1880 г. Уральск, 1881.
59. Обзор Уральской области за 1881 г. Уральск, 1882.
60. Обзор Уральской области за 1890 г. Уральск, 1891.
61. Обзор Уральской области за 1892 г. Уральск, 1893.
62. Обзор Уральской области за 1894 г. Уральск, 1895.
63. Обзор Уральской области за 1897 г. Уральск, 1898.
64. Обзор Уральской области за 1900 г. Уральск, 1901.
65. Обзор Уральской области за 1905 г. Уральск, 1906.
66. Обзор Уральской области за 1910 г. Уральск, 1911.
67. Обзор Уральской области за 1915 г. Уральск, 1916.

68. Отчет о врачебно-санитарном состоянии эксплуатируемых железных дорог за 1909 г. СПб., 1910. С. 18–19.
69. Памятная книга Акмолинской области за 1905 г. Омск, 1906.
70. Памятная книжка Акмолинской области на 1909 г. Омск, 1909.
71. Памятная книжка Акмолинской области на 1913 год. Омск, 1913.
72. Переселение и землеустройство за Уралом в 1906–1910 гг. и отчет по переселению и землеустройству за 1910 год. СПб., 1911.
73. Протоколы Омского медицинского общества. Г. 16 1898/1899, № 9.
74. Протоколы Омского медицинского общества. Год VI, 1888/9. Омск, 1890.
75. Протоколы Омского медицинского общества. Год VII, 1889/90. Омск, 1891.
76. Хронологический атлас-справочник заболеваний чумой на территории Среднеазиатского пустынного природного очага чумы в пределах Республики Казахстан / ред. З. А. Сагиев. Алматы, 2020.

Информационно-справочные источники

77. Казахстан: национальная энциклопедия. Алматы, 2005. Т. III.
78. Энциклопедия города Омска. Том 1: Омск от прошлого к настоящему (период с 1716-го по 2008 год). Омск, 2009.

Неопубликованные источники

Российский государственный исторический архив (РГИА)

79. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 2. 1887–1905 гг. Д. 136. О прививке оспы переселенцам, собирающимся на переселение.
80. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 2. 1887–1905 гг. Д. 59. Об оказании помощи переселенцам со стороны общества Красного креста.
81. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 2. 1887–1905 гг. Д. 1271. Об оказании врачебно-продовольственной помощи переселенцам Степной области.

82. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 2. 1887–1905 гг. Д. 724. Об устройстве переселенческих и врачебных пунктов в районе водворения переселенцев.
83. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 1461. О возложении на переселенческих врачей обязанностей участковых сельских врачей.
84. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 1435. Об организации движения переселенцев по реке Иртышу.
85. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 434. Отчет заведывающего Тургайско-Уральским районом за 1906 год.
86. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 577. О мерах борьбы с холерной эпидемией на путях следования переселенцев в 1907 году.
87. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 95. Об устройстве медицинских и поселковых пунктов в Семипалатинской области.
88. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 205. О возложении на чинов Переселенческого управления обязанностей по оказанию переселенцам продовольственной помощи от Красного Креста.
89. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 3. 1906–1909 гг. Д. 197. Об организации санитарного надзора за переселенцами на линиях Самарско-Златоустовской и Сибирской железных дорог.
90. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 4. 1910–1912 гг. Д. 171. О плане работ по организации врачебно-продовольственной помощи в Тургайско-Уральском районе на 1910 год.
91. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 4. 1910–1912 гг. Д. 209. Об оказании Красным Крестом врачебно-продовольственной помощи переселенцам Степного края.
92. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 4. 1910–1912 гг. Д. 360. О перевозке переселенцев по рекам Сибири.

93. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 4. 1910–1912 гг. Д. 48. Ведомости о состоянии врачебно-продовольственных пунктов в Акмолинском районе. Ч. II.
94. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 4. 1910–1912 гг. Д. 821. О расходах на содержание врачебно-продовольственных пунктов на пути следования переселенцев и на местах их водворения в Акмолинском районе в 1911 году. Ч. II.
95. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 4. 1910–1912 гг. Д. 950. О перевозке переселенцев по реке Иртышу в 1911–1912.
96. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 5. 1913–1915 гг. Д. 143. Об оказании врачебно-продовольственной помощи переселенцам в Семипалатинском районе. Ч. III.
97. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 6. 1916–1918 гг. Д. 432. По общим вопросам о врачебно-продовольственной помощи (Об итогах деятельности врачебно-продовольственных пунктов разных районов, о недостатках в отчетах за 1915 год и другие).
98. Ф. 391. Переселенческое управление. Оп. 6. 1916–1918 гг. Д. 388. Об организации врачебно-продовольственного дела в Тургайско-Уральском районе.
99. Ф. 273. Управление железных дорог МПС. Оп. 8. 1899–1919 гг. Д. 190. Об изменениях и дополнениях правил врачебно-санитарного надзора на жел. дороге. Ч.2.
100. Ф. 273. Управление железных дорог МПС. Оп. 8. 1899–1919 гг. Д. 140. Врачебно-санитарные отчеты 1903-06 гг Сибирской железной дороги.
101. Ф. 1276. Совет министров. Оп. 5. 1909 г. Д. 706. Об улучшении организации врачебной части в уездах Степных областей.
102. Ф. 1278. Государственная Дума I, II, III и IV созывов. Оп. 2. 1907–1912 гг. Д. 1173. Министерство внутренних дел. Дело об улучшении сельско-врачебной части Акмолинской, Семипалатинской, Уральской и Тургайской областей. 6 февраля 1910 г. – 14 июля 1910 г.

Исторический архив Омской области (ИАОО)

103. Ф. 3. Главное управление Западной Сибири в Омске. Оп. 9. Д. По представлению Семипалатинского губернатора о командировании врача Миловидова для обозрения области в санитарном отношении.

104. Ф. 99. Степное окружное Управление Красного Креста. Оп. 1. Д. 20. Личная переписка врача отряда Красного Креста Колтановского. 1. Отчет о деятельности врачебно-питательного Красного Креста в Юго-Восточной части Акмолинского уезда с 17 февраля по 18 мая 1907 г. 2. Семидневные ведомости о состоянии больных в южной части Акмолинского уезда с 25 апреля по 2 мая 1907 г. 3. Список жителей села Сом (Двуорь), которым выданы титульные продукты отрядом Красного Креста. 4. Списки больных Саиньковской волости, села Веселого, получающих лекарства и пищевые продукты 1907 г.

105. Ф. 99. Степное окружное Управление Красного Креста. Оп. 1. Д. 23. Отчет Степного окружного управления Российского общества Красного Креста (Р.О.К.К.) за 1908 г.

106. Ф. 99. Степное окружное Управление Красного Креста. Оп. 1. Д. 7. О лазарете Степного управления (Рапорта, отчет по медицинской части лазарета, о движении больных по лазарету, отчет прихода и расхода. Список белья в Омском госпитале).

107. Ф. 99. Степное окружное Управление Красного Креста. Оп. 1. Д. 6. Общество Красного Креста в городе Омске. Об амбулаторной лечебнице (в числе больных, пользовавшихся амбулаторией).

108. Ф. 113. Омское акушерско-фельдшерское училище Акмолинского областного земства. Оп. 1. Д. 1. Журнал педагогического Совета Омской Центральной школы (заседания педагогического Совета и списки учеников 1, 2 и 3 классов).

109. Ф. 113. Омское акушерско-фельдшерское училище Акмолинского областного земства. Оп. 1. Д. 2. Журнал заседаний педагогического Совета школы.

Исследования

110. Абдиров М. Завоевание Казахстана царской Россией. Алматы, 2000. Глава V. История Сибирского казачьего войска. 5.1. Исторические этапы формирования Сибирского линейного казачьего войска. URL: bibliotekar.kz – Казахская библиотека (дата обращения: 20.02.2023).
111. Абилов К.Ж. История становления и развития предпринимательства в Казахстане (вторая половина XIX начало XX вв.). Караганда, 2005.
112. Авилов Р. С. Омский военный округ (1882–1899, 1906–1918 гг.): страницы истории // Военно-исторический журнал. 2015. № 8 С. 3–10.
113. Айтмухамбетов А. А. Казахские служащие Российской империи: формирование, профессиональная и общественно-политическая деятельность в XIX – начале XX вв. (исторический аспект) : дис. ... д-ра ист. наук / Костанайский государственный университет. Семей, 2010. URL: e-history.kz.
114. Алексеев В.В., Алексеева Е.В. Распад СССР в контексте теорий модернизации и имперской эволюции // Отечественная история. 2003. №5. С. 3–19.
115. Алпыспаева Г.А., Саяхимова Ш.Н., Джумалиева Л.Т. Организация медицинского обслуживания во внешних округах Среднего жуза в 20–60 годы XIX века // *Vylye Gody*. 2019. Vol. 51. Is. 1. P. 14–20.
116. Анфимов А. М. Крестьянское земельное право в пореформенной России // Социально-политическое и правовое положение крестьянства в дореволюционной России. Воронеж, 1983. С. 208–221.
117. Арсланова Р.А., Климашин А.Л. Периодические издания России рубежа XIX–XX вв. О социокультурной адаптации русских переселенцев в Средней Азии // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: История России. 2017. №. 16 (3). С. 347–363.
118. Ахтулова Л. А. История основания дезинфекционной службы в Омске // Омский научный вестник. Омск, 2004. № 3 (сент.). С. 232–234.
119. Бекмаханов Е. Казахстан в 20–40-е годы XIX века. Алматы, 1993.

120. Бекмаханов Е. Социально-экономические отношения Казахстана в период империализма. Алма-Ата, 1957.
121. Бекмаханов Е.Б. Казахстан в 20-40-е годы XIX в. М., 1948.
122. Бекмахановна Н. Е. Многонационально население Казахстана и Северной Киргизии в эпоху капитализма (60-е гг XIX – 1917 г.). М., 1986.
123. Белянин Д. Н. Деятельность переселенческих пунктов и врачебно-продовольственная помощь переселенцам в Сибири в 1861–1905 годах // Научный диалог. 2019. № 12. С. 230–247.
124. Бова А.А., Олейниченко В.Ф. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск, 1986.
125. Боровский И. В. Старейший в Сибири медицинский колледж // Среднее профессиональное образование. 2007. № 11. С. 35–36.
126. Броневский С.Б. О казахах Средней орды. 2-е изд. доп. Астана, 2007. Т. 5.
127. Вануйто В.Ю. Развитие здравоохранения на севере Тобольской губ. // Вестник ТобГПИ им. Д.И. Менделеева. 2003. № 2. С. 126–131.
128. Васильев К. Г. История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии. М., 1960.
129. Велецкий С. Записки переселенческого чиновника // Вопросы колонизации. 1908. № 3. С. 194–241.
130. Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет. СПб., 1909–1911.
131. Видута В.К. Труженики революции (деятельность политических ссыльных врачей в Зауралье). Челябинск, 1968.
132. Власова А.И. Медицинское обеспечение крестьян-переселенцев по пути следования железнодорожным и водным транспортом в Степной край в 1890–1910-х гг. // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета, 2021. №3 (39). С. 53–65. URL: http://vestospu.ru/archive/2021/articles/9_39_2021.pdf.
133. Власова А.И. Организация и обеспечение медико-врачебной помощи крестьянам-переселенцам Акмолинской и Семипалатинской областей

Степного края (80-е гг. XIX – начало XX в.) // Society and Security Insights. 2020. Т. 3, № 4. С. 121–132.

134. Власова А. И. Проблемы организации медико-санитарной службы в Степном крае в местах водворения крестьян (начало 1900-х гг.) // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета: Электронный научный журнал. 2022. № 4 (44). С. 202–213. URL: http://vestospu.ru/archive/2022/articles/8_44_2022.pdf.

135. Власова А.И. Состояние врачебной части медико-санитарной службы в сельских районах Акмолинской и Семипалатинских областей Степного края (1890-е – 1917 г.). // Известия Алтайского государственного университета. 2022. № 3 (125). С. 18–22.

136. Воцинин В.П. На сибирском просторе: картины переселения. СПб., 1912.

137. Гагарин Н. Н. Из истории дезинфекционного дела в городе Омске. // Вопросы гигиены. Омск, 1967. С. 186–190.

138. Галиев В.З. Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане (вторая половина XIX в.). Алма-Ата, 1982.

139. Генфер О.В. Военные в социокультурном пространстве г. Омска: 1870-е–1903 гг. : дис. ... канд. ист. наук. Омск, 1999.

140. Герасименко Г.А. Земское самоуправление в России. М., 1990.

141. Гефнер О.В. Медицинская деятельность военных Омска в конце XIX – начале XX вв. // Вестник Омского университета. 1999. Вып. 1. С. 46–50.

142. Гладких П.Ф. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения Сухопутных войск России. СПб., 1997.

143. Гончаров Ю. М. Еврейские общины Западной Сибири (XIX – нач. XX вв.). Барнаул, 2013.

144. Гончаров Ю.М. Очерки истории еврейских общин Западной Сибири (XIX – начало XX вв.). Барнаул, 2005.

145. Гончарова С.Г. Роль Челябинского переселенческого пункта в медико-санитарном обслуживании переселенцев в конце XIX – начале XX вв. //

Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 51.

146. Гончарова С. Г. Сельская медицина неземских губерний во второй половине XIX – начале XX в. // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения: материалы Междунар. симпозиума. М., 2019. С. 74–82.

147. Дранкин Д. И. Холера. Прошлое и настоящее. Саратов, 1970.

148. Жилкин М.В., Жилкина Т.В. Врачи-евреи в дореволюционном Казахстане // Материалы 1-й Международной научно-исторической конференции (12-13 ноября 2002 г.). Алматы, 2002. С. 38–39.

149. Жук А. П. Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60–70 гг. XIX в. М., 1963.

150. Жукова Л.А. Земская медицина // Земское самоуправление в России, 1864–1918 гг. М., 2005. Кн. 2. С. 208–236.

151. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. М., 1960.

152. Заблудовский П.Е. Медицина в России в период капитализма. М., 1956.

153. Захарова Л. Г. Великие реформы в России, 1850–1874. М., 2015.

154. Земблинов В.А. О санитарных условиях массовой перевозки по железным дорогам переселенцев и рабочих // Труды IX Пироговского съезда врачей. СПб., 1905. Т. V. С. 3–62.

155. Зиманов С.З. Политический строй Казахстана конца XVIII и первой половины XIX веков. Алма-Ата., 1960.

156. Исаев А. А. Переселенческое дело с начала 80-х годов. СПб., 1895.

157. Камалов М. Х. Здравоохранение Башкирии за 60 лет // Советское здравоохранение, 1979. № 5.

158. Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И. Основные черты развития медицины в России в период капитализма (1861–1917). М., 1956.

159. Капустин М.Я. Основные вопросы Земской медицины. СПб., 1889.

160. Карпов Л. Н. Земская санитарная организация в России. Л., 1964.

161. Каспрук Л.И., Лебедева И.В. Становление и развитие среднего медицинского образования в Оренбургской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 4. С. 61–63.
162. Касымбаев Ж. Деятельность политических ссыльных в Семипалатинске во второй половине XIX в. // История. Вып. 3. Алма-Ата, 1964. С. 13–140.
163. Касымбаев Ж., Агубаев Н. История Акмолы. URL: bibliotekar.kz – Казахская библиотека.
164. Касымбаев Ж.К. Из истории развития городской промышленности Восточного Казахстана в начале XX в. Алма-Ата, 1981.
165. Кауфман А. А. Переселение и колонизация. СПб., 1905.
166. Кауфман А.А. К вопросу о причинах и вероятной будущности русских переселений. М., 1898.
167. Кирьяков В.В. Очерки по истории переселенческого движения в Сибирь. М., 1902.
168. Клячкин В.Е. Естественное движение населения г. Омска по параллельным данным на 1913, 1916, 1923–26 гг. Омск, 1928.
169. Кокебаева Г.К., Шилдебай С. К. Борьба с эпидемиями в Казахстане в первой трети XX в. // *Oriental Studies*, 2021. Vol. 14. Is. 4. P. 673–684.
170. Колонизация Сибири в связи с общим переселенческим вопросом. СПб., 1900.
171. Колупаев Д.В. Здравоохранение в поселениях сибирского казачества во второй половине XIX в. // Известия Алтайского государственного университета. 2008. № 4–5 (60). С. 252–254.
172. Коновалов И.А. Реформа городского общественного управления 1870 г. в Сибири // Известия Иркутского государственного университета. Сер. История. Т. 20. 2017. С. 21–28.
173. Коновалов И.А., Шиманис Б.Б. Структура муниципальных органов Западной Сибири по Городовому положению 1870 г. // Вестник Омского университета. Серия: Право. 2009. №2 (19). С. 23–28.

174. Кошин Н.Я. Переселенческие поселки в Усть-Каменогорском уезде. Семипалатинск, 1899.
175. Красильщиков В.А., Гутник В.П., Кузнецов В.И., Белоусов А.Р. и др. Модернизация: зарубежный опыт и Россия. М., 1994. С. 7–9.
176. Краснобаева Н.Л. Население Казахстана в конце XIX – первой четверти XX в. : автореф. дис. ... канд. ист. наук. Барнаул, 2004.
177. Крутова Н. Медики-евреи Семипалатинской области // Заметки по еврейской истории. Сетевой журнал еврейской истории, традиции и культуры. URL: berkovich-zametki.com.
178. Кузьмин Ю.В. Подготовка медиков России в XVIII – начале XX века // Вестник Оренбургского государственного университета. 2003. №. 4. С. 108–111.
179. Куликова С.Г. Деятельность земства в области медицины и санитарии (на примере Московской и Тверской губернии) // Вестник ТывГУ. Серия: История. 2019. №1 (49). С. 19–34.
180. Кунжарова Е.М., Гримашевич А.Л. Военно-медицинские учреждения Сибири накануне Первой мировой войны // Проблемы социально-экономического развития Сибири. 2019. № 3. С. 128–130.
181. Лашков К. Омские врачи конца XIX века. Омск, 1990. Кн. 2. С. 99–105.
182. Леви Г.Л. О служебном положении врачебного персонала на железных дорогах // Протоколы заседаний 1 Совещательного съезда железнодорожных врачей русских железных дорог, созванного в Санкт-Петербурге на 4 июня 1898 г. СПб., 1898. С. 17–34.
183. Левит М.М. Становление общественной медицины в России. М., 1974.
184. Левшин А.И. Описание киргиз-кайсацких или киргиз-казацких орд и степей. Ч. 3. СПб., 1832.
185. Легенький И.Г. Омское медицинское общество (1813–1913). // Научные труды (Омский медицинский институт), 1970. №90. С.64–68.

186. Лукьянова Т.В., Кириллова Д.В. Становление фельдшерской помощи населению Пензенской губернии во второй половине XIX в. // XLVI Огаревские чтения : материалы науч. конф.: в 3 ч. Саранск, 2018. Ч. 2: Естественные науки. С. 424–434.

187. Лукьянова Т.В., Подеров В.Н. Роль фельдшера в земской медицине // Вестник НИИ гуманитарных наук при правительстве Респ. Мордовия. 2010. № 2. С. 197–200.

188. Лысенко Ю. А. и др. Государственное регулирование социальных процессов в центральноазиатском регионе России имперского и советского периодов : монография. Барнаул, 2021.

189. Лысенко Ю.А. К вопросу о налоговой политике Российской империи в отношении казахского общества // Известия Алтайского государственного университета. 2013. № 4-2(80). С. 176–183.

190. Лысенко Ю. А., Анисимова И. В., Тарасова Е. В., Стурова М. В. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизм реализации (XIX – начало XX в.). Барнаул, 2014.

191. Лысенко Ю. А., Жанбосинова А. С. Система государственного налогообложения городского недвижимого имущества в центральноазиатских окраинах Российской империи (конец XIX – начало XX в.) // Известия Алтайского государственного университета. 2019. № 5(109). С. 49–54.

192. Лысенко Ю.А. и др. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизмы реализации (XIX – начало XX в.). Барнаул, 2014.

193. Лысенко Ю.А., Анисимова И.В., Бармин В.А., Бочкарева И.Б., Тарасова Е.В. и др. Этнополитические процессы в центральноазиатских окраинах России в период революций 1917 г. Барнаул, 2017.

194. Лысенко, Ю.А., Тарасова Е.В., Анисимова И.В., Стурова М.В. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской

империи: концептуальные основы и механизмы реализации (XVIII – начало XX в.). Барнаул, 2014.

195. Ляшенко Л. М. Царь – Освободитель. Жизнь и деяния Александра II. М., 2014.

196. Мифтеева Д.М. Развитие системы здравоохранения в Оренбургском крае в дореформенный период (конец XVIII – середина XIX в.). Оренбург, 2019.

197. Моллесон И.И. Земская медицина. Казань, 1871.

198. Мударисов Р.З. Состояние медицинского обслуживания горнозаводского населения Южного Урала в первой половине XIX в. // Проблемы генезиса и развития капитализма на Урале. Свердловск, 1986. С. 121–125.

199. Мустафин Р.Р. Деятельность уездного земства по развития здравоохранения и образования в Нижегородской губернии во второй половине XIX века. : дис. ... канд. ист. наук. Нижний Новгород, 2011.

200. На первых порах обучали казачьих малолетков... // Омское здравоохранение на рубеже веков. Омск, 2004. С. 16–17.

201. Назаров В. В. Земская медицина в современной отечественной историографии // Клио. 2007. № 1(36). С. 14–18.

202. Нам И.В. Деятельность общества распространения просвещения среди евреев в Сибири 1910–1917 гг. // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Политология. Религиоведение. 2014. Т. 10. С. 156–160.

203. Немцов С.Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906–1910 гг. Омск, 1911.

204. Ищенко О. В. Развитие общего и профессионального образования в Западной Сибири во второй половине XIX – начале XX века // Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin), 2011. № 13 (115). С. 22–28.

205. Опабекова Д.К. Некоторые аспекты истории организации Баянаульского внешнего округа (1833–1868 гг.) // Вестник ЗКГУ. 2009. № 1 (33). С. 11–17.

206. Осипов Е.А., Куркин П.И., Попов И.В. Русская земская медицина. М., 1899.
207. Островская Л.В. Мироззренческие аспекты медицины русского крестьянского населения Сибири второй половины XIX в. // Из истории семьи и быта сибирского крестьянства XVII – начала XX в. Новосибирск, 1975. С. 131–142.
208. Островский Л.К. Вклад поляков в развитие здравоохранения Западной Сибири (1890–1917 гг.). // Вестник Томского государственного университета. 2013. № 375. С. 91–96.
209. Павловская А. Холерные годы в России. СПб., 1893.
210. Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716–1868). Новосибирск, 1967.
211. Панишев Е.А. Мед. обслуживание и охрана здоровья населения Тобольской губ. во второй половине XIX – начале XX в. // Известия Алтайского государственного университета. 2009. № 4. С. 161–164.
212. Переверзев В.Г. Лекарственная помощь и история становления аптечного дела в Казахстане // Казахстанский фармацевтический вестник. 2002. № 21(169).
213. Петров Б.Д. Очерки истории отечественной медицины. М., 1962.
214. Побережников И.В. Переход от традиционного к индустриальному обществу. М., 2006;
215. Почеревин Е. В. Развитие сельской медицинской сети в Томской губернии // Вестник Кемеровского государственного университета. 2021. Т. 23, № 1 (85). С. 71–79.
216. Почеревин Е.В. Строительство и содержание помещений сельских лечебниц Алтайского округа в начале XX в. // Актуальные вопросы истории Алтая. Барнаул, 2017. С. 217–221.
217. Почеревин Е.В. Финансово-хозяйственная деятельность сельских участковых врачей Томской губ. в начале XX в. // Актуальные проблемы

современного гуманитарного знания : материалы II Всерос. научно-практической конф. с междунар. участием (5 декабря 2018 г.). Кемерово, 2019. С. 79–82.

218. Привалова С. М. История подготовки средних медицинских кадров в Западной Сибири // История народного образования Западной Сибири : сб. науч. ст. и материалов 5-й обл. науч.-практ. конф. Омск, 2005. С. 181–185.

219. Рабинович М.С. Из истории Омского военного госпиталя. Омск, 1960. Вып. 3(10). С. 37–43.

220. Рабинович М.С. Роль военных врачей Омска в истории гражданского здравоохранения города до Октябрьской революции // Межвузовская научная конференция. Материалы географической секции. Омск, 1967. С. 113–118.

221. Ремезов А.И. Очерк санитарного состояния Западной Сибири. Омск, 1880.

222. Руданов Н.В. Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций: у истоков санитарно-эпидемиологической службы Сибири // Омскому научно-исследовательскому институту природноочаговых инфекций 100 лет: исторические материалы. Омск, 2021. С. 4–22.

223. Савицкий Г.В., Ляшенко И.Э. Специфическая профилактика натуральной оспы в Оренбургской губернии начала XIX века // Оренбургский медицинский вестник. Т. I, № 1. С. 35–36.

224. Самарин Р.И. Очерки истории здравоохранения Казахстана. Алма-Ата, 1958.

225. Сапаргалиев Г.С., Дьяков В.А. Общественно-политическая деятельность ссыльных поляков в дореволюционном Казахстане. Алма-Ата, 1971.

226. Сафронов С.А. Перевозка переселенцев в период Столыпинской аграрной реформы // Вестник Тамбовского государственного университета. 2011. № 11 (103). С. 309–315.

227. Свиридова Л.Е. Основные этапы развития медицины и здравоохранения в Северном Казахстане (XVIII–XX вв.) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
228. Свиридова Т.А. Калужское земство. 1865–1918. Очерки истории. Калуга, 1996.
229. Селезнева В.Т. Очерки по истории медицины в Пермской губернии. Пермь, 1997.
230. Семашко Н.А. Основы советской медицины. М., 1919.
231. Семевский В. И. Рабочие на сибирских золотых промыслах. СПб., 1898.
232. Скляр Л.Ф. Переселение и землеустройство в Сибири в годы Столыпинской аграрной реформы. Л., 1962.
233. Смирнов С., Смирнова В. Врачебно-санитарное обслуживание переселенцев на железной дороге Азиатской России в начале XX в. // Вестник Челябинского университета. Сер. 10. Востоковедение. Евразийство. Геополитика. 2003. №2. С. 182–200.
234. Смирнова В. Е. Организация перевозки переселенцев в России (1881–1914) : автореф. дис. ... канд. ист. наук. Челябинск, 1998.
235. Смирнова Е.М. Вспомогательный медицинский персонал на земской службе // История медицины. 2014. № 3(3). С. 15–23.
236. Смирнова Е.М. Фельдшерский персонал в дореволюционной России (по материалам Ярославской губ.) // European Social Science Journal. 2014. № 4–2. Р. 365–371.
237. Соловьев З.П. Практические задачи лечебной медицины. М., 1926.
238. Спасский Г.И. Киргиз-кайсаки Большой, Средней и Малой орды // Сибирский вестник. СПб., 1818. Ч. X.
239. Список евреев-медиков и др. // Из истории евреев в Казахстане- XIX в. – начало XX в. Вып. 2. Алматы, 2002. С. 77–162.

240. Старенченко Ю.Л. Деятельность земских учреждений Санкт-Петербургской губернии по созданию начал общественной медицины (1857–1880 гг.) : дис. ... канд. ист. наук. СПб., 1997.

241. Страшун И. Д. Русская общественная медицина в период между двумя революциями 1907–1917. М., 1964.

242. Стурова М. В. Образовательная среда на территории Акмолинской и Семипалатинской областей (50–80 гг. XIX в.). // Известия Алтайского государственного университета. 2013. №4-2(80). С. 198–202.

243. Стурова М.В. Образовательная политика Российской империи в Степном крае (вторая половина XIX – начало XX в.): к постановке проблемы. // Известия Алтайского государственного университета. 2012. №4-1(76). С. 210–213.

244. Субханбердин С.Х. Лекарственная помощь и история развития аптечного дела в Казахстане. Алма-Ата, 1965.

245. Татарникова А. И., Загороднюк Н.И. Массовое переселение крестьян в Западную Сибирь в конце XIX – начале XX в. в санитарно-гигиеническом измерении // Вестник Томского государственного университета. 2018. № 437. С. 148–154.

246. Татарникова А.И. Сельское здравоохранение и сеть мед. учреждений в Западной Сиб. под воздействием модернизационных процессов (конец XIX – первая четверть XX в.). // Теория и практика общественного развития. 2015. № 22. С.137–140.

247. Темплинг В.Я. Здравоохранение на Крайнем Севере Тобольской губ. (XIX – начало XX в.). // Вестник археологии, антропологии и этнографии. 2015. № 4 (31). С. 136–142.

248. Терновой И.К. Кустанай – Костанай: очерки истории. Кустанай с древнейших времен до 1936 года. Костанай, 2012.

249. Тодорова Н. Степной Гиппократ. Памяти первого казаха-профессионального врача Мухамеджана Карабаева // Казахстанская правда. 2009. № 3.

250. Турчанинов Н. Итоги переселенческого движения с 1896 по 1909 г. СПб., 1910.
251. Тюменцева Ю.В., Тюменцев Д.Г. История создания фельдшерской школы в Омске // Известия Омского государственного историко-краеведческого музея. 2016. №20. С. 68–72.
252. Усов Ф. Статистические описания Сибирского казачьего войска. СПб., 1879.
253. Утиспаева Ж.А. Медицинская помощь в Челябинском переселенческом пункте в конце XIX века // Архив в социуме – социум в архиве: материалы региональной научно-практической конференции. Челябинск, 2018. С. 160–162.
254. Федорова Г.В. Противоэпидемическое направление в деятельности Омского медицинского общества // Омский научный вестник. 2014. № 1 (128). С. 11–13.
255. Федорова Г. В., Ахтулова Л. А. Общественная медицина в Омске (к 120-летию основания Омского медицинского общества). // Омский научный вестник. 2002. № 20. С. 155–159.
256. Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1975.
257. Федотов Н.П. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск, 1967.
258. Филимонов А. В. Финансирование переселенческого дела на восточных окраинах Российской империи: государственная политика и практики второй половины XIX – начала XX вв. : автореф. дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2018.
259. Фон Шлихтинг Л.П. О современной организации сельско-врачебной части Оренбургской губернии и о ее ближайших задачах. Оренбург, 1913.
260. Фурменко И.П. Очерки истории здравоохранения Воронежского края. Воронеж, 1968.

261. Храпова Н.С. Омский военный госпиталь в годы Первой мировой войны. URL: <https://stariy-vojn.livejournal.com/36427.html?ysclid=lei6h029zf247020546>
262. Христофоров И.А. «Аристократическая» оппозиция Великим реформам, конец 1850-х – середина 1870-х гг. М., 2014.
263. Чернышев А. Л. 150 лет. История становления Омского областного базового медицинского колледжа. // Среднее профессиональное образование. 2002. № 12. С.30–31.
264. Черняков Н.М. Омский гарнизонный госпиталь – старейшее лечебное учреждение Сибири. // Сборник научных работ, посвященных 200-летию Омского гарнизонного госпиталя. Омск, 1976. С.3–7.
265. Чесноков С. А. Здравоохранение в Казахстане. Алма-Ата, 1946.
266. Чистяков О. И., Новицкая Т. Е. Реформы Александра II. М., 2015.
267. Чокин А.Р. Очерки развития санитарно-эпидемиологической службы в Казахстане. Алма-Ата, 1975.
268. Чуркин М.К. Переселения крестьян чернозёмного центра в Западную Сибирь во второй половине XIX – начале XX вв.: детерминирующие факторы миграционной активности и адаптации : автореф. дис. ... д-ра ист. наук. Омск, 2007.
269. Чуркин М.К. Сибирская региональная идентичность в переселенческом процессе второй половины XIX — начала XX вв. // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2014. № 3 (4). 2014. С. 78–81.
270. Шайдуров В.Н. Еврейские общины Западной Сибири по материалам Всеобщей переписи населения 1897 г. // Евреи в Сибири и на Дальнем Востоке: история и современность: сборник материалов VI региональной науч.-практ. конф. (22–23 авг. 2005 г., Барнаул). Барнаул, 2005. С. 18–23.
271. Шайкевич М. Положение душевнобольных в Степном генерал-губернаторстве. Казань, 1899.

272. Шаламов В.А. Численность и состав врачей Восточной Сибири по данным 1913 г. // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. 2014. Т. 7. С. 88–93.

273. Шаламов В.А., Дамешек Л.М. Реформа сельско-врачебной части Восточной Сибири 1897 г.: причины, основные положения, последствия // Гуманитарные науки в Сибири. 2018. Т. 25, № 2. С. 5–12.

274. Шефер А.Л. Органы «самоуправления» царской России. Куйбышев, 1939.

275. Шупикова А.О. Организация и функционирование системы медицинского обслуживания железнодорожников Сибири (конец XIX в. – 1917 г.) : дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2015.

276. Эйзенштадт Ш. Революция и преобразование обществ. Сравнительное изучение цивилизаций. М., 1999.

277. Ямзин И.Л. Переселенческое движение в России с момента освобождения крестьян. Киев, 1912.