

5Г
С24

Л.Е. Свирдова

Вглядимся в пройденное

*Из истории
здравоохранения
и медицины
Северного
Казахстана*

485524

Л.Е. Свиридова

Вглядимся в прошедшее

*Из истории
здравоохранения
и медицины
Северного
Казахстана*



Москва «Высшая школа» 1990

ББК 5г
С 24

Издание осуществляется за счет средств автора

С $\frac{4102000000 - 467}{001(01) - 90}$ без объявления

485524

© Л.Е. Свиридова, 1990

К читателю

История – это наше далекое и близкое прошлое, как и наш сегодняшний день, который завтра будет историей.

Предлагаемая книга – первая попытка систематизированного изложения истории становления здравоохранения на территории обширного региона – современных Кокчетавской, Северо-Казахстанской и Целиноградской областей – со времени появления первых медицинских работников в крае до наших дней.

Материал построен на сугубо документальных данных, отражающих проблемы, многообразие и основные этапы развития медицинской службы Северного Казахстана. Особое внимание уделено автором наименее изученным периодам – дореволюционному и первых лет Советской власти. Во время работы над книгой автор стремился взвешенно подходить к фактам и событиям, представить материал правдиво и полноценно, дать объективную картину освещаемых периодов, событий, фактов из истории медицины, показать, насколько положительно повлияло на развитие медицинского обслуживания присоединение Казахстана к России. Добрым словом помянуть посланцев России (в их числе были представители самых различных национальностей), отдавших немало сил как физическому, так и нравственному оздоровлению народа, с которых, собственно, и началось становление демократической интелигенции Казахстана. Названы имена первых медиков казахов. В тяжелейших условиях они тянулись к знаниям, несли свет своему народу, вели санитарную пропаганду среди недавно еще кочевого населения. Поэт Джамбул писал:

По хижинам нашим чума проходила
Да бритвою смерти аулы косила.
И оспа печалью позорного века
Ложилась на смуглом лице человека.

Цель книги – рассказать о тех, кто старался быстрее закончить с позорным наследием старого, о тех, кто в трудные годы становления Советской власти отдавал свои силы и знания людям.

У нас нет возможности претендовать на всеобъемлющий охват материала. Да это и невозможно осуществить в одной работе. Вопросы народной медицины, научных медицинских исследований в регионе требуют более углубленного дальнейшего изучения. Далеко не полны, конечно, и данные о медицинских работниках края, внесших значительный вклад в охрану здоровья народа, развитие здравоохранения и медицинской науки.

Автором при чтении курса истории медицины в Целиноградском государственном медицинском институте была проделана огромная работа по подбору архивных материалов по всему Казахстану, по всей жизни республики, с учетом конкретных данных по Северному Казахстану.

Автор с признательностью и благодарностью примет от читателей все критические замечания и дополнения.

Автор

ГЛАВА 1

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА В ДОРЕВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Зарождение и развитие различных форм медицинского обслуживания населения шло в тесной взаимосвязи с историческим процессом присоединения территории современного Казахстана к России, становлением административно-управленческих процессов, развитием сельского хозяйства, промышленности, культуры.

На обширных пространствах современного Казахстана располагались кочевья племен, ставших костяком казахской народности: усуни, канглы, жалаиры, дулаты – исконные обитатели юга края и Семиречья, впоследствии образовавшие Старший жуз; найманы, кереи, аргыны, проживающие в северных и восточных районах казахской степи, а также кимаки и кыпчаки (по-русски – половцы), образовавшие Средний жуз; алчины, чеклинцы, байулинцы, занимавшие Приаральские и Прикаспийские степи, составляли Младший жуз. Во главе жузов стояли ханы. В жузах шла постоянная междуусобная война за власть и пастбища.

Еще в годы правления Петра I, который видел в казахской степи ворота в Среднюю Азию, происходил обмен послами между казахами и Россией. После 1717 г., когда казахи получают возможность торговать в районе Ишима, налаживаются более тесные торговые связи с Россией и возникает возможность совместной борьбы с джунгарами, которые, пользуясь феодальной раздробленностью и постоянной междуусобной борьбой в казахских жузах, совершили опустошительные набеги. Особенно трагичным был 1723 год, вошедший в историю как «Актабан шубрунды» («Великое бедствие»), когда джунгарские войска наехали сокрушительное поражение казахам. Поражение стало подлинным национальным бедствием, заставило обратиться к России за помощью и покровительством. Начало присоединения казахского народа к России было положено ханом Абулхайром. В его ставке в 1731 г. состоялась встреча с российским посольством под руководством А.И. Тевкелева, открывшая новую страницу в развитии русско-казахских отношений во времена царствования Анны Иоанновны; 1731 г. считается датой присоединения к России Младшего жуза. В 1740 г. присоединился к России Средний жуз, в 1747 г. – Старший жуз. Процесс присоединения был длительным и сложным, изобиловал взлетами и падениями. В 1782 г. все дела, касающиеся казахских ханств, перешли в ведение генерал-прокурора, а послан-

ники казахского народа стали называться депутатами. Но до 1868 г. казахский народ управлялся, по сути, своими начальниками по своим обычаям. Только в 1868 г. были ликвидированы такие древние органы управления, как ханский совет и народное собрание. Территория Казахстана была поделена на области, а в областях выделены волости и уезды [6, 42].

Медицинские учреждения Пресногорьковской укрепленной линии и внешних округов Омской области (1752 – 1838)

До присоединения к России на территории Казахстана медицинских учреждений не было. Помощь при заболеваниях и травмах оказывали народные лекари: баксы, даргеры, арбауши, сныхши, табибы, муллы, бабки-повитухи и др. В лечении использовался богатый опыт народной медицины, истоки которой (как и у других народов) уходят в глубь веков и содержат проверенные временем рациональные методы лечения. Широко применялись различные лекарственные растения и препараты животного происхождения; реже использовались препараты минерального происхождения. Распространены были такие оперативные вмешательства, как кровопускание, вскрытие абсцессов, ритуальное обрезание; при переломах конечностей для фиксации использовалась верблюжья шерсть. Популярностью пользовались местные водоисточники и грязи. На приемах врачевания отразилось представление людей об окружающем мире. «Бессилие дикаря в борьбе с природой порождает веру в богов, в чертей, в чудеса...»¹ Болезни понимались как вселение в тело заболевшего злого духа, наряду с проверенными веками рациональными методами лечения широкое распространение имело колдовское врачевание ран и недугов, основанное на культовой практике: изгнание и переселение духов, ношение амулетов, гадания, предсказания и др. [11, 20, 22, 43, 45, 63, 77, 137].

С началом присоединения к России в Казахстане появляются первые врачи и фельдшеры, обслуживающие армию, и первые лечебные учреждения – госпитали и лазареты. В XVIII и в начале XIX в. никаких гражданских лечебных учреждений и врачей в Казахстане не было.

Для понимания, как происходило зарождение и формирование первых форм медицинского обслуживания на территории Казахстана, нужно коротко осветить некоторые общие исторические и социально-экономические аспекты.

Основой военных формирований Сибири были казаки. Сибирское казачество образовалось из военных отрядов, «воевав-

ших Сибирь». Назначением Сибирского казачьего войска, со- зданного в 1582 г., было несение сторожевой службы на юж- ных укрепленных линиях. В XVIII в. для охраны южных гра- ниц Сибири от набегов джунгар были созданы Иртышская и Пресногорьковская укрепленные линии.

В 1745 г. в крепостях Иртышской линии были раскварти- рованы пять полков, каждый из которых имел в штате полко- вых и батальонных лекарей и подлекарей. Началось строи- тельство военных лазаретов – первых медицинских учреждений Иртышской линии. В них лечились офицеры, солдаты, их же- ны и дети, гражданские чиновники и члены их семей, окру- жающее коренное население.

В 50-х годах XVIII в. было начато строительство Пресно- горьковской линии и уже к 1755 г. в ней имелось 9 крепостей: Покровская, Николаевская, Лебяжья, Полуденная, Петропавлов- ская, Становая, Пресноводская, Кабанья и Пресногорьковская.

В 1815 – 1816 гг. проводились первые геологические обследо- вания юго-западных районов территорий нынешних Кокчетав- ской и Карагандинской областей (обнаружены залежи серебра, меди и других полезных ископаемых). В июле 1816 г. коман- дир отдельного Сибирского корпуса Глазенан представил про- ект переноса Пресногорьковской и Иртышской пограничных линий в глубь степей, в районы урочищ Кокчетава и Акмолы, где «много земли хлебопашной, озер с рыбой и дичью и руд»².

В 1822 г. была образована Омская область, она делилась на округа: Омский, Петропавловский, Семипалатинский, Усть-Ка- меногорский. Согласно проекту административного устройства казахской степи Среднего жуза предусматривалось создание в степи опорных административных пунктов, так называемых внешних окружных приказов; управлялись внешние приказы султанами, которые избирались казахским собранием, а затем утверждались генерал-губернатором. В правление также входи- ло четыре заседателя: два почетных казаха (киргиза) и два русских чиновника. Омская область объединяла несколько внутренних округов, а в 1824 г. были открыты первые внеш- ние округа: Каркаралинский и Кокчетавский. Для сообщения с ними была возведена цепь казачьих пикетов и стали возни- кать русские поселения³.

Следующим внешним округом в Северном Казахстане стал Акмолинский, для его организации весной 1830 г. из Петро- павловской крепости в урочище Ак-Молла отправился отряд подполковника Ф.К. Шубина с соответствующим предписанием: выбрать удобные для поселения места и до зимы построить временные помещения; провести глазомерную съемку местно- сти и определить примерно численность населения; учитывать удобство торговых путей, а также наличие земель, годных для хлебопашства, воды, сенокосов, строевого леса и строительных

материалов. При нападении на киргизов (казахов) извне – защищать их, отбивать угнанный скот; не брать поборов с казахов, за получаемые продукты рассчитываться согласно договоренности⁴.

Таким образом, на территории Среднего жуза было создано семь округов: Аман-Карагайский, Кокчетавский, Учбулакский, Акмолинский, Баян-Аульский, Каркаралинский и Аягузский. Каждый округ имел волости с частными правителями, а волостью заведовал Старший султан, избираемый на три года, ему в помощь придавались два казахских и два русских заседателя; последние вместе с канцелярией и потребным числом толмачей составляли Окружной приказ (Диванах). В приказах имелись здания, занимаемые управлением, помещения для воинских команд, лазареты, провиантские магазины и другие строения⁵. Следует сразу оговориться, что на протяжении XVIII и первой половины XIX в. неоднократно происходило преобразование госпиталей и лазаретов, изменялись и их мощности. Изменения определялись дислокацией войск, возникновением эпидемических и других массовых заболеваний.

Когда в 1763 г. в Омске был создан штаб Сибирских пограничных линий, то для управления медицинским обслуживанием войск при штабе были учреждены должности дивизионного доктора линии и штаб-лекаря при нем. При управлении в 1798 г. открылся лазарет на 60 мест; лазарет был открыт в Петропавловской крепости (в 1829 г. в Петропавловске был построен типовой лазарет). Для обслуживания казаков и солдат в крепостях открывались лазареты, в штате были лекари и подлекари. В этот период происходило интенсивное заселение округов казаками, а многие казаки были семейными, персонал лазаретов оказывал медицинскую помощь соответственно и нестроевой части казачьего населения.

В 1805 г. происходят преобразования в управлении военно-медицинским делом в России: все военно-медицинские учреждения подчиняются штаб-доктору армии. На эту должность был назначен известный ученый – хирург Н.К. Карпинский. Тогда же в каждом полку установлены должности старшего и младшего лекарей, старших и младших фельдшеров.

Но установленные штатом должности врачей весьма редко были замещены полностью, кроме того, медики часто отвлекались для участия в военных экспедициях, поэтому нестроевая часть казачьего населения, особенно женщины и дети, часто оставались без медицинской помощи.

Наглядное представление о санитарном состоянии населения казачьих войск дает работа Ф. Усова «Статистическое описание Сибирского казачьего войска» [124]. Он отмечал высокую заболеваемость и смертность населения. Более двух третей умерших не имели возможности за время болезни получить медицинскую помощь. Главными причинами смерти были

инфекционные болезни: дизентерия, перемежающиеся лихорадки, оспа, малярия (на Иртышской и Пресногорьковской линиях летом малярия поражала поголовно все население). Из-за отсутствия помощи «значительная смертность от родов по станицам – явление весьма обыкновенное».

Но следует обязательно отметить, что именно войсковые врачи и фельдшеры были в числе первых медиков, входивших в соприкосновение с коренным населением края, оказывавших ему медицинскую помощь.

В связи с образованием в 1822 г. Омской области в каждом округе устанавливалась должность окружного врача с одним учеником, а в Омске и Петропавловске – дополнительно должности городских врачей. Общее руководство медицинской частью в области возлагалось на дивизионного доктора. Должность окружного врача в Петропавловске исполнял Г.М. Медикоритский, а городского с 1834 г. – лекарь К.А. Барсов. В 40-х годах городским врачом в Петропавловске был И.В. Вакулинский, а младшим лекарем при нем – И. Китаев [126].

Создание внешних округов потребовало организации и в них медицинской помощи. В основу ее были взяты положения проекта, разработанного М.М. Сперанским при участии Г.С. Батенькова и доктора Ф. Буттца.

В предложенном проекте помимо административного управления предусматривались мероприятия по развитию оседлости и хлебопашства, по медицинскому обслуживанию населения и др.

Для охраны здоровья населения предлагалось в каждом округе построить гражданскую больницу на 200 мест. Штат больницы определялся из двух лекарей (один должен разъезжать по округу), а также лекарских учеников. За счет общества предлагалось содержать служителей. Для лечения принимать преимущественно бедных и тяжелобольных казахов. Но этому проекту не суждено было осуществиться.

Первая гражданская больница в Омске открылась по инициативе дивизионного доктора Ф. Орлова и окружного врача Н. Баженова в сентябре 1827 г. на 15 коек, в том числе 5 женских. Врача в штате больницы не было, лечение проводилось под наблюдением окружного врача, который часто бывал в разъездах [94, 126]. В Кокчетавском и Каркаралинском округах больные размещались в юртах, а к зиме 1824 г. были построены землянки.

В 1825 г. хозяйственным способом, силами гарнизонных солдат решено было строить больничные здания из двух половин: 35 коек для русских и 15 – для казахов. Намечалось при больнице построить дом для врачей, аптеку, кухню и другие хозяйственные помещения. Строительство началось в 1826 г., тянулось медленно из-за плохого финансирования и недостаточного наличного состава гарнизона, необходимого для

выполнения строительных работ. Эти первые гражданские больницы не выполнили предназначаемой роли, а в Каркалинске в декабре 1829 г. почти построенное здание больницы было полностью уничтожено пожаром.

В Кокчетаве больница была построена в семи верстах от окружного центра с расчетом на то, что в этом направлении будут воздвигаться и другие постройки, но этого не произошло. В 1840 г. больница все еще не была окончательно построена. В выделении денег из казны для ее окончательного устройства было отказано. Решено было больницу продать, но покупателей не нашлось, здание было разобрано, сложено в штабель (в 1841 г. сгорел).

В 1832 г. при образовании Акмолинского округа командиру отряда предписывалось «на благотворительные заведения, как-то увечных, престарелых и вообще не имеющих возможности пропитывать себя трудами, определено 500 руб. ...На первый случай для приюта сего рода людей должно иметь две юрты и определить больничную прислугу хотя за некоторую плату, а до зимы закончить постройку небольшой больницы». Больница не была построена. Больные помещались в квартире вместе с солдатами и казаками. Заведовал медицинской частью в 1834 г. фельдшер Шмаков⁶.

В 1837 г. во всех округах Омской области были введены должности повивальных бабок, но эти вакансии очень долго оставались незанятыми. В Петропавловске в 1825 г. была назначена на должность повивальной бабки Х. Тиц, а в сороковых годах ее сменила М. Герасимова [98, 126].

В дореволюционной России «медицинская часть» была распределена по многим ведомствам. Главная роль в медицинском обслуживании гражданского населения, в общих вопросах врачебного и санитарного дела принадлежала Министерству внутренних дел, его Медицинскому департаменту. В этом ведомстве состояли городские, частные больницы, водолечебницы и аптеки. Министерству внутренних дел были подведомственны учреждения Приказов общественного призрения, основанные еще при Екатерине II, больницы и другие учреждения Приказов (дома для умалишенных, богадельни, сиротские и воспитательные дома).

В Омской области приказ был учрежден в 1822 г. В его ведении находились больницы, приемные покой, дома для умалишенных, богадельни и дома для неизлечимых, сиротские или воспитательные детские дома, ремесленные дома, аптеки. Учреждения являли собой крайнюю бедность и запущенность. Медицинское обслуживание осуществляли лекари и подлекари. Лекарь проводил обход и делал назначения, которые исполнял подлекарь: раздавал лекарства, ставил пиявки, припарки, ванны, пускал кровь. Большая часть лекарственных форм изго-

тovлялась в больничных аптеках из растений, собранных персоналом.

Больницы чаще всего были переполнены. Лечение было платным. Правом бесплатного лечения пользовались те, кто мог предъявить свидетельство о бедности.

В период административно-территориального существования Омской области (1822 – 1839) медицинское обслуживание военнослужащих было наложено значительно лучше в сравнении с гражданским населением. Для обслуживания медицинской помощью военнослужащих, находящихся во внешних округах, было предусмотрено открытие в каждом округе лазарета на 16 мест со штатом по одному лекарю и одному фельдшеру. Поскольку оплата медицинского персонала в лазаретах была выше, чем в гражданских больницах, и почти все выпускчики врачей поступали в распоряжение военного ведомства, лазареты были лучше обеспечены медперсоналом, чем гражданские учреждения.

В 20-х годах XIX в. во всех укреплениях начали строить типовые двухэтажные здания лазаретов. В Петропавловске строительство лазарета было завершено в 1828 г. Здесь стоял третий линейный Сибирский батальон. Более шестнадцати лет в этом лазарете служил и умер на посту (1833 – 1849) штаб-лекарь Тиле, прибывший сюда по окончании Казанского университета.

В 1835 г. были составлены проекты и сметы на постройку зданий лазаретов в Аягузском, Акмолинском, Баян-Аульском и Уч-Булакском округах, но денег на строительство не было, и лазареты развертывались в приспособленных помещениях.

В Акмолинский лазарет был направлен врачом из Сибирского корпуса В. Богословским. Лазарет и аптека занимали две комнаты флигеля, в другой половине флигеля жили инвалиды, служащие в нем, и смотритель с семейством.

Кокчетавский лазарет в начале 1838 г. был размещён в доме, купленном у вдовы есаула Шкулова⁷.

Поскольку гражданские больницы во внешних округах к тому времени практически прекратили существование, местное население принималось для лечения в лазареты. В те месяцы, когда на лечении находились казахи, служители лазаретов получали доплату к жалованью в размере 2 руб. 50 коп. Количество лечившихся казахов было незначительно, так, в 1835 г. в Кокчетавском лазарете лечились только три казаха.

В этот период проводятся мероприятия по предупреждению оспы. Натуральная оспа была известна казахскому населению. Еще до открытия вакцинации Дженнером у казахов имелись «бродячие оспопрививатели», получавшие материал для этого из Индии в виде корок и гноя из пустул осипенных больных. Высушенная масса такого материала втиралась в специально сделанные наколы на коже руки у основа-

ния большого и указательного пальцев. Хотя «Устав о киргизах» 1822 г. ставил оспопрививание важнейшей задачей, ее решение затруднялось тем, что должности окружных врачей часто оставались вакантными, а отрядные медики не могли об служить все население. 10 октября 1804 г. был издан Указ Синода, предписывавший духовенству в церкви по окончании службы и в домах своих прихожан «внушать и предрасполагать к охотнейшему употреблению коровьей оспы». Сохранился синодский документ, по которому петропавловскому духовенству предлагалось разъяснять своим прихожанам полезность оспопрививания. Говорилось о невосприимчивости к натуральной оспе лиц, переболевших коровьей, о более легком течении последней и без летальных исходов. Отмечалось, что «человеческая оспа прилипчива, а коровья не заражает и повторной не бывает»⁸. Привлекались к этим мероприятиям и муллы, которые должны были разъяснить казахам полезность прививки.

Эпидемии оспы в 1829 г. в Каркаралинском и в 1831 г. в Кокчетавском округах побудили создать областной оспенный комитет. Комитет обязывал окружных врачей брать оспенных учеников из числа казахских юношей. Больных оспой казахов, брошенных родственниками на произвол судьбы помещали для лечения в окружные больницы. Большую работу по оспопрививанию в эти годы провели в Петропавловском округе лекарь Медиокритский, в Кокчетавском округе лекарь военного лазарета Глаголев и фельдшер Жуков.

Медицинские учреждения на территории Пограничного управления Сибирскими киргизами (1839 – 1853)

С расширением границ Омской области и наличием внешних и внутренних округов очень усложнялось управление. Поэтому в 1839 г. Омская область была упразднена и для управления ее бывшими внешними округами создано Пограничное управление Сибирскими киргизами, просуществовавшее до 1853 г., с центром управления в Омске. Структура управления строилась по армейскому типу. Менялась и организация медицинского дела. Для общего руководства в степных округах при пограничном начальнике устанавливалась должность старшего штаб-лекаря, которую занял С.Т. Чучкин и с честью выполнял ее. В округах предусматривались должности окружных врачей, но желающих их занять было мало.

В 1842 г. из числа бывших воспитанников Московского воспитательного дома было назначено шесть окружных врачей,

получивших медицинское образование на казенный счет. В обязанности врачей вменялось оказание медицинской помощи чиновникам окружных приказов и казахскому населению, ежемесячная подача ведомостей об эпидемических болезнях, списков больных с заболеваниями глаз и списков умерших с указанием причины смерти. Составлялись также полугодовые ведомости о ходе оспопрививания, о состоянии больниц и хирургических инструментов.

Для того чтобы добиться результатов в организации медицинского обслуживания казахского населения и распространения оспопрививания, решался вопрос о подготовке фельдшеров казахов. В нескольких округах были выбраны юноши казахи, которых прикрепили к окружным или военным врачам для обучения в лазаретах оспопрививанию, кровопусканию, использованию пиявок и кровососных банок, перевязкам. Всего до 1854 г. были подготовлены 38 фельдшерских учеников казахов, из них четверо в Кокчетавском округе: Джимбулат Месенев, Тюлебай Кейкенов, Тюргельды Кыстаубаев и Утеп Алыбов (их содержание не было предусмотрено, поэтому они на службе не состояли) [14, 94, 1311].

Для проведения противоэпидемических мероприятий врачи и фельдшеры военных лазаретов выезжали в казахские волости, помогая окружным врачам. Так, в 1848 г. «предохранительная оспа» была привита в киргизской степи 283 младенцам⁹.

В местах дислокации линейных батальонов, в зависимости от численности гарнизонов, развертывались лазареты или полулюгоспитали. В 1848 г. лазареты имелись в Актауском и Джергапин-Агачском укреплениях Кокчетавского округа, а также полулюгоспитали – в Акмоллах и Кокчетаве. Поскольку они по благоустройству не отвечали санитарным требованиям, предписание медицинского департамента требовало оборудовать местные водопроводы, обеспечить вентиляцию помещений¹⁰.

В этих учреждениях лечились и лица гражданского ведомства, рабочие приисков и казаки. Имеются данные, что при вспышках инфекционных заболеваний развертывались дополнительные стационары. Во время эпидемии натуральной оспы в Кокчетавском округе на базе полулюгоспиталя, по инициативе главного лекаря И.Ф. Зюкова, было развернуто несколько палат в солдатской казарме для помещения больных казахов.

О мощности этих учреждений можно получить представление по числу пролеченных больных. Так, в 1851 г. в Акмолинском полулюгоспитале лечились 602 чел., умерли 13, или 2,7%; в Кокчетавском – 324 чел., умерли 19, или 6,0%¹¹.

Омский госпиталь к этому времени являлся одним из первоклассных и крупнейших лечебных учреждений. В его штате было значительное число высококвалифицированных специалистов. Госпиталь имел лаборатории, велись научные исследо-

вания. В Омске было создано врачебное общество, учреждена войсковая аптека.

Для подготовки полковых фельдшеров при Омском военном госпитале в 1810 г. была открыта фельдшерская школа на 10 воспитанников. В 1874 г. школу расширили до 18 мест и при ней было открыто отделение для подготовки повивальных бабок. Обучение было четырехгодичным. Для лучшего обеспечения практических занятий слушателей повивальной школы при женском отделении Омского госпиталя открылось первое в Западной Сибири родильное отделение на три койки.

Но многие полковые госпитали были тесные, темные, холодные, без прачечных и бань. Вентиляция в палатах отсутствовала, не хватало белья, медикаментов, инструментария. Питание больных было неудовлетворительным. Среди солдат появились заболевшие цингой. Финансовое содержание одной койки составляло 25 руб. в год, стоимость содержания одного больного не превышала 20 коп. в день.

Особенно в плохом состоянии были лазареты: размещались они в небольших хибарках, больные нередко лежали на лавках и на полу. Постелью служили мешки, набитые соломой или сеном, а одеялом – войлок или рогожа [94].

В 1849 – 1851 гг. Кокчетавский округ интенсивно заселялся переселенцами казаками и крестьянами из Оренбургской, Саратовской и Харьковской губерний; появились селения Щучье, Зерендинское и др. Все прибывшие были зачислены в казачье сословие. В 1853 г. в степных округах насчитывалось 23 населенных пункта, из них 15 – в Кокчетавском.

Под влиянием деятельности переселенцев среди казахского населения распространилось земледелие, особенно в районе озер Ак-Куль, Челкар, Майбалык, Караджик, где сеяли просо, пшеницу и ячмень.

В связи с передислокацией на территорию Кокчетавского округа в 1845 г. 2-го казачьего полка здесь возродились лазареты казачьего ведомства. В станице Атбасарской в 1845 г. был развернут полковой лазарет на 14 коек, куда был прикомандирован штаб-лекарь Крыженцев – первый врач казачьего войска в степных округах.

В каждом полку полагались лекарь, один старший и два младших фельдшера, да еще на каждый полковой округ два санитарных фельдшера. В 1852 г. для станицы Арык-Балыкской Кокчетавского округа была введена должность станичного фельдшера.

В обязанности станичных фельдшеров входило лечение нижних чинов и жителей войсковых поселений с легкими заболеваниями, следовательно, это были как бы первые участковые фельдшера сельской местности.

Восинные с тяжелыми заболеваниями обслуживались в военных лазаретах и в Омском госпитале.

В 1852 г. для распространения оспопрививания дополнительно было предусмотрено по одному фельдшеру во всех полках.

Единственным лечебным учреждением на территории Пограничного управления Сибирскими киргизами, обслуживающим лиц с нервно-психическими заболеваниями, была открытая в 1852 г. в Томске больница для душевнобольных. Содержание больных в ней было ужасным, она больше напоминала «желтые» или «смирительные» дома. Палаты напоминали клетки в зверинцах, размером полторы сажени в квадрате. К полу прикреплялись цепи, которыми привязывали больных.

На территории внешних округов приказных больниц, сиротских и воспитательных домов для казахского населения не было. В отчете по управлению Западной Сибирию за 1852 год указывалось, что «в киргизской степи Приказов общественного призрения и богоугодных заведений в настоящее время нет, но предложено учредить две больницы в Акмолинском и Аягузском уездных окружных приказах (каждую на 20 чел.)»¹².

Организация медицинской помощи в области Сибирских киргизов (1854 – 1868)

В целях освоения новых земель степных округов и создания административного устройства, приближенного к российской системе, а также «с целью развить в этом крае внутреннюю промышленность» на территории Пограничного управления Сибирскими киргизами было образовано две области: Семипалатинская и Сибирских киргизов с центром в Омске. Большая часть регулярных войск из области Сибирских киргизов в начале 60-х годов XIX в. была выведена вначале в Семиреченский, а затем в Туркестанский край, их место заняло постоянное оседлое население. Распространение оседлости и изменение состава населения сопровождалось дальнейшим развитием земледелия и промышленности.

Области делились на округа, а округа на волости. В организации управления медицинским делом положительным следует признать то, что руководство медицинскими учреждениями, как военными, так и гражданскими, было сосредоточено в ведении областного врача. В области Сибирских киргизов на должности штаб-лекаря был оставлен хорошо зарекомендовавший себя за годы работы в Пограничном управлении Степан Тимофеевич Чучкин.

С.Т. Чучкин неоднократно вносил многочисленные предложения по улучшению медицинского обслуживания в округах, особенно для казахского населения. Он предлагал создать сеть больниц, начать подготовку фельдшеров и врачей из лиц ка-

захской национальности, заполнить в округах врачебные ваканции, ввести должности повивальных бабок. Но бесконечная канцелярская волокита мешала решению этих вопросов.

Выпускник Московской медико-хирургической академии С.Т. Чучкин свою трудовую деятельность полностью посвятил медицинскому обслуживанию населения Западной Сибири и Казахстана. В 1827 г. он был назначен врачом Пресногорьковского батальона, с 1829 г. – старшим врачом 2-го Сибирского линейного батальона, с 1839 по 1854 г. – старшим штаб-лекарем Пограничного управления, а в 1854 – 1865 гг. служил штаб-лекарем области Сибирских киргизов. В 1865 г. уволен в отставку.

Объединение руководства гражданской и военной частей в области способствовало единству в проведении санитарного надзора и противоэпидемических мероприятий. С разрешения Министерства внутренних дел при областных врачах были созданы аптеки для обеспечения медикаментами чиновников гражданского ведомства и казахского населения.

В округах предусматривались должности окружных врачей. Их обязанности в основном выполняли по совместительству врачи военных лазаретов. Только в Акмолинском округе работал лекарь Бендинский.

Все обращения по этому поводу в Министерство внутренних дел не давали результата, так как постоянный недостаток врачей в России еще более усугубился в период Крымской войны. Несмотря на ускоренные выпуски медицинских факультетов и академий и призыв на военную службу врачей вольнопрактикующих и из гражданского ведомства, их недоставало даже в действующей армии. Лишь по окончании войны и последовавшего значительного сокращения армии в военном ведомстве образовался большой по тому времени резерв врачей, часть из которых была передана Министерству внутренних дел на укомплектование должностей врачей в уездах и округах. Больше стали направлять в эти районы и выпускников медицинских факультетов, получивших образование за казенный счет и обязанных за это отслужить установленный срок на медицинской службе.

Работа окружных врачей и условия их жизни оставались крайне тяжелыми, поэтому при первой возможности они уходили в учреждения военного ведомства.

С 1860 по 1867 г. работал в Кокчетавском округе выпускник Медико-хирургической академии Николай Дмитриевич Темперанский. Патриот, страстно желающий помочь казахскому народу, он через четыре года после начала службы представил свои соображения по улучшению медицинской помощи в воистях. Позволим себе привести его записку почти полностью: «...что может сделать один медик на таком огромном пространстве, где разбросаны 15 киргизских волостей, в которых

около 50 000 народа, а может быть, и более. Если медик займется лечением нескольких больных в одном ауле, то сколько времени он должен прожить на одном месте, чтобы дождаться их совершенного выздоровления, между тем как в это время десятки, а может быть, и сотни больных в других волостях, отдаленных от этого места, окажутся без всякого медицинского пособия».

Темперанский предлагал создать в округах больницы, сообразуясь с количеством казахского населения. Подготовить по одному врачу на каждые две волости из юношей казахов со стипендией за счет этих волостей, и тогда в округе вместо одного будет семь-восемь медиков, религия и язык которых будут связывать их с народом, «через это возбудится доверие к несомненной пользе медицинского пособия, а через увеличение медиков все больные будут иметь скорую и своевременную помощь». Эти предложения, как и многие другие, не нашли поддержки.

В 1868 г. были назначены врачами в Kokчетавский округ Арендаренко и в Акмолинский – Подгурский¹³.

В 1854 г. на всей огромной территории Северного Казахстана не было ни одной гражданской больницы. Так, когда в 1858 г. выпускник Казанского университета Петр Андреевич Кабанов перевелся в Петропавловск на должность «городового врача», в городе не было ни городской больницы, ни аптеки. Всего вместе с чинами военного ведомства в городе было около десяти тысяч жителей. В Петропавловске действовало пять выстроенных из камня мусульманских мечетей и христианских церквей, более десятка «питейных заведений», но единственная гражданская школа для мальчиков, и то начальная, ютилась в небольшом деревянном здании, разваливающемся от ветхости. На улицах царили грязь и страшное зловоние. Только в 1860 г. на пожертвования одного местного купца удастся начать строительство городской больницы. Стараниями артели каменщиков и плотников здание было возведено, и прием больных начался в 1864 г. Прозябая на частные пожертвования, больница просуществовала менее десяти лет¹⁴.

Аналогичная участь постигла и больницу для гражданского населения, построенную в г. Омске в 1861 г. Она представляла собой кирпичное здание на 9 палат с моргом, баней, прачечной, кухней, квартирой смотрителя и др. Но городская дума, сославшись на недостаточность средств, открыла ее только в 1864 г. Почти 10 лет больница существовала на незначительные суммы частных пожертвований, в результате была закрыта, а имущество распродано.

На очень длительное время затянулось также решение вопроса о практическом использовании подготовленных в 1853 – 1854 гг. фельдшерских учеников казахской национально-

сти. Они по-прежнему не состояли в штате и не получали жалованья.

В 1855 г. губернатор области разрешил на общих основаниях поступать в учебные заведения юношам казахам. Многие юноши сами обращались с просьбой о зачислении их в лазареты для обучения. В 1856 г. были зачислены на обучение по личной просьбе и выпущены фельдшерскими учениками одиннадцать юношей в Акмолинском округе. Выпускники не были определены на службу. Это положение сохранялось и позже: в 1859 г. окружной приказ вновь созданного Атбасарского округа по инициативе лекаря Сукина обратился в областноеправление с просьбой разрешить по примеру других округов набрать для обучения фельдшерскому делу казахских юношей. В просьбе было отказано со ссылкой на то, что положение таких выпускников не определено штатами.

В 1861 г. Министерство внутренних дел утвердило содержание в каждом округе степных областей трех фельдшерских учеников из казахов. Одним из них в Акмолинском округе был Джолдуспай Кадыров. Он в 1868 г. окружным лекарем Сукиным был представлен к званию фельдшера, поскольку «хорошо изучил, насколько необходимо фельдшерское дело теоретически и достаточно знает оное на практике». Дальнейшая судьба его неизвестна¹⁵.

В 1856 г. произошли преобразования в медицинском обслуживании войск казачьего населения. На территории области Сибирских киргизов было создано два полковых округа: с центрами в городе Кокчетаве и в станице Атбасарской. В каждом округе было положено иметь окружного врача, впервые были введены должности участковых врачей казачьего войска с подчинением им станичных фельдшеров.

Введение врачебных участков в войске, врачи которых предназначались для медицинского обслуживания населения и не отвлекались на судебно-полицейские и другие обязанности, было важным этапом в развитии медицинской помощи населению степных областей. Нередко из-за недостатка врачей должности окружных полковых врачей оставались вакантными. В округе второго полка, расположенного в Атбасаре, она была занята только с 1858 по 1860 г. окружным врачом Юнгом. В 1864 г. в первом полковом Кокчетавском округе было два участковых врача, а вскоре был развернут казачий лазарет на 10 коек. Оказывали помощь больным и в двух полу госпиталях в Акмолинске и Кокчетаве. В это время были осуществлены некоторые усовершенствования: введена стандартная типовая мебель, аптечная посуда, расширена обязательная номенклатура аптечных запасов [94].

С этим периодом совпадает начало освоения природных богатств на территории Северного Казахстана, получает развитие горная промышленность, добыча угля, рыбные промыслы,

возникают кожевенные заводы, мыловаренные и другие предприятия. Санитарного надзора за условиями труда рабочих практически не было, нередко заболевших мужчин или бывших в отлучке заменяли жены или дети; значительную часть приисковых рабочих составляли подростки и дети.

Тяжелые условия труда, скучное питание, неудовлетворительные жилищные условия вызывали высокую заболеваемость, травматизм и смертность работающих на предприятиях. Предприниматели были вынуждены заниматься организацией медицинской помощи. Одной из первых в 1842 г. была открыта больница в Кокчетавском округе на приисках Большакова и Зенкова. Это были весьма примитивные учреждения, размещавшиеся во временных, плохо приспособленных зданиях, питание больных было скучным, уровень оказываемой медицинской помощи был низким. В таких больницах чаще работали фельдшеры. В 1850 г. Мариинские прииски посетил заседатель Кокчетавского округа. В докладной записке он отмечал, что в лазарете для рабочих и служащих прииска работает фельдшер, «который не может лечить без врача»¹⁶.

В 1854 г. были введены должности горных ревизоров. Их деятельность позволила усилить надзор за санитарным состоянием промышленных предприятий, развертыванием и содержанием лазаретов при них. Известно, что к 1859 г. на Спасском заводе Акмолинского округа был лазaret на две палаты, которым заведовал фельдшер А. Курченков [94].

Система медицинского обслуживания после реформы 1868 года

Отмена крепостного права в 1861 г. и последовавшая земская реформа 1864 г. не касались территории Западной Сибири и Казахстана, которые оставались в числе губерний, лишенных земской медицинской организации. В Казахстане и Западной Сибири новая областная реформа последовала в 1868 г.; согласно реформе Казахстан был разделен на шесть областей: Акмолинскую с центром в Омске, Тургайскую – в Оренбурге, Сырдаринскую – в Ташкенте, Семиреченскую – в Верном, Семипалатинскую – в Семипалатинске, Уральскую – в Уральске. Области делились на уезды, уезды – на волости.

Казахстан неуклонно вовлекается в систему общероссийской экономики, становится важнейшим поставщиком сырья для развивающейся капиталистической промышленности России.

Возникают новые и растут старые города и сельские населенные пункты, открываются школы, больницы, выходят печатные издания – книги и первые газеты на казахском языке.

Переселение крестьянской бедноты из России на территорию Западной Сибири и Казахстана начинает принимать масштабный характер. Возникают новые села. Увеличивается количество казахского населения, переходящего к оседлому образу жизни и земледелию.

Казахстан – часть многонациональной России – становится местом политической ссылки. Это волновало управление краем; так, военный губернатор Акмолинской обл. в марте 1869 г. доносил: «С присоединением Петропавловска к Акмолинской области и учреждением там уездного управления должно ожидать постоянного наплыва туда киргизов, я полагаю, что водворение в Петропавловск политических ссыльных в настоящее время неудобно, ибо нельзя поручиться, чтобы сосланные поляки не могли вредно действовать на умы легковерных киргизов, постоянно приезжающих в город, и через них распространять в степи различные истолкования, противные действиям правительства, в особенности теперь, когда вводится новое положение» [14].

Сосланные народники были инициаторами оживленной деятельности статистических комитетов, изучали историческое прошлое Казахстана, вопросы переселенчества, проблемы быта и здравоохранения Казахстана. А имевшие медицинское образование активно участвовали в борьбе с эпидемиями, последствиями голода, в оказании медицинской помощи.

На развитие здравоохранения в Северном Казахстане, внедрение элементов земской медицины, проведение научных исследований, повышение профессионального уровня медицинских работников большое влияние оказало Омское медицинское общество, возникшее в 1883 г.

В конце XIX и в начале XX в. формируются социал-демократические кружки, возникает забастовочное движение, растет борьба против царского самодержавия. Особенно большой размах приобрела эта борьба в 1916 г., когда под руководством Токаша Бокина, Амангельды Иманова, Илиби Джангильдина и других деятелей вспыхнуло восстание, охватившее практически все области Казахстана.

Согласно административному делению на области, уезды и волости были учреждены должности уездных врачей, уездных фельдшеров и акушерок.

Вся деятельность уездных врачей оставалась под надзором дивизионных докторов и подчинялась окружному военно-медицинскому управлению. В обязанности уездных врачей входило исполнение судебно-медицинских функций, борьба с эпидемиями, оказание лечебной помощи. В «особенную заботливость поставлялось принятие мер по распространению оспопрививания между киргизами» [59, 106].

Медицинская помощь местному населению и снабжение больных лекарствами должны были оказываться бесплатно. Для этих нужд в год на уезд отпускалось 200 руб.

Для проведения оспопрививания в каждой казахской волости полагалось иметь по одному-два подготовленных оспопрививателя. Казахам разрешалось поступать на лечение во все лечебные заведения военного и гражданского ведомств с уплатой за несостоятельных больных из земских средств.

Эти мероприятия не могли решить проблемы оказания медицинской помощи, поскольку территории уездов были громадными, врачи и фельдшера отвлекались по судебно-медицинским и медико-полицейским делам. Частыми и длительными были разъезды по районам, охваченным эпидемиями, не было стационарных лечебных учреждений.

Акмолинская область в 1869 г. занимала территорию около 4 792 000 кв. верст с населением в 375 370 чел. Область была поделена на пять уездов: Омский, Петропавловский, Акмолинский, Кокчетавский и Сары-Суйский (в 1878 г. переименован в Атбасарский, а станица Атбасарская получила статус города со всеми привилегиями для купцов и промышленников).

В трех уездах Акмолинской области имелось по два, а в Акмолинском и Атбасарском уездах – по три волостных фельдшера казахской национальности, окончивших Центральную фельдшерскую школу. Обучение казахов и последующая выплата жалования производилась из средств казахских обществ.

Волостными фельдшерами проводились обьезды волостей для оказания медицинской помощи, прививок против оспы. В помощь им в каждом уезде имелись осппенные ученики. Они содержались также за счет средств казахских обществ, и количество их зависело от решения обществ. В медицинском отношении уездные и волостные фельдшера подчинялись уездному врачу.

Содержание дивизионного врача составляло 800 руб., уездного врача – 1000, уездного фельдшера – 200, уездной повивальной бабки – 300, волостного фельдшера – 180, осппенного ученика – 10 – 15 руб. в год.

После образования Акмолинской области на ее территории были восемь врачей гражданского ведомства: пять уездных, два городских и один областной; работали 22 фельдшера и 8 повивальных бабок. В среднем на одного врача приходилось 59 182 чел. населения и территория обслуживания составляла 47 920 кв. верст [59, 94, 106].

В последующие годы население продолжало увеличиваться, а штаты оставались на прежнем уровне. В 1876 г. население области составляло уже 450 003 чел., преобладало кочевое население (352 631 чел.). Всего в области было 15 врачей, в том числе один областной, шесть – гражданского ведомства, восемь – военного. Средний медицинский персонал составляли

восемь акушерок, восемь фельдшеров гражданского и 25 военного ведомств и 45 осипенных учеников. Объем врачебной медицинской помощи был невелик: обслужили 840 лиц гражданского ведомства в городах, 10 533 чел. – на участках Сибирского казачьего войска и 3015 казахов – в уездах. Сделано 2288 прививок против оспы.

В области имелась только одна больница гражданского ведомства, в которой за год медицинскую помощь получили 950 лиц мужского и 199 – женского пола.

Аптечная сеть была представлена двумя городскими аптеками в Омске и одной – в Петропавловске, пятью аптеками военного ведомства и одной – казачьего. Работала также аптека на Спасском медеплавильном заводе в Акмолинском уезде. Уездные врачи имели свои аптеки¹⁷.

Санитарное состояние было неблагополучным. В Акмолинском уезде свирепствовали оспа, корь и горячка; всего зарегистрировано 618 случаев, из них 256 с летальным исходом. «Значительная осипенная эпидемия», от которой умерло 163 чел., была в Атбасарском и Кокчетавском уездах¹⁸.

Отмечался высокий уровень заболеваемости сифилисом. Среди лечившихся в 1879 г. в лечебных учреждениях Омска, Акмолинска, Петропавловска, Семипалатинска больные сифилисом составили 6,5% [126].

Прогрессивные врачи Сибири и Казахстана пытались разрабатывать проекты рациональной борьбы с венерическими болезнями: расширение коечной сети, открытие пунктов для оказания стационарной и амбулаторной помощи венерическим больным в селах, усиление санитарно-полицейского надзора за публичными домами. Однако все эти мероприятия носили лишь паллиативный характер, поскольку не могли ликвидировать социальную основу распространения венерических болезней, а поэтому не могли принести желаемых результатов.

Насколько трудна была работа уездных врачей, можно видеть на примере Петропавловского уезда, где с 1869 по 1889 г. работал П.А. Кабанов. Территория уезда занимала свыше тридцати тысяч квадратных километров. Врачу приходилось преодолевать сопротивление мусульманского духовенства, степных врачевателей, баев, призывающих соплеменников отказываться от услуг русского врача. Первым местным фельдшером в Петропавловском уезде стал выпускник Омской фельдшерской школы Ибраим Сарджанов [98]. Лишь в 1882 г. в Петропавловске была вновь открыта больница на 10 коек¹⁹.

После 1868 г. в степных округах Акмолинской области оставались лишь лазарет в Кокчетаве и Акмолинский полугоспиталь, который был в 1873 г. преобразован в лазарет. В Акмолинском полугоспитале в 1871 г. лечились 583 больных, в 1872 г. – 560.

Для казачьего населения работали врачебные участки и станичные фельдшера, а в некоторых станицах были и повивальные бабки. Например, в Арык-Балыкской станице Кокчетавского уезда состояла акушеркой в 1881 г. Елена Агапова, получившая образование в Омской войсковой акушерской школе. Жалованье ей было назначено станичным сходом.

Таким образом, медицинская часть для войска была устроена гораздо лучше, чем для гражданского населения. Поэтому в проекте 1883 г. предусматривалось лишь увеличение числа станичных фельдшеров, чтобы они были в каждой станице, а на каждом врачебном участке полагалось иметь повивальных бабок.

С образованием в 1883 г. Степного генерал-губернаторства в каждой области учреждалась должность областного врача. Ему в подчинение передавался медицинский персонал уездов и участковые врачи казачьего войска. Предусматривались также должности специальных врачей для командировок. Уездные, городские, участковые врачи и повивальные бабки обязаны были оказывать бесплатную медицинскую помощь как русскому, так и «туземному» населению²⁰.

В период управления генерал-губернатора Г.А. Колпаковского, образованного и прогрессивно настроенного человека, были сделаны положительные шаги в области «народного здравия». Своей властью он учредил в 1883 г. в ряде городов «приемные покой» (стационары) для лечения казахского населения. принял решение о строительстве в г. Омске психиатрической больницы для трех областей губернаторства. Ввел в штаты уездов фельдшеров для обслуживания казахского населения.

Открываются приемные покой на пять кроватей в Атбасаре в 1883 г. и в Кокчетаве в 1884 г. В этом же году в Кокчетаве открывается уездная больница на 15 кроватей и казачья больница на 10 кроватей. В настоящее время это одно из зданий областной больницы, в нем размещено терапевтическое отделение. В Кокчетавском уезде работал фельдшером Касымжан Базаров. В 1891 – 1899 гг. открываются уездные больницы в Петропавловске на 10 кроватей и в Акмолинске на 5 кроватей [31, 59, 106].

И все же диспропорция между медицинским персоналом военного и гражданского ведомств сохраняется. В 1886 г. из 37 врачей Акмолинской области 26 составляли врачи военного и казачьего ведомств, 10 врачей – ведомства Министерства внутренних дел (уездные и городовые) и один вольнопрактикующий. Фельдшеров было 76 чел., в том числе 61 военного и казачьего ведомств, 8 – при уездных и городских врачах, 7 – в сельских поселениях, 14 повивальных бабок (3 городских, 8 уездных, 3 – в казачьих станицах). Обеспеченность на 10 000 населения врачами составляла 0,7, фельдшерами – 1,6, акушерка-

ми – 0,2. На все расходы по здравоохранению было ассигновано 17 456 руб. [94].

В связи с острой нехваткой медицинского персонала в гражданском ведомстве к работе допускались лица с медицинским образованием, находящиеся в ссылке. Обычно ссыльные сами подавали прошения разрешить им работать; в годы эпидемий их активно привлекала на работу администрация. В работе В.З. Галиева «Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане» по большому числу архивных материалов, литературных статей, заметок, писем восстановлены славные страницы жизни и деятельности многих из них, в том числе и на территории Северного Казахстана.

Сосланный в Атбасар Илларион Ткаченко в 1884 г. подал прошение: «Получая 3 рубля 30 копеек пособия от казны, я при существующих в Атбасаре ценах не имею никакой возможности существовать. Это пособие не дает возможности иметь квартиру и хлеб, приходится продавать необходимые вещи. Ввиду этого покорнейше прошу об увеличении мне пособия или разрешить мне поступить во вновь открывшуюся киргизскую больницу фельдшером».

В Кокчетаве медицинскую помощь населению оказывал врач Н. Сажин. Здесь же работали врачами Янушкевич и В.Д. Осовнин. В 1880 г. Янушкевич был взят под негласный надзор (в связи с деятельностью Красного Креста «Народной воли» его брат был сослан в Олонецкую губернию). В.Д. Осовнин был тесно связан с политическими ссыльными, с «Сибирской газетой», «Восточным обозрением». Он состоял врачом первого отделения Сибирского казачьего войска.

Среди врачей дореволюционного Казахстана видное место занимал народоволец Кесарь (Цезарь) Александрович Белиловский (уроженец Полтавской губернии). Учился в Дерптском, Лейпцигском и Венском университетах, при Иенском университете выдержал экзамен на звание доктора медицины. Изучал философию, сравнительное языкознание славянских и романских языков. Будучи сосланным в Петропавловск (1885 – 1892), очень быстро получил признание и популярность. Уже через два месяца в народнической «Сибирской газете» отмечалось, что благодаря усилиям назначенного городского врача запущенная при прежних врачах больница «приняла прекрасный вид; положение и пища больных улучшились; дезинфекция палат проводится аккуратно и тщательно; выписаны хирургические инструменты». Сразу же по прибытии Белиловский вступает в члены созданного в 1883 г. Омского медицинского общества. Дополнительно выполняет функции врача Петропавловского пятиклассного городского училища, проводит уроки популярной медицины.

В библиотеке Томского университета сохранилась книга Ц.А. Белиловского «Медико-статистический и санитарный

очерк города Петропавловска». Книга состоит из четырех глав и перечня важнейших хирургических операций, сделанных автором в 1886 г. Описана картина города: топография, промышленные предприятия, санитарное состояние, быт.

В те годы город располагался на холме и состоял из Солдатской и Татарской слобод. Подгорную часть занимали казачья станица и Кочучур. В последнем жила беднейшая часть населения – русские, казахи, татары.

На горе за Татарской слободой располагались салотопильные заводы. На заводе Семенова выделывали и кожу. Белиловский красочно характеризует в книге санитарное состояние завода Семенова: «Главное здание разделяется на правую и левую половины. В правом отделении находится шесть котлов для топления сала; в левой половине двенадцать чанов для выделки (квашения) кож. Во дворе – сараи для убоя овец и скота, всюду кости, копыта, рога; он весь выстилан 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... Заводы салотопильные работают 2 месяца, всего стекает 400 000 ведер воды. От этой лужи проезжие зажимают нос, она у дороги. Даже зимою оттуда несет падалью. Весной Ишим разливается и все пространство в 10 – 15 верст – одна клоака». В городе семь кожевенных заводов, выделывающих до 70 тыс. шкур в год. Okolo старицы на берегу Ишима стоял кожевенный завод Васянина. «Из него в Ишим сбрасывались кучи известни, навоза, дуба, рогов, копыт и вливался ручей, бе-рущий начало на самом заводе, в месте нахождения чанов с известковой провонявшейся жидкостью, из чанов вынимаются кожи, с них теперь легко соскребают шерсть и волос; при этом вода из них льется на пол и, смешанная с шерстью, спускается в углубление, выходящее под стеной наружу на двор, а оттуда прямо в Ишим, кожи промывают прямо в Ишиме...»

Город был очень грязным, особенно казачья станица. Белиловский так писал о ней: «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 тонкой 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, ка-жись, на твердое место, а нога тонет и оставляет после себя яму, полную темно-бурой вонючей жидкости. По многим ули-цам 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!»

Страшную картину быта бедного народа наглядно дают следующие строки: «Согнувшись в дугу, вы отворяете призметистую дверь и вступаете в избушку где-либо в Солдатской слободе или в станице, и, точно в могиле, видите перед собою серые стены, а на нарах копошащиеся, точно в Дантовом аду, грешники, почти обнаженные детки, тут и взрослые; и малые, и дряхлые старики кряхтят, и грудные младенцы пищат; главная работница больна горячкой; зная, что если пропишете хинин, эти голодные и холодные его все равно не купят, вы ничего не прописываете, скорее вырываешься из смрадной, душной ямы, точно из шахты, на свет божий. О гигиенической и санитарной обстановке нечего и говорить: она здесь у всех — у крестьян, солдат, мещан и казаков одинакова: вечный угар, грязная кадь, в которой держится вода для питья, грязь и лохань с помоями в избе, грязь и навоз во дворе; сифилис, пьянство; ни малейшего ухода за детьми; побои, иногда очень тяжелые, и т. п. — все факторы, уносящие за собой в могилу массу жертв...»

В самый разгар холерной эпидемии 1892 г. Белиловский, будучи городским и уездным врачом в Петропавловске, принимает срочные меры борьбы с ней (уездный врач Черкасов был болен сыпным тифом).

В конце 1892 г. Белиловский выехал из Петропавловска, устроился врачом Петербургского губернского правления, но продолжает активно освещать вопросы, связанные с народностями Сибири и Казахстана. В 1894 г. была опубликована в журнале «Живая старина» работа Ц.А. Белиловского «Об обычаях и обрядах при родах инородческих женщин в Сибири и Средней Азии». В этом же году выходит его книга «Женщины инородцев Сибири. Медико-этнографический очерк». В 1895 г. Белиловский успешно защищает при Военно-медицинской академии докторскую диссертацию на тему «К вопросу об антропологическом типе преступника». Жизнь и научные труды врача-народовольца Ц.А. Белиловского — важная страница истории медицины Северного Казахстана в дореволюционный период.

Из изложенного наглядно видно, что уровень и характер оказываемой медицинской помощи был явно недостаточным. Еще хуже обстояло дело со специализированными видами медицинской помощи, в том числе хирургической. О количестве и характере производимых операций в лечебных учреждениях дореволюционного Казахстана можно составить представление по отчету Атбасарского уездного приемного покоя, где за 1888 г. было произведено 32 операции, из них четыре ампута-

ции, одна – секвестрэктомия, две – удаление опухолей, семь – по поводу заячьей губы у детей, три – при завороте век [53].

Самый тяжелый труд выпал на долю уездных врачей обширнейших по территории Атбасарского и Акмолинского уездов, где и умерли два уездных врача: Соловьев в Атбасаре от туберкулеза, а Кушлейко в Акмолинске от брюшного тифа [59].

В 1891 г. было увеличено жалованье уездным врачам до 1500 руб., повивальным бабкам – до 500, фельдшерам – до 360 руб. в год. На каждую казахскую волость возлагалась обязанность иметь одного оспенника с окладом 50 руб. в год. Кандидаты избирались обществом и после обучения у участковых врачей теории и практике оспопрививания утверждались уездными врачами. Уезды подразделялись на участки, которые должны были обслуживать участковые врачи, фельдшер и акушерка. Для разъездов по делам службы по почтовым и земским трактам они снабжались «открытыми листами на получение земских подвод без платежа прогонов». В Акмолинской области было установлено 15 штатных должностей участковых врачей с окладом по 1200 руб. в год и столько же фельдшеров – акушерок и фельдшеров [59].

1891 – 1892 гг. ознаменовались неурожаем, голодом, эпидемиями. Выгорели на корню хлеб и травы, а появившийся в несметном числе вредитель «кобылка» окончательно истребил остатки скучного урожая. Этому предшествовал в 1890 г. падеж скота от чумы и сибирской язвы. Положение осложнялось не прекращающимися переселениями крестьян в казахскую степь. Все переселенческие пункты, постоянные дворы, города были заполнены людьми, у которых не было ни жилья, ни средств к жизни.

Весной 1891 г. во вновь устроенных поселках Кокчетавского уезда вследствие недостатка питания и тяжелых санитарно-бытовых условий 248 чел. умерли от цинги и 142 – от других болезней. Летом 1891 г. в уезде находилось 13 тыс. переселенцев, из них 1200 больных цингой. Очевидец утверждал: «В противоположных и вообще лекарственных веществах чувствовался недостаток. Фельдшера находили бесполезным свое проживание в селениях, так как дубовую кору и квасцы, которые только и были в их распоряжении, можно было разослать сельским старостам... В эти юрты, именуемыми санитарными станциями, сгонялись больные цингою переселенцы. Полуодетые страдальцы помещались на мерзлой земле, без нар и кошм» [14]. В зимние месяцы власти вынуждены были открыть в Кокчетаве столовую для голодающих. В апреле 1892 г. две тысячи переселенцев и казахов были поставлены при этой столовой на учет, чтобы не умерли голодной смертью. Эта мера мало помогла.

В 1891 г. вслед за неурожаем и голодом последовала эпидемия сыпного тифа. Особенно сильно проявилась она зимой.

Все прииртышские и приишимские города были охвачены эпидемией: Омск, Семипалатинск, Акмолинск, Атбасар. Петропавловский врач-народоволец Л. Кузнецов писал, что о смертности казахского населения в Петропавловском уезде сведений даже не собиралось. И он же подчеркивал: «Громадное число заболевших и все почти умершие принадлежали к необеспеченому классу населения».

По свидетельству Атбасарского уездного врача Соловьева, в бесплатной столовой в Атбасаре число желающих получить фунт хлеба и похлебать щей все увеличивалось и дошло почти до 500 чел., хотя и отказывали некоторым по недостаточности провизии, средств и тесноты. Человек до 250 жило на общих квартирах, нанимавшихся для голодающих благотворительным комитетом. Жили в страшной тесноте, жили неопрятно, грязно, и воздух в таких помещениях был до того пропитан испарениями и газами, что у непривычного человека делалось головокружение. Среди жильцов бесплатных квартир и развился вследствии сыпной тиф, появилась у многих и цинга.

По железной дороге в северные районы Казахстана из Самары распространилась холера. В Петропавловске холера известна с 20 июля по 11 октября 1891 г. Передовые врачи обращали особое внимание на проведение профилактических мероприятий, были распространены специальные объявления, отпечатанные арабским шрифтом на казахском языке: «Ввиду уже появления заболеваний холеры в пределах Акмолинской области, объявляю, что все киргизы вверенной мне области... обязываются в точности и в указанные сроки выполнять все требования уездных начальников и врачей относительно порядка, содержания в исправности и чистоте жилых помещений и очистке водных источников как на местах их летних кочевок, так и на зимовых стойбищах и в том сознании, что требования имеют исключительной целью улучшение санитарных условий жизни населения, предупреждение эпидемий». Кроме того, для казахского населения была издана специальная инструкция «Наставления на случай появления холеры, где указаны предупредительные меры и способы первой помощи заболевшим» [14].

Открывались пункты медицинского освидетельствования прибывающих, холерные больницы, создавались медицинские отряды для борьбы с холерой и благотворительные комитеты для борьбы с голодом. Отряды Красного Креста набирались из казенных сестер милосердия. По материалам Всероссийского съезда участников борьбы с холерой в Акмолинской области, холерой заболели 1717 чел., умерли 891. В борьбе с эпидемией холеры многие медицинские работники проявили высокие нравственные и профессиональные качества.

Возглавил борьбу с эпидемией холеры в Акмолинской области областной врач А.А. Полубинский, занимавший эту должность с 1889 по 1903 г. Когда в 1896 г. в Северо-Восточном Казахстане прокатилась новая волна эпидемий тифа, цинги, малярии, Полубинский объехал все селения Петропавловского, Кокчетавского и частично Акмолинского уездов. В его подробнейшем отчете большое внимание уделено тяжелому положению переселенцев.

В Петропавловске следует отметить врача Б.М. Мариупольского. Он окончил медицинский факультет Казанского университета и был призван на военную службу. Позже с женой Е. Лобановской переехал в Петропавловск, где работал городским врачом. Голод и холера 1891 – 1892 гг. с первых же дней его деятельности потребовали особой отдачи, самоотверженности в труде. Рискуя жизнью, не жалея здоровья и времени, боролся Мариупольский с холерой. Врачей не хватало, и летом 1892 г. его направили в Акмолинск, где эпидемия холеры была еще более опасной. По возвращении оттуда он сам заболел брюшным тифом, к счастью, все окончилось выздоровлением. За работу в период борьбы с холерой Б.М. Мариупольскому была объявлена благодарность.

В тяжелые годы голода и холеры Кокчетавским уездным врачом работал Иван Иванович Брохович. Он проработал в Кокчетаве, Акмолинске и Петропавловске около 20 лет. Холодной весной 1891 г. он приложил много усилий для борьбы с цингой, за свой счет совершал с фельдшерами поездки по уезду. В одном из медицинских рапортов он писал: «Цинга в Кокчетавском уезде между вновь причисленными крестьянами начала появляться с ноября месяца истекшего года, и в январе месяце настоящего года ею страдало очень много переселенцев. Вследствие чего мной и делались обезды по новым селениям для подавания медицинской помощи. Кроме того, несколько раз были мной командированы с той же целью фельдшера: уездный – Кухтерин и киргизские – Темирбеков и Чатыбеков».

После посещения весной 1891 г. Кокчетавского уезда областной медицинский инспектор Полубинский доносил губернатору: «Вторично имею честь ходатайствовать о назначении пособия из прогонных денег фельдшерам Кокчетавского уезда ввиду их тяжелой службы при самых неблагоприятных условиях. Не могу умолчать также о том обстоятельстве, что уездный врач уже три раза объезжает все селения, не получая даже прогонов».

В 1892 г. Брохович временно был уездным врачом в Акмолинске. За участие в борьбе с голodom и цингой в Кокчетавском уезде администрация объявила Броховичу благодарность «за труды и усердие по прекращению цинготной эпидемии...» [14].

Работал в Казахстане и один из основателей школьной гигиены в России Д.Д. Бекарюков, выпускник Казанского университета. В 1890 г., после разгрома Харьковского марксистского кружка, Бекарюков был на три года сослан в Акмолинск.

Город Акмолинск с пятитысячным населением представлял собой в те годы провинциальное захолустье. Здесь находились военная команда, уездное управление, почтово-телефрафная контора, церковь, мечеть, синагога, имелись мелкие масловаренные и салотопильные предприятия. В городе действовали городское трехклассное училище, начальное женское училище, станичная женская школа, мужская и женская казахские начальные школы.

В Акмолинске, как и в других городах Казахстана, остро чувствовалась необходимость в медицинской помощи. Уездным врачом здесь работал Карпитский, приложивший много сил и энергии для устройства городской больницы. В зиму 1891 – 1892 гг. военный лазaret и временная больница Общества Красного Креста были переполнены больными. Карпитский сообщал властям, что «сильная эпидемия сыпного тифа прошлого года, продолжающаяся в значительных размерах и в тяжелой форме и по настоящее время в разных частях города, требует не только открытия лечебницы, но и открытия при ней отделения для инфекционных заболеваний. Скученность населения в бедных лачугах, пребывание здоровых среди больных обуславливают быстрое развитие тифа».

Карпитский хорошо принял ссыльного врача Бекарюкова, проявил старание в хлопотах о разрешении своему коллеге заниматься медицинской практикой. Это разрешение Бекарюков получил сразу же по прибытии в ссылку. Начало его деятельности совпало с неурожаями, голодом и холерной эпидемией начала 90-х годов. Вольнопрактикующий врач ходил на вызовы, выполнял различные поручения медико-санитарного характера в городе, консультировал фельдшеров. Все это делалось в тяжелых материальных условиях. В то время в Акмолинске не было аптек для свободного доступа. Правда, имелась уездная ведомственная аптека, но в ней не производилась продажа медикаментов. Уездный врач Карпитский писал: «Городская аптека помещается в полуосвещенном сырому 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 приготовлять всевозможные виды, формы лекарств; летом же здесь сырость и пронизывающий холод – пребывание в этом подвале как летом, так и зимой небезопасно для здо-

ровья врача и фельдшера». О том свидетельствует одно из заявлений Д. Бекарюкова: «Занятие медициной, как выяснилось в течение нескольких месяцев, не может служить для меня средством существования, так как в городе Акмолинске нет вольной аптеки, вследствие чего нельзя достать даже самых простых медикаментов, поэтому сколько-нибудь серьезно поставленная медицинская деятельность оказывается для меня, вольнопрактикующего врача, невозможна». Летом 1892 г. Бекарюков был определен исполняющим обязанности акмолинского городского врача. Раньше этой должности не существовало. Бекарюков стал первым городским врачом. Сохранился отзыв уездного врача Карпитского: «Совершенно неожиданно и случайно, волей судеб и к счастию жителей г. Акмолинска, оказался вольнопрактикующий врач Бекарюков, который своей самоотверженностью оказал большую помощь городским жителям в ущерб собственному здоровью в борьбе с эпидемией сыпного тифа, начавшейся зимой прошлого 1891 г. и продолжавшейся весной и летом нынешнего 1892 г. – сам перенес сыпной тиф и, не оправившись вполне и не окрепнув, принимал активное участие в прекращении эпидемии. Благодаря его энергии эпидемия сыпного тифа снизошла на ступень спорадических случаев заболевания» [14].

В середине августа 1892 г. Д.Д. Бекарюкова переводят в Павлодар для борьбы с эпидемией холеры, а затем в Омск участковым врачом. По окончании ссылки он углубленно занимается школьной гигиеной, выпускает руководство «Основные начала школьной гигиены» (1906). Плодотворно работал Д.Д. Бекарюков в годы Советской власти (умер в 1934 г.).

Ссыльный Л.А. Кузнецов в мае 1891 г. получил разрешение работать врачом в Акмолинске. Уже в декабре этого же года его переводят на работу в переселенческие лазареты г. Омска.

В мае 1893 г. Л.А. Кузнецов назначается на должность Атбасарского уездного врача. Вникнув в свои новые служебные обязанности и ознакомившись с состоянием дел, врач принялся хлопотать об улучшении постановки медицинского дела. В октябре 1893 г. он послал врачу инспектору временный устав о приемных покоях, книгу регистрации больных, схематический план здания, описание медицинских инструментов и доклад о нуждах приемного покоя Атбасара. Он предлагает расширить приемный покой до 10 коек, построить новое здание больницы, поскольку старое было очень тесным и ветхим.

В те годы 200 тыс. уездного и 6 тыс. городского населения медицинской помощью обеспечивали три врача: уездный, городской и военный, один фельдшер в городе и три фельдшера казаха в волостях. Атбасару нужна была уездная больница. Летом 1893 г. прием больных производился во дворе, из-за не-

хватки мест госпитализированные больные лежали во дворе, сарае, в юртах. Аптека помещалась в погребе.

В 1891 г., заведя тифозным бараком, Кузнецов сам заразился тифом. После выздоровления он много работает в больнице, выезжает в волости, большое внимание уделяет деятельности волостных фельдшеров. Фельдшера казахи поочередно прикомандировывались к приемному покою на четыре месяца, что позволяло им совершенствовать свои навыки.

Нужно отметить, что не только в Атбасарском, но и во многих других уездах казахские волостные фельдшера стали ежегодно прикомандировываться на два месяца к уездной больнице. Это было очень важным нововведением в Степном крае.

Л.А. Кузнецов предлагает от разъездной системы оказания помощи перейти к стационарной: «Для обеспечения успеха развития медицинской помощи в Атбасарском уезде следовало бы прекратить кочевания двух волостных фельдшеров по степи и устроить в разных местах уезда определенные фельдшерские пункты, с постоянным местожительством на них фельдшеров». Л.А. Кузнецов указывает на необходимость организации вольной аптеки. Что касается уездной аптеки, то она существовала по положению 1861 г. «с крайне мизерным запасом лекарств». Однако попытки врача добиться для больницы нового здания успехом не увенчались. Приемный покой предложили перевести в здание ликвидированной сельскохозяйственной школы. В ответ на это Кузнецов писал: «Здание это хотя и обширно, но весьма старо, выстроено оно из дикого камня, ломаемого в окрестностях станицы. Этот строительный материал, обладая неровными поверхностями, образует массу щелей, которые были замазаны глиной, в силу чего стены здания зимой промерзают насквозь, в особенности по углам. Самый способ постройки был вообще неудовлетворительный: клалось два ряда камней, и свободное пространство между ними засыпалось щебнем, глиной и землей. В здании этом помещалось раньше полковое казачье правление. Находится оно вблизи базарной площади станицы, река далеко, атмосфера летом переполнена пылью».

Большую помощь Л.А. Кузнецову оказывал фельдшер Е.В. Орлов. В 1888 г. он переехал в Атбасар, сначала работал фельдшером местной команды, а затем уездным фельдшером. Л.А. Кузнецов писал о хорошей работе своего помощника: «С самого основания приемного покоя (в 1888 году) обязанности смотрителя несет атбасарский уездный фельдшер Орлов, последние три года без всякого за то вознаграждения при весьма добросовестном и умелом отношении к делу. Помимо ведения хозяйственной части и исполнения прямых обязанностей уездного фельдшера, Орлов с примерным усердием нес обязанности палатного и аптечного фельдшера при приемном покое

при весьма значительных оборотах аптеки (число рецептов: 1894 г. – 5645; 1895 г. – 6236)».

✓ В 1896 г. Кузнецов был переведен уездным врачом в Петропавловск, а с августа 1897 г. в связи с образованием врачебных участков он был назначен врачом третьего участка того же уезда. Это была трудная и ответственная работа. В его по служном списке за 1900 г. записано: «Весьма много содействовал успешной деятельности в городе Петропавловске отделения врачебного отряда, командированного подготовительною при комитете Сибирской железной дороги комиссиею для оказания врачебной помощи нуждающимся переселенцам» [14].

Распыление средств на медицинское обслуживание по различным ведомствам, недостаточное финансирование привели к значительному разрыву между темпами роста населения и медицинским обслуживанием. Медицинская часть Акмолинской области находилась в ведении двух учреждений: для казачьего населения и для остального оседлого и кочевого населения. Медицинский персонал Сибирского казачьего войска в области составляли два старших врача, три – участковых. В распоряжении каждого врача был старший фельдшер и повивальная бабка; число младших фельдшеров определялось по числу станиц.

Содержание лечебных учреждений для гражданского населения находилось в различных ведомствах. Городские больницы существовали за счет городских сумм, тюремные – финансировались по табелю из казны, уездные больницы и областной дом для душевнобольных – за счет сумм земского сбора.

В 1894 г. в Акмолинской области для гражданского населения медицинский персонал составляли один областной врачебный инспектор, три городских врача, один врач в больнице для душевнобольных в г. Омске, пять уездных и три вольно-практикующих врача. Медфельдшеров было 26, из них 15 работали в казахских волостях. Всего было 8 повивальных ученических бабок и 33 осппенных ученика.

Стационарная помощь в области оказывалась в двух городских больницах (Омская – на 25 коек и Петропавловская – на 10 коек), трех уездных (Петропавловская – на 10 коек, Кокчетавская – на 15, Атбасарский приемный покой – на 5 коек), двух тюремных больницах (Омская и Петропавловская) и одной областной больнице на 19 коеч для душевнобольных в г. Омске. Если в казачьем ведомстве один врач приходился на 15 400 чел. и территорию в 5000 кв. верст, то в гражданском – на 96 500 чел. и 9000 верст²¹. Всего было пять вольных аптек: две в Омске и по одной в Петропавловске, Кокчетаве и Акмолинске. В Атбасаре вольной аптеки не было, и все сослуживцы пользовались уездной аптекой. В обязанности уездной аптеки входило бесплатное предоставление лекарств для кочевого населения и бедноты в уезде²².

Даже неполный учет заболеваемости свидетельствует о ее высоком уровне: эпидемический характер имели грипп, сыпной, брюшной и неопределенной формы тифы. У детей регистрировались круп, корь, коклюш, скарлатина, дифтерия. Летальность при детских инфекциях составляла 14,4%²³.

У лечившихся в стационарах из общего числа заразных болезней три четверти приходилось на долю сифилиса с преобладанием вторичных и третичных форм. Высока была пораженность сифилисом детей.

В 1894 г. было зарегистрировано 8693 случая оспы натуральной, в том числе 4305 случаев у казахов. Профилактике этого заболевания уделялось значительное внимание: в 1893 г. в Омске, а затем на каждом медицинском участке казачьего населения были устроены оспенные телятники. В Омске при Центральной фельдшерской школе расширина подготовка осоппрививателей, особенно казахских мальчиков²⁴.

При служебном объезде селений Петропавловского и других уездов Акмолинской области в 1896 г. статским секретарем Куломзиным было отмечено множество больных цингой и тифами. Согласно его ходатайству из Петербурга в помощь уездным врачам было командировано для борьбы с эпидемиями 10 врачей. Убедившись на месте в невозможности участковыми врачами одновременно выполнять разъезды по судебно-медицинским делам, лечить больных, выезжать на различные эпидемии, Куломзин оказывает содействие в принятии проекта по учреждению новых штатов. В мае 1897 г. штаты были Высочайше учреждены: в уездах предусматривалось иметь вместо пяти пятнадцать участковых врачей [59].

На протяжении всего рассматриваемого периода эти должности редко бывали полностью укомплектованы. Громадные пространства, постоянный прилив переселенцев, ограничение кредитов на содержание больниц, недостаток медикаментов приводили к бегству врачей и частой их смене. Постоянные разъезды, кроме личных лишений, вынуждали врачей оставлять тяжелых или прооперированных больных в лучшем случае на руках фельдшера, чаще – на произвол судьбы.

Нелегко было переносить и лишения: зимой во время буранов приходилось блуждать, а то и ночевать в степи, весною при разливах рек пускаться вплавь, ездить верхом в распутицу при плохих дорогах. Нередко, после приема и лечения больных в крестьянских землянках новоселов, врач вынужден был оставаться там на ночлег, спать на общих нарах в грязной и душной атмосфере, питаться впроголодь. Крайне тяжелым было и положение ближайших помощников врачей – фельдшеров. Не случайно многие предпочитали этой работе службу ветеринарными стражниками, которые получали не 16, а 30 руб. в месяц.

В 1901 г. Акмолинская область была поделена на 15 участков: пять – в Петропавловском уезде, по два – в Омском и Атбасарском и по три – в Kokчетавском и Акмолинском уездах. На каждом участке полагалось иметь врача, фельдшера и акушерку-фельдшиерицу. Всего на 15 участках состояло 12 врачей и 27 фельдшеров (уездные, городские и участковые). К 1901 г. к уже имевшимся лечебным учреждениям добавились приемные покой в Акмолинске на 13 кроватей, в селе Явленном Петропавловского уезда – на шесть кроватей, в Kokчетавском уезде в селах Кривоозерном и Балкашинском – по три кровати.

Высокая детская и материнская смертность, влияние идей передовых прогрессивных деятелей, инициативные начинания врачей способствовали появлению зачатков службы родовспоможения в Акмолинской области. На собранные обществом в 1898 г. в Омске средства открывается пять кроватей для оказания помощи женщинам при патологических родах; кровати содержатся на частные пожертвования. За счет средств городского управления открыты и содержатся две такие кровати в г. Петропавловске²⁵.

Всего же в начале текущего века на громадную область с населением 853 035 душ и территорией 479 200 кв. верст приходилось 13 лечебных заведений со 151 кроватью. Все уездные больницы помещались в старых зданиях, не приспособленных для больничных целей и весьма скучно обставленных. Заведовали больницами уездные врачи, поэтому при их отъездах больные оставались на попечении фельдшеров. Амбулаторная помощь оказывалась врачами и фельдшерами при больницах, приемных покоях и в периоды разъездов. В октябре 1901 г. в области открывается шестая аптека с правом вольной продажи медикаментов в Атбасаре. При всех городских и уездных больницах существуют небольшие аптечки для бесплатного лечения амбулаторных больных²⁶.

Строительство Великого сибирского пути привело к новому подъему переселения в 90-х годах. Эпидемии, высокая смертность среди переселенцев, трудные условия переезда вынудили правительство создать на территории Казахстана медицинскую сеть для их обслуживания. Медицинские учреждения переселенческой организации подчинялись Главному управлению землеустройства и земледелия. Возникновение переселенческой медицинской организации в Казахстане относится к 1902 – 1905 гг., когда стали организовываться фельдшерские пункты. Только после 1905 г. появляются первые врачебные участки и врачебно-продовольственные пункты. Детям в возрасте до 10 лет оказывалась продовольственная помощь в виде бесплатных обедов.

Сеть медицинской переселенческой организации была низкой. На всю территорию современного Казахстана в 1911 – 1912 гг. было для обслуживания переселенцев 45 врачей

и 164 фельдшера. Для стационарной помощи было всего 365 коек, развернутых в больницах и приемных покоях. Значительной части переселенцев медицинская помощь была недоступна: на 1000 человек в 1890 г. было 1,88 обращений, в 1901 г. – 23,6, а в 1910 г. – 19,6; более половины всех обращений было сделано к фельдшерам.

По сведениям Акмолинского комитета народного здравия, на 1 апреля 1910 г. по Акмолинскому уезду среди переселенцев были больны цингой 2004 чел., сыпным тифом – 797, брюшным – 815, дифтеритом – 314, оспой – 418 чел.

Для того чтобы приблизить медицинскую помощь, крестьяне нередко обращались в Главное управление землеустройства и земледелия с предложениями помочь в постройке больниц. На сходе крестьян села Мариинское в феврале 1913 г. было составлено следующее прошение: «Мы, крестьяне, согласны принять на себя поставку потребных материалов и производить другие черные работы натураю. Село Мариинское по народонаселению значительное, в окружности масса расположенных сел и волостей Кокчетавского и Петропавловского уездов как русского населения, а также киргизов, медицинская помощь у нас недостаточная за дальностью нахождения от нас больниц и лечебниц, а именно: до г. Петропавловска 180 верст, до г. Кокчетава 170 верст, до села Кривоозерного 85 верст, до села Федоровского 100 верст, а другие селения расположены и далее, так что бывают случаи смерти за отсутствием медицинской помощи» [106].

С целью закрепления медицинских кадров в Степном крае в июне 1910 г. были повышены оклады участковым врачам до 1800 руб., фельдшерам – до 400, фельдшерицам – до 500 руб. в год. Учреждена должность врача для командировок с окладом 1800 руб. в год и предоставлением права на прогонные и суточные деньги. Участковым врачам и врачу для командировок «стали выплачивать «квартирные» деньги в размере 225 руб. в год.

Согласно разрешению губернатора Акмолинской области врачи могли командироваться в клиники сроком на четыре месяца с сохранением содержания и выдачей пособия по 300 руб. Число врачебных участков в области было увеличено до 22, в том числе 7 переселенческих. Поднимаются вопросы о создании постоянных кадров «эпидемических» врачей и фельдшеров вместо присыляемых в случаях эпидемий отрядов Красного Креста из Петербурга.

Приезжают на работу в Акмолинскую область и медработники-женщины. В 1912 г. в гражданском ведомстве работал 71 врач, в том числе 9 женщин (12,6%), из 159 фельдшеров 36 должностей (22,6%) занимали женщины, работали 47 акушерок. В основном врачи работали в городах: в Омске – 31, в Петропавловске – 10, в Акмолинске – 1. В уездах работали 29 врачей:

в Омском – 8, в Петропавловском – 9, Акмолинском – 4, Кокчетавском – 6, Атбасарском – 2.

По роду службы врачи распределялись следующим образом: 2 – при врачебном отделении, 3 городовых и 5 городских, 1 больничный земский, 13 участковых, 12 переселенческих, 2 заводских, 5 при учебных заведениях, 7 железнодорожных, 2 санитарных; работали также 19 вольнопрактикующих врача.

Всего было 28 лечебных заведений на 676 кроватей²⁷.

Для госпитализации населения на 2185 жителей приходилась одна койка (4,5 койки на 10 000 населения). Территория одного участка в среднем была более 20 000 кв. верст с радиусом до 85 верст. В среднем на одного врача приходилось 19 300 жителей: в городе – 4300, в уезде 41 300²⁸.

Данные, приведенные в работе Ю. Ласкова «Статистический и исторический материал по сельской медицине в Акмолинской области за 1884 – 1910 годы», иллюстрируют, сколь тяжела была эпидемическая обстановка: эпидемия брюшного и сыпного тифа в Атбасарском уезде в 1892 г.; эпидемии холеры в области в 1892, 1907, 1908 и 1910 гг.; вспышки малярии среди крестьян-переселенцев Петропавловского уезда в 1901 г.; эпидемия натуральной оспы в 1904 г.; эпидемия цинги в 1910 г. Средний уровень заболеваний на 10 000 населения за 1884 – 1920 гг. составил: чесотка – 389,0, перемежающая лихорадка – 277,1, острый сочленовый ревматизм – 123,9, сифилис – 93,9, цинга – 92,4, парша – 66,3, дизентерия – 29,7, тиф сыпной – 28,2, тиф брюшной – 27,8, оспа – 24,5, другие венерические болезни – 23,2, скарлатина – 11,7, бугорчатка легких – 9,4, прочих органов и тканей – 10,4, дифтерия – 7,7, сибирская язва – 0,9.

Столь высокий уровень заболеваемости объясняется не только недостатком медицинских учреждений и персонала, но и отвратительным санитарным состоянием населенных пунктов, отсутствием водопроводов, антисанитарным состоянием жилищ. Только в Петропавловске имелся водопровод, но мощность его не позволяла полностью обеспечивать потребность населения. Здесь же была и общественная баня с пропускной способностью 140 чел. в час; основная масса населения пользовалась индивидуальными банями.

Санитарный надзор административного характера осуществлялся через местные самоуправления и полицию, а общественный – через санитарные комиссии и комитеты. В уездах эти функции вместе с полицией должны были осуществлять уездные врачи, не располагающие для этого ни средствами, ни временем. Полиции вменялось в обязанность следить за чистотой улиц, дворов и базаров.

Средства, отпускаемые на благоустройство, были ничтожны и в основном оседали в городах. Например, в Омске в 1902 г. – 19 коп., а в 1911 г. – 74 коп. на одного жителя в год. Что касается небольших городов и сел, то в них санитарно-

профилактические мероприятия либо вовсе не проводились, либо осуществлялись спорадически, в связи со вспышками эпидемических болезней.

Врачи области неоднократно поднимали вопросы о необходимости организации санитарных учреждений. В 1907 г. в Акмолинском уезде при переселенческом управлении была создана санитарная организация, состоявшая из санитарно-статистического бюро, химико-бактериологической лаборатории и дезинфекционного пункта. Возглавил работу врач А.А. Цветаев. Для разрешения вопросов медико-санитарного дела был создан санитарный Совет, в который входили представители от переселенческой организации и медицинской общественности. Санитарный Совет принял на себя совещательную и исполнительную роль. Основными разделами деятельности санитарного Совета было изучение экономического положения, заболеваемости и смертности переселенцев, а также санитарных условий и медицинского обслуживания их в пути и в местах поселения. В этой работе принимали участие врачи А.А. Цветаев, Н.И. Аронов, А.Н. Ивановский, Н.М. Анастасьев, Н.И. Павловский при поддержке среднего медицинского персонала.

На совместном заседании санитарного Совета и Омского медицинского общества были доложены результаты изучения санитарно-гигиенического и экономического положения переселенцев, вскрыты факты беззакония, полной дезорганизации переселенческого дела, что привело к нищете, голоду, высокой заболеваемости и смертности переселенцев. Предлагалось перестроить систему обслуживания сельского населения, объединить казачьи, переселенческие и правительственные медицинские учреждения и кадры.

В ответ на представленный проект и материалы к нему Главное переселенческое управление в январе 1908 г. в телеграфном распоряжении указывало, что всем постановлениям санитарного Совета оно придает «характер только пожеланий», что санитарная организация Акмолинского переселенческого района упраздняется и впредь не следует поручать врачам «особых обследований», так как они должны заниматься прежде всего лечением больных.

Санитарная организация была расформирована, в память о себе она оставила три сборника «Врачебно-санитарной хроники» [60].

Только в 1910 г. на огромную Акмолинскую область было введено по одной должности санитарного врача и врача-эпидемиолога.

В борьбе с голодом и эпидемиями острозаразных болезней определенная помощь на территории Сибири и Казахстана оказывалась Российским Красным Крестом, который был создан официально в 1867 г., фактически же зародился еще в годы Крымской войны, когда Н.И. Пироговым были предложе-

ны коренные преобразования военно-санитарной службы и со- здана первая в мире Крестовоздвиженская община сестер ми- лосердия.

В 1891 г. местные управления Российского Общества Крас- ного Креста (РОКК) были организованы в Акмолинске, Кокче- таве, Петропавловске²⁹. В дальнейшем было организовано Степное окружное правление РОКК.

Обществом оказывалась помощь при неурожаях, голода- джуте. Открывались бесплатные столовые и питательные пункты. В 1901 г. для улучшения амбулаторной помощи городско- му населению на средства Общества Красного Креста была от-крыта амбулатория, а еще раньше (1878) – две родильные кой- ки в Омском военном госпитале. В начале первой имperiали- стической войны в Казахстане за счет средств Общества Крас- ного Креста была организована подготовка сестер милосердия и помощь раненым и больным воинам.

Острая нехватка врачебных кадров, особенно для обслужи- вания гражданского населения, побудили решать вопросы их подготовки из местного населения. В 1889 г. по ходатайству Петропавловского городского общества в Томском университете были предоставлены места для обучения студентов. На эти цели из средств Петропавловского городского общества выделя- лось 300 руб. в год на одного обучающегося. Обучающийся на эту стипендию должен был возвратить полученные деньги че-рез два года после поступления на работу.

В 1894 г. Казанский университет разрешает принимать на обучение казахских детей. Среди населения Внутренней Орды было собрано на стипендии 9000 руб. В основном обучались дети баев и мулл. Единицы казахов обучались в Саратовском, Московском, Киевском университетах, Военно-медицинской академии. В дореволюционный период специальность врача полу-чили 23 казаха.

Среди казахов, получивших образование, был уроженец Ак-молинской области Каркаралинского окружного приказа Амре Дурманович Айтбакин (1862 – 1919). В 1882 г. он успешно окон-чил Омскую учительскую семинарию и был направлен учите-лем в Омскую военную прогимназию. Ему был присвоен чин губернского секретаря. Вскоре способности молодого учителя были оценены, и он был «назначен словесным переводчиком киргизского языка при канцелярии степного генерал-губернато-ра». Осенью 1883 г. А. Айтбакина направили в Акмолинск вместе со следственной комиссией для расследования беспо-рядков и злоупотреблений уездной администрации. Весной следующего года эта комиссия закончила свою работу. С ок-тября 1884 г. Айтбакин становится помощником Каркаралин- ского уездного начальника, с апреля 1887 г. работает в Семипа-латинске младшим чиновником особых поручений при област-ном управлении.

В 1889 г. А. Айтбакин поступил на медицинский факультет только что открытого Томского университета. Об этом было сообщение в «Киргизской степной газете». Учеба в университете шла успешно, но материальное положение студента было тяжелым. Сохранилось его прощение на имя инспектора университета, поданное в начале 1892 г. с просьбой о пособии. На выпускном курсе А. Айтбакин был удостоен серебряной медали за научное исследование «Изменение кумыса при стерилизации и о составе стерилизованного кумыса».

В 1894 г. А. Айтбакин окончил университет и со званием лекаря и уездного врача начал работу в должности уездного врача в Каркаралинске. Современники тепло отзывались о его деятельности. Так, газета «Врач» писала: «Он имеет громадный авторитет и влияние на киргиз своего уезда. Ежедневно можно было видеть около его квартиры сотни верховых киргиз, приезжающих к нему из разных концов уезда за советами не только по своим болезням, но и вообще по своим делам, тяжелым, семейным и прочим». В 1895 г. он переехал в Усть-Каменогорский уезд, где и проработал до кончины. В период с 1917 по 1919 г. А. Айтбакин ведал вопросами здравоохранения в Усть-Каменогорском уездном управлении [13, 14].

Многие врачи-казахи активно участвовали в установлении Советской власти в Казахстане. Среди них особое место занимает Мажид Мухамеджанович Чумбалов (1873 – 1940), выпускник Казанского университета. В дореволюционные годы он работал врачом-чумологом. С 1903 по 1917 г., заведуя больницей ханской ставки в г. Урде, одновременно принимал участие в ликвидации очагов чумы, возникавшей периодически в Каспийской низменности и калмыцких степях. Астраханское ведомство здравоохранения дважды награждало Чумбалова медалями за большой вклад в борьбу с чумой.

В 1918 г. М.М. Чумбалов вступил в ряды партии большевиков, был избран членом Революционного военного совета; в 1919 г., будучи председателем Букеевского губисполкома, заведует губернским отделом здравоохранения. После перевода в 1923 г. столицы Киргизской (Казахской) АССР в Оренбург он был назначен на пост заместителя наркома здравоохранения, избирался членом Киргизского (Казахского) ЦИКа второго созыва, выполняя обязанности уполномоченного Российского Общества Красного Креста по Казахстану. После перевода столицы в Кзыл-Орду помимо основной работы много времени М. Чумбалов отдает преподавательской работе в учебных заведениях, в том числе в Казахском институте народного образования. С 1929 по 1934 г. работал управляющим Казахского республиканского аптечного управления. В эти годы большое внимание он уделяет становлению фармацевтического образования в республике; при его участии был организован фармацевтический техникум в г. Семипалатинске. Чумбалов был активным

организатором Казахского медицинского института в г. Алма-Ате. Его перу принадлежит ряд работ, не утративших своего значения и в настоящее время [120].

В конце XIX и в начале XX в. значительно увеличивается число юношей казахов, имеющих среднее медицинское образование. Обучение проводилось при военных госпиталях в Омске и Оренбурге, а позже и в фельдшерских школах Омска, Оренбурга, Астрахани. Согласно Высочайшему повелению от 6 ноября 1874 г. в «Положении об интернате Омской фельдшерской школы для воспитанников из крестьянских и киргизских мальчиков» учреждалось несколько стипендий. Выпускники направлялись «в те общества, на счет которых они воспитывались». Большое внимание уделялось изучению русского языка, для чего воспитателям вменялось в особую обязанность, «чтобы разговор между киргизскими мальчиками велся преимущественно на русском языке»³⁰.

С 1880 по 1884 г. в Омской фельдшерской школе были подготовлены 15 дипломированных фельдшеров-казахов. Из них в Акмолинский уезд были направлены Курумбай Балабеков и Оспан Данебаев, в Атбасарский – Кенджебай Таңбаев и Айбас Бойтобынов, в Кокчетавский – Джакуп Айтұванов, в Петропавловский – Ибраим (Ибраїм) Сарджанов.

После введения в 1883 г. генерал-губернатором Степного края Г.А. Колпаковским в штаты уездов фельдшеров они смогли получить оплачиваемую работу. На переезд выдавались прогонные деньги на две лошади и 50 руб. пособия. Фельдшера должны были служить в назначеннем месте 6 лет. За счет волостного общества они снабжались набором фельдшерских инструментов; выделялось 20 руб. в год для бесплатного отпуска медикаментов. Жалованье было положено 180 руб. в год, разъезды проводились на собственной лошади. Часть выпускников распределялась в помощь врачам в стационары.

Помимо обязанностей по лечению больных и противоэпидемической работы, фельдшера должны были собирать лечебные растения, а также подавать уездному врачу сведения о местных лечебных средствах, употребляемых казахами.

Поднимался вопрос о женском медицинском образовании представительниц коренного населения. «Женщина-врач должна явиться незаменимой именно в среде мусульманского мира, где женщина не может искать медицинской помощи у врача-мужчины. Женщина-врач не откажется послужить и делу цивилизации Востока; она не побоится той обстановки, которая ее ждет на месте»³¹.

Джангумыс Байгозина стала первой девушкой казашкой, получившей акушерское образование. Она родилась в Аиртавской волости Кокчетавского уезда в семье бедняка. После окончания женской школы-интерната в Кокчетаве поступает в Омскую войковую повивальную школу, которую оканчивает в

1885 г. со званием сельской повивальной бабки и фельдшерицы. Но в те годы в казахских волостях в штатах не были предусмотрены должности акушерок, в казачьих же станицах считалось предосудительным иметь акушеркой «неправославную». Оставшись без работы, она обратилась с прошением к генерал-губернатору об устройстве по специальности, но пока шла переписка, девушка тяжело заболела и умерла [94, 106].

В 1888 г. в Омскую войсковую повивальную школу были приняты три девушки из Петропавловского уезда. Однако условия учебы в то время были настолько трудными, что Петропавловский уездный начальник вынужден был констатировать, что «двою умерли от чахотки, а третья, заболев той же болезнью, вынуждена была оставить школу до окончания курса» [14].

Врачами-современниками неоднократно отмечалось большое усердие в работе фельдшеров и оспопрививателей казахов. В борьбе с голодом, тифом и цингой в 1891 – 1893 гг. были отмечены в Петропавловском уезде фельдшера Касен Кикибаев, Ибраим Сарджанов и Нурпеис Боранбаев; последний широко использовал кумыс как одно из лекарственных средств в борьбе с цингой среди переселенцев в Явленной волости.

За активное участие в борьбе с цингой в Кокчетавском уезде Беркут Четыбеков был награжден серебряными именными часами. Здесь же, в селах Новопокровском, Марииинском, Кононаловском, принимал участие в борьбе с цингой и брюшным тифом Хусайн Темирбеков. В своих записках он писал: «Год от году киргизы стали обращаться все больше и больше за лечением; я, в свою очередь, стремлюсь к тому, чтобы киргизы обращались за врачебной помощью, оставил захарей-шарлатанов. При оспопрививании киргизских мальчиков угощаю их конфетами, яйцами и т. п. Если какой-нибудь киргиз из почетных и аксакалов, то сверх оказания медицинской помощи угощаю чаем. И растолкую по своему знанию пользу медицинского пособия. Благодаря этому в настоящее время киргизы стали очень часто обращаться за медицинской помощью» [14].

В Акмолинском уезде работали с большой отдачей фельдшера Ш. Ниязов, О. Джульджанов, К. Джумагулов. Участковый врач пятнадцатого участка Чиглавский писал в 1898 г. на имя врачебного инспектора области: «Не найдете ли возможным сделать распоряжение прибавить содержание фельдшеру Джульджанову, который получает всего 16 руб. 33 коп. в месяц и, находясь постоянно в разъездах на 13-м и 15-м участках, может уделять только гроши на пропитание своего семейства». В 1906 г. во время больших объездов в одной из волостей Джульджанов простудился и умер.

Шаймерден Ниязов с 1884 г. работал фельдшером в Акмолинском уезде: вначале волостным, а затем участковым фельд-

шером 15-го участка Акмолинского уезда и 12-го участка Атбасарского уезда. В 1908 г. уволен со службы согласно прощению. 25 декабря 1901 г. Степной генерал-губернатор Сухотино наградил Ниязова «по вниманию особых заслуг, засвидетельствованных начальством, серебряными часами с таковою же цепочкой»³².

Фельдшер Адильбек Майкутов был одним из активных борцов за установление Советской власти в Казахстане. Он родился в 1869 г. в ауле Сарышой Атбасарского уезда в семье небогатого кочевника Майкута Бекмурзина.

Когда Адильбеку исполнилось 10 лет, его привезли в далекий Акмолинск для поступления в начальное училище. Через три года обучения он переводится в Атбасарскую русскую гимназию, которую успешно заканчивает в числе первых выпускников-казахов. Преподаватели гимназии рекомендуют Адильбеку продолжить образование. В 1887 г. он поступает в Омскую фельдшерскую школу, где обучается по 1891 г.

По окончании Омской центральной фельдшерской школы А. Майкутов 16 июня 1891 г. назначается волостным фельдшером в Тарсакканскую и Тенгизскую волости Атбасарского уезда. Начало его трудовой деятельности приходится на период тяжелейших испытаний, выпавших на долю казахского народа: в 1891 г. в Акмолинской, Тургайской, Уральской, Семипалатинской, Сырдарьинской областях вследствие засухи погибает весь урожай, происходит значительный падеж скота, начинается голод и, как следствие, эпидемии тифа, скарлатины, дифтерии, холеры и цинги. В 1892 г. в Омск снаряжается большой медицинский караван, возглавляемый ссылочным врачом-народодольцем Л.А. Кузнецовым. В задачи каравана входит создание на р. Чу карантинных пунктов для борьбы с холерой. В составе каравана работает и фельдшер Атбасарского уезда А. Майкутов. Лучшей характеристикой профессиональных качеств Майкутова является сохранившийся официальный отзыв Л. Кузнецова о фельдшерах-казахах: «Все три волостных фельдшера³³ относились к исполнению своих обязанностей добросовестно, выговоров не получали. Теоретические познания их пополнялись практическим прикомандированием поочередно к приемному покою, где они несут обязанности палатного и аптечного фельдшера, помогая уездному фельдшеру». В работе А. Майкутова отмечались исключительная доброта, общительность, инициативность.

В Атбасаре ссылочный уральский рабочий А.Д. Ушаков в 1896 г. организовал марксистский кружок самообразования. Нетерпеливо относящийся ко всяким проявлениям несправедливости, А. Майкутов одним из первых представителей казахской демократической интеллигенции становится членом этого кружка. В ответ на царский указ от 25 июня 1916 г. о мобилизации казахов на тыловые работы он становится одним из ор-

ганизаторов повстанческого движения в Атбасарском уезде. К октябрю 1917 г. он вступает в партию, становится одним из признанных руководителей местной партийной организации [14].

После победы Октябрьской революции А. Майкутов участвует в создании большевистской организации в Атбасаре, ведет работу среди бедноты, готовит расширенное заседание Атбасарского Совета, на котором 12 января 1918 г. принимается решение об установлении Советской власти в уезде, а 20 января 1918 г. на Первом уездном съезде Советов Майкутов выступает с докладом «О положении казахской бедноты в уезде». Он избирается заместителем председателя исполнкома уездного Совета. Ему поручают вопросы здравоохранения и культуры, работу по пропаганде и агитации среди казахов. Он посещает самые отдаленные аулы и кочевья уезда, где с помощью местного населения создает новые и улучшает работу немногих действовавших медицинских пунктов.

Летом 1918 г. белое казачество Атбасара, поддерживаемое колчаковцами, алашордынцами и меньшевиками, подняло мятеж и захватило власть. А. Майкутов становится руководителем одного из крупнейших (более 200 чел.) партизанских отрядов из казахской бедноты. Вдоль тракта Атбасар – Акмолинск партизаны совершают внезапные налеты на обозы колчаковцев, разъезды полиции, склады белых. Одновременно подготавливаются восстания в поселке Малый Муйнак и в селе Мариинском. За поимку «киргизского атамана» Майкутова было назначено хорошее вознаграждение. Выданный предателем А. Майкутов был арестован в середине мая 1919 г. После жестоких пыток и изнурительных допросов в числе других (около 60 чел.) большевиков и активистов он был расстрелян в ночь на 20 июня 1919 г. В ноябре 1920 г. прах жертв июньского расстрела перенесен в братскую могилу, которая находится на центральной площади г. Атбасара.

Имя Адильбека Майкутова носит Целиноградское педагогическое училище, школа-интернат и улица в городе Атбасаре, один из целинных совхозов Кустанайской области, Тарсакканская школа Целиноградской области; в Парке железнодорожников в Атбасаре установлен комсомольцами его бюст, в поселке Жаксы воздвигнут памятник³⁴.

Во второй половине XIX в. значительно повысился научный интерес к использованию кумыса при лечении туберкулезных больных. Окрестности станиц Боровое, Зеренды и Щучье привлекали не только возможностью широко употреблять кумыс, но и обширными сосновыми лесами, березовыми рощами, причудливых форм скалами и пресноводными озерами.

Организация лечения тогда была на довольно низком уровне, что наглядно представлено в указателе кумысолечебных за-

ведений и кумысных селений за 1902 г. Вот как характеризуется Боровое: «Ближайшая железнодорожная станция – г. Петропавловск. Адрес для писем: станицы Щучье и Боровое. Местность высокая, живописные горы; громадное озеро – пресное, где хорошее купанье. Бывает около 20 семейств ежегодно. Для помещения – бараки и несколько частных домов. Цены очень колеблются – около 20 рублей за комнату за 2 месяца. Продукты покупаются в поселке Щучьем за 20 верст. Нахлебников никто не принимает – нужно иметь свое хозяйство. Прислуги нет. Самоваров нет. Кумыс – хороший – приготовляется киргизами, кочующими вблизи, первобытным способом. Ледников нет. Пастбищ достаточно. Врач – в Кокчеставе в 70-ти верстах. Местность очень живописная; климат непостоянный и часто бывают дожди. Прежде чем ехать в Боровое, надо нанять дом или барак, ибо таковых здесь немного; необходимо также обзавестись своей прислугой, ибо пищу надо готовить самому». Аналогично обстояло дело с организацией быта и кумысолечения в станицах Щучье и Зерендинской» [112].

В Казахстане первая кумысолечебница была открыта в 1910 г. в Боровом врачом П.Н. Емельяновым. Кумыс здесь приготовлялся казахами по старому способу в специальных кожаных мешках – сабах и признавался лучшим. Емельянов организует пансионат на 30 кроватей для лечения больных туберкулезом легких. В 1913 г. лечение получило около 2000 человек [35, 38, 40, 41, 52, 58].

Приемный сын П.Н. Емельянова Н.А. Гогниев после окончания Юрьевского (ныне Тартуский) университета, работал в кумысном санатории отца. Им подробно в 1913 г. описано типичное степное «турсучное» приготовление кумыса на курорте Боровое. Он считал кумыс в Боровом лучшим в связи с тем, что там большие табуньи степных нерабочих лошадей и богатые пастбищные угодья³⁵.

Большая заслуга во многих прогрессивных начинаниях и преобразованиях в здравоохранении и медицине дореволюционного периода в Западной Сибири и Казахстане принадлежит созданному в 1883 г. Омскому медицинскому обществу, объединившему 44 действующих члена. В состав общества входили представители обширной территории Степного генерал-губернаторства: Омска, Петропавловска, Кокчетава, Акмолинска, Усть-Каменогорска, Семипалатинска, Павлодара и других городов. Это были военные и гражданские врачи. Численный состав врачей ежегодно увеличивался. В 1908 г. в обществе было 103 члена.

В год проводилось до 10 – 12 заседаний, на которых обсуждались актуальные проблемы: формы организации медицинской помощи населению, вопросы гигиены, эпидемиологии, санитарной статистики.

За короткий срок усилиями врачей, в том числе членов общества, были накоплены весьма существенные материалы о положении казахской бедноты и крестьян-переселенцев. В различных газетах, журналах, в медицинских изданиях появилось значительное количество материалов о санитарном положении, медицинской статистике, медицинской топографии, видах болезней и т. д.³⁶

В публикациях, отчетах, письмах они вскрывали бедственное положение и нужду русских крестьян-переселенцев, отсутствие медицинской помощи среди казахского населения [7, 8, 14, 20, 60, 61, 62, 105, 124].

Характеризуя постановку медицинской помощи населению Акмолинской области, один из участковых врачей, проработавший там три года, в 1906 г. писал в газете «Иртыш» о трудностях в работе участкового медицинского персонала, нехватке средств, кадров и коек для госпитализации. Для того чтобы улучшить положение, нередко в селениях нанимали фельдшеров на общественный счет, например в Мариинской, Балкашинской, Макинской, Кийминской волостях. В Атбасарском уезде, после многочисленных ходатайств, в 1905 г. было выделено генерал-губернатором Лосевским 700 руб. на расширение приемного покоя. Поскольку этих денег было недостаточно, дополнительно было собрано около 700 руб. по подписке среди горожан, 500 руб. дало станичное правление и 100 руб. – управление одной из казахских волостей.

Автор писал «Что касается киргиз, то их я не решаюсь сказать, – здесь нечто невероятное. Отмечу только постановку у них оспопрививания. На волость с 8 – 10 тысячами населения имеется один оспенник, получающий жалованье 5 рублей в месяц. Киргизы несут натуральную повинность по перевозке оспенника из одного аула в другой. Детрит он получает у участкового врача. В год проводит в среднем 500 – 600 прививок, редко – 1000. В результате вечная эпидемия оспы. О размерах эпидемии можно только догадываться. В 1904 году в двух волостях Мизгильской и Челкарской переболело оспой за зиму не менее 1000 человек, в чем я мог убедиться за две недели пребывания в этих волостях. Много раз во время поездки я считал взрослых киргиз и подростков, изуродованных оспой, – таковых на десять приходилось в среднем не менее двух»³⁷.

В Акмолинской области наиболее ценные работы по демографии, заболеваемости, организации медицинского обслуживания населения выполнены Ю.И. Ласковым, К.А. Белиловским, А.А. Цветаевым, Д.П. Величковским и др.

Уже в те годы в Омске для успешного выполнения научных работ имелась хорошая материальная база. Работал крупнейший в Сибири Омский военный госпиталь, в 1885 г. была открыта химико-бактериологическая лаборатория, хорошо осна-

щена метеорологическая станция, имелась крупная научная библиотека. Общество имело обширные внутригосударственные и международные связи.

Труды общества реферировались в отечественной библиографии и в английских медицинских журналах. Некоторые члены общества были участниками международных медицинских конгрессов, проводимых в Риме, Берлине, Мадриде. Практиковались научные командировки в институты и клиники Франции, Германии и Австрии.

В 1886 г. за счет средств Омского медицинского общества создается первый в Сибири телятник для получения оспенно-дегтярного дегтя.

Одним из учредителей и активных членов общества был выпускник Казанского университета Н.И. Пахолков, врач Петropавловского лазарета с 1867 по 1888 г. Его доклады на заседаниях общества были посвящены вопросам дифтерии зева, натуральной оспы, болезням зубов у воспитанников Сибирского казачьего корпуса и др. В некрологе (1888), помещенном в «Акмолинских областных ведомостях», коллегами дана высокая оценка общественной и медицинской деятельности Н.И. Пахолкова.

В 1895 г. на созданной в Сибири первой дифтерийной станции была получена первая партия противодифтерийной сыворотки. Возглавлял станцию врач И.Д. Куприянов, получивший специальную подготовку в Пастеровском институте в Париже в 1894 г.

Медицинское общество открыло в Омске свою амбулаторию и аптеку, установило бесплатныеочные дежурства врачей. В годы эпидемий и войн организовывалась подготовка медицинских сестер, разрабатывались мероприятия по борьбе с эпидемиями и члены общества активно участвовали в их осуществлении.

Широко было развито благотворительство: собирались пожертвования для голодающего населения, выдавались пособия семьям медицинских работников, погибших при исполнении общественного долга.

Своим самоотверженным трудом медики способствовали сближению русского и казахского народов. Особенно это проявлялось в годы голода и эпидемических заболеваний.

Врачи Казахстана были современниками и последователями научных поисков известных русских естествоиспытателей и медиков И.И. Мечникова, О.О. Мочутковского, В.М. Хавкина, В.И. Имаева и других в борьбе с холерой, тифом, чумой и другими инфекционными заболеваниями.

С началом мировой войны 1914 – 1918 гг. на фронт было призвано большое число зауряд-врачей и фельдшеров. В 1915 г. в области остались 54 врача, 121 фельдшер, 35 аку-

шерок и повивальных бабок, 25 зубных врачей и 4 дантиста, 38 фармацевтов.

В г. Петропавловске и уезде были 11 врачей и 132 койки, в том числе городская больница на 45 коек, родильный покой на 5 коек, уездная больница на 15 коек, Явленский приемный покой на 8 коек, Петропавловская переселенческая больница на 35 коек, приемный покой на станции Петропавловск на 24 койки. Не функционировал Всесвятский приемный покой.

В г. Акмолинске и уезде практиковали всего 3 врача и было 38 коек; койки были в городском приемном покое – 13, в уездном приемном покое – 10, в Черниговском приемном покое – 5, в больнице Спасского завода – 10 коек. Самаркандская больница не функционировала.

В Кокчетавском уезде работали 3 врача (59 коек): Кокчетавская уездная больница – 16 коек, Макинская переселенческая больница – 10 коек, Балкашинская участковая земская больница – 10 коек, Кривоозерный земский приемный покой – 8 коек, Федоровская переселенческая больница – 15 коек. Алексеевская больница была в 1915 г. закрыта и превращена в ссыпной пункт для зерна.

В Атбасарском уезде работали 2 врача и было 18 коек: уездный приемный покой (10 коек) и приемный покой в селе Красивом (8 коек).

Аптеки с вольной продажей лекарств были в г. Петропавловске (новая аптека Розенплентера, Вознесенская аптека Рахлина и аптека Эберта) и в г. Акмолинске (аптека Путилова).

Расходы на «народное здравие» в период войны из правительственные сумм составили 23 177 руб. 60 коп., из земских средств 197 496 руб., по переселенческой организации 200 478 руб. 16 коп., по железнодорожному ведомству 50 143 руб., из городских сумм 215 759 руб. 73 коп., из частных сумм 9540 руб., а всего 51 481 095 руб. 29 коп.³⁸

В области ухудшается эпидемиологическая обстановка: регистрируется высокая заболеваемость ссыпным тифом (1847 случаев), брюшным тифом (2919), дизентерией (1196), скарлатиной (2039); цинга не имеет тенденции к снижению (1234). Зарегистрированы 248 больных натуральной оспой. Прилагаются большие усилия по охвату населения оспопрививанием: в Петропавловске и уезде привито 5758 чел., в Кокчетаве и уезде – 7871, в Акмолинске и уезде – 2588, в Атбасаре и уезде – 2395 чел.³⁹

В 1915 г. утверждаются правила подготовки лиц по оспопрививанию. Оспенные ученики в течение месяца знакомились со сведениями по гигиене, получали понятия о клиническом течении оспы, овладевали техникой проведения прививок. Занятия проводились врачом. Обязательным было усвоение разделов о течении вакционного процесса, его осложнениях, показаниях и противопоказаниях для привития оспы. В

случае успешной сдачи экзамена выдавалось свидетельство на право производства прививок под надзором врача.

За годы первой мировой войны и без того неудовлетворительная материально-техническая и кадровая база гражданского здравоохранения региона была еще более подорвана. Особенно сильно это сказалось на здравоохранении национальных окраин царской России. Не улучшилось медико-санитарное дело и после Февральской революции. Вопросы, не решенные при царизме, – единство медико-санитарного дела, бесплатная медицинская помощь, полноценное государственное социальное страхование рабочих, санитарное оздоровление условий труда и быта – остались открытыми, не нашедшими своего решения и при Временном правительстве.

* * *

Обзор развития медицинской помощи на территории Северного Казахстана отражает сложный путь ее становления.

До присоединения к России Среднего жуза (1740) на его огромной территории медицинских работников не было. Помощь при заболеваниях, травмах и родах оказывали народные лекари. В лечении, наряду с проверенными веками рациональными методами, широкое распространение имели приемы, основанные на культовой практике.

Первые медицинские работники появились на территории современной Северо-Казахстанской области с началом сооружения Пресногорьковской линии (1752) и ее крепостей – Петропавловской, Пресновской и других, а в 1798 г. был развернут первый полковой лазарет на 60 мест в Петропавловской крепости.

В период административно-территориального существования Омской обл. (1827 – 1839) в основном осуществлялось медицинское обслуживание военнослужащих: в каждом округе имелся лазарет. В 1829 г. завершилось строительство двухэтажного здания лазарета в г. Петропавловске. Войсковые врачи и фельдшера были в числе первых медиков, оказывающих помощь коренному населению, проводивших борьбу с эпидемическими болезнями. Штаты медицинских работников для гражданского населения были малочисленны: в каждом округе полагался окружной врач с одним учеником, имелся врач в г. Петропавловске. Согласно проекту М.М. Сперанского, Г.С. Батенькова и Ф. Буттца, планировалось в каждом округе построить гражданскую больницу на 200 мест и иметь в штате двух лекарей с учениками, но этот проект осуществлен не был. С 1837 г. во всех округах Омской области были введены должности повивальных бабок.

К этому периоду относятся первые организованные мероприятия по борьбе с оспой: создается областной оспенный комитет; несмотря на малочисленность медицинского персонала, проводится оспопрививание. В пропаганде необходимости оспопрививания среди православного населения большое участие принимало духовенство.

В годы Пограничного управления Сибирскими киргизами (1839 – 1853) произошли изменения в организации медицинского дела. Была введена должность старшего штаб-лекаря для общего руководства медицинским делом в степных округах, предусмотрены должности окружных врачей, в обязанности которых вменялось оказание медицинской помощи чиновникам окружных приказов и казахскому населению. Для обслуживания казачьего населения вводятся должности станичных фельдшеров (первых участковых фельдшеров в сельской местности), а с 1852 г. предусматривается иметь по одному фельдшеру для распространения оспопрививания в каждом поселении. При Омском военном госпитале в 1810 г. была открыта фельдшерская школа для подготовки полковых фельдшеров. Вводится обязательная регистрация эпидемических болезней, заболеваний глаз, оспопрививания, умерших. Из числа казахских юношей начата подготовка фельдшеров и оспопрививателей. Во время эпидемий, особенно натуральной оспы, развертываются дополнительно стационары.

При образовании области Сибирских киргизов (1854 – 1868) происходит дальнейшая реорганизация медицинского управления: руководство военными и гражданскими медицинскими учреждениями сосредоточивается в ведении областного врача. Это способствовало единству в проведении противоэпидемических мероприятий и санитарного надзора. При областном враче создаются аптеки для обеспечения медикаментами чиновников гражданского ведомства и казахского населения. Открывается первая гражданская больница в г. Петропавловске (1864), но просуществовала больница на частные пожертвования менее десяти лет. В 1861 г. утверждено содержание в каждом округе степных областей трех фельдшерских учеников из казахов. Произошли преобразования в медицинском обслуживании войск и казачьего населения: в 1856 г. в Кокчетавском и Атбасарском полковых округах введены должности участковых врачей казачьего войска. В эти годы начинает развиваться промышленность, открываются лазареты на приисках и заводах, в которых чаще всего работают фельдшера. С целью усиления надзора за санитарным состоянием промышленных предприятий, развертыванием и содержанием лазаретов при них, в 1854 г. вводятся должности горных ревизоров.

После реформы 1868 г. на территории Казахстана создается гражданская медицина. Вводятся должности уездных врачей, фельдшеров и повивальных бабок. Первоначально только в

два областях Казахстана – Акмолинской и Семипалатинской – была организована волостная медицинская организация, что способствовало подготовке медицинских кадров из лиц казахской национальности. В конце 80-х годов первые казахские юноши получают право на поступление в университеты для получения высшего медицинского образования. Для бесплатно-го обеспечения лекарствами на уезд отпускалось 200 руб. в год.

Некоторое развитие в это время получает аптечное дело: открываются городские аптеки в Омске и Петропавловске, работают аптеки военного и казачьего ведомства, свои аптеки имеют уездные врачи.

С образованием Степного генерал-губернаторства (1883) учреждаются должности областных врачей, в подчинение которых передается медицинский персонал уездов и участковые врачи казачьего войска. Вводятся должности врачей для командировок. Открываются стационары (приемные покой) для лечения казахского населения, уездные и казачьи больницы.

После преобразования врачебной части в Акмолинской, Семипалатинской и Семиреченской областях (1897) медицинское обслуживание сельского населения организуется по участковому принципу. Значительно увеличилось число врачей и средних медицинских работников. Система медицинского обслуживания была преимущественно разъездной, помочь в основном оказывалась в амбулаторных условиях, что значительно снижало ее эффективность.

Развитие переселенческого движения потребовало организации переселенческих медицинских учреждений в составе Главного управления землеустройства и земледелия. Вначале были организованы фельдшерские пункты (1902), а позже – врачебные участки и врачебно-продовольственные пункты. Нередко медицинские работники содержались за счет средств населения.

Первая санитарная организация в Северном Казахстане была создана в 1907 г. при переселенческом управлении Акмолинского уезда, но в январе 1908 г., согласно распоряжению Главного переселенческого управления, она была расформирована. В 1910 г. в Акмолинской области были утверждены должности санитарного врача и врача-эпидемиолога.

Большой вклад в борьбу с эпидемиями, развитие медицины и здравоохранения на территории Северного Казахстана начиная с 70 – 80-х годов XIX в. внесли политические ссыльные. Они были у истоков гражданской медицинской службы, выступали поборниками дружбы народов на национальной окраине.

Организованное в 1883 г. Омское медицинское общество сыграло большую роль в проведении санитарно-статистических исследований, повышении профессионального уровня врачей, совершенствовании форм организации медицинской помощи.

Создание первого в Сибири телятника для получения оспеноносного детрита (1886) и дифтерийной станции (1895) способствовало борьбе с такими страшными заболеваниями, как натуральная оспа и дифтерия.

Раздробленность медицинского обслуживания между различными ведомствами препятствовала согласованности в оказании медицинской помощи и проведении противоэпидемических мероприятий.

Несмотря на значительные преобразования в медицинской организации, в целом она не могла удовлетворить даже минимальных потребностей населения в медицинской помощи. Оставалась низкой обращаемость населения за медицинской помощью, особенно к врачам. Даже то небольшое количество коек, что имелось для госпитализации населения, использовалось плохо, поскольку не хватало средств на их содержание. Оставались неудовлетворительными и показатели санитарного состояния населения.

СНОСКИ

- 1 Ленин В.И. Полн. собр. соч. Т. 12. С. 142.
- 2 Палкин Б.Н. Очерки ист. медиц. и здравоохран. Зап. Сибири и Казахст. в период прис. к России (1716 – 1868). Новосибирск, 1967. С. 178.
- 3 См.: ЦГА КазССР, ф. 338, оп. 1, д. 366, лл. 7, 12,33; там же, д. 407, л. 41; там же, д. 606, лл. 14 – 16.
- 4 См. там же, д. 587, лл. 14 – 28.
- 5 См.: ЦГАОР, ф. 792, оп. 1, д. 12, л. 3.
- 6 См.: ЦГА КазССР, ф. 338, оп. 1, д. 553, лл. 44 – 45.
- 7 См.: ЦГА КазССР, ф. 374, оп. 1, д. 4545, лл. 15 – 23.
- 8 Архив Северо-Казахст. обл. музея. НВФ 1780/2. С. 97 – 99.
- 9 Госархив Омск. обл., ф. 3, оп. 2, д. 2543, лл. 4 – 5.
- 10 См. там же, ф. 3, оп. 1, д. 2759, лл. 23 – 24; ЦГА КазССР, ф. 374, оп. 1, д. 3197, лл. 12 – 19.
- 11 См.: ЦГА КазССР, ф. 374, оп. 1, д. 2429, л. 16.
- 12 Госархив Омск. обл., ф. 3, оп. 2, д. 3314, лл. 60 – 63.
- 13 См.: Палкин Б.Н. Очерки ист. медиц. и здравоохран. Зап. Сибири и Казахст. Новосибирск, 1967. С. 231, 235.
- 14 См.: Архив Северо-Казахст. обл. музея, НВФ 1780/2; Семенов А.И. Город Петропавловск за 200 лет.
- 15 См.: ЦГА КазССР, ф. 345, оп. 1, д. 3066, лл. 208 – 214; там же, д. 306, л. 228.
- 16 ЦГА КазССР, ф. 374, оп. 1, д. 4390, лл. 321 – 322.
- 17 См.: Госархив Омск. обл., ф. 3, оп. 8, д. 13315, лл. 447, 503 – 504.
- 18 См. там же, л. 505.
- 19 См.: Бенюх М., Молотков Н. Доктор Кабанов // Ленинское знамя. 1983.
- 22 марта.
- 20 См.: ЦГА КазССР, ф. 64, оп. 1, д. 124, л. 65.
- 21 См.: Обзор Акмолинской обл. за 1894 г. Омск, 1896. С. 77, 79, 81 – 83.
- 22 См. там же. С. 79.
- 23 См. там же. С. 81 – 82.
- 24 См. там же. С. 82 – 83.

- 25 См.: Обзор Акмолинской обл. за 1901 г. Омск, 1902. С. 47, 48.
26 См.: Обзор Акмолинской обл. за 1902 г. Омск, 1903. С. 1, 48, 49.
27 См.: Обзор Акмолинской обл. за 1912 г. Омск, 1913. С. 43.
28 См.: Статистико-экономический обзор Киргизск. АССР. Оренбург, 1923.
С. 104.
29 См.: ЦГА КазССР, ф. 64, оп. 1, д. 3057, л. 5.
30 Госархив Омск. обл., ф. 3, оп. 9, д. 14103, л. 1.
31 Восточное обозрение. 1881. № 14. 3 апр.
32 ГАСКО, ф. 243, оп. 1, д. 10, лл. 301 – 302.
33 А. Бойтабынов, А. Майкутов, Д. Ниязбеков.
34 См.: Борцы за Советскую власть в Казахстане. Алма-Ата // Казахстан. 1982. Т. 1. 236 с.
35 См.: Дубовицкий Н.В. В станции «Шучинской» // Луч. 1989. 8 апр.
36 См.: Постановка медиц. помощи населению Акмол. губернии. 1906 // Северо-Казахст. обл. музей, НВФ 340.
37 Северо-Казахст. обл. музей, НВФ 340.
38 См.: Обзор Акмолинской обл. за 1915 г. Омск, 1917. С. 66 – 68.
39 См.: Памятная книжка Акмолинской обл. на 1914 год. Омск, 1914. С. 55 – 57.

ГЛАВА II

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА ЗА ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Организация медицинской помощи в первые годы Советской власти (1917 – 1927)

На территории современного Северного Казахстана Советская власть раньше других была установлена в Петропавловске – 22 ноября (5 декабря) 1917 г. Временный комитет по управлению Степным краем и Акмолинской областью обратился 16 (29) декабря к местным Советам с призывом взять власть в свои руки. В декабре 1917 г. была установлена Советская власть в Акмолинске и Kokчетаве, а в январе 1918 г. – в Атбасаре¹.

С первых же дней были начаты земельные преобразования, наделяется землей деревенская беднота и тяготеющее к оседлости кочевое казахское крестьянство. Уделяется внимание борьбе с безработицей, голodom и инфекционными болезнями. Проводится работа по очистке городов, улучшению водоснабжения, восстановлению жилищного фонда. В марте 1918 г. Совет Акмолинска взял на учет весь хлеб и другие продовольственные товары для «организации питания трудового населения». Из этих запасов был выделен особый детский фонд продовольствия². При Совдепах организуются медико-санитарные отделы.

Контрреволюцией, при поддержке баев и кулаков, Советская власть была свергнута вначале в Петропавловске (31 мая 1918 г.), а затем в Kokчетаве, Акмолинске, Атбасаре. Наступили месяцы колчаковского режима. Проводятся массовые аресты и расстрелы. В Петропавловске был арестован заведующий медико-санитарным отделом А.М. Павлин. Расстрелян в ночь на 20 июня 1919 г. заместитель председателя Атбасарского уездного Совета фельдшер Адильбек Майкутов.

Только к концу 1919 г. силами Красной Армии были освобождены от белогвардейцев Петропавловск (30 октября), Kokчетав (12 ноября), Акмолинск (25 ноября), Атбасар (26 ноября)³.

В создаваемых уездных Революционных комитетах (Ревкомах) большое внимание с первых же дней уделяется вопросам охраны здоровья и борьбе с эпидемиями. Назначаются заведующие уездными отделами здравоохранения (завузздравами): в Петропавловске – Варвара Петровна Чернышева, в Акмолин-

ске – Кузьма Павлович Горланов, в Кокчетаве – Михаил Николаевич Глаголев, в Атбасаре – Елемес Баржаксин.

До 1921 г. территория современных Кокчетавской, Северо-Казахстанской и Целиноградской обл. входила в состав Омской губернии. Осуществлял руководство работой узздравов Омский губернский отдел здравоохранения, избранный 1 сентября 1920 г. Заведующим был избран Николай Владимирович Мальцев⁴.

Одной из важнейших задач того периода являлась борьба с эпидемиями. Сибирским революционным комитетом (Сибревком) 5 декабря 1919 г. за № 40 было принято постановление «Об образовании чрезвычайной межведомственной комиссии по борьбе с сыпным тифом (Чекатиф)». Аналогичные комиссии были созданы во всех уездах Омской губернии⁵.

Медицинским работникам вменялось в обязанность безотлагательно оказывать помощь всем заболевшим, устраивать дежурства. Открывались эпидемические больницы, в которые госпитализировалось беднейшее население. Состоятельные граждане лечились на квартирах. По надобности производилась дезинфекция. Предписывалось строго следить за чистотой в населенных пунктах. Гражданам строго вменялось в обязанность вывозить нечистоты за пределы населенных пунктов. Открывались прачечные, бани, проводилась дезинфекция белья и помещений. Выдавалось мыло из расчета $1/8$ фунта каждому моющемуся в бане⁶.

В какой обстановке приходилось в те годы бороться с эпидемией сыпного тифа, наглядное представление можно получить на примерах Акмолинского и Кокчетавского уездов.

Заведующий санитарно-эпидемиологическим отделом здравоохранения при Акмолинском ревкоме В.В. Петровский писал в Сибревком: «25 ноября 1919 г. Акмолинск был занят войсками Красной Армии. Люди валялись на грязной соломе, грязном полу, коеч и нар не было, в городе оставалось 2000 больных. Несчастным некому было подать стакан воды, да и дать-то было не из чего. О питании говорить не приходилось, больные по два-три дня, случалось, не получали и корки хлеба, почти замерзали в помещениях вследствие отсутствия топлива. Смертность достигала 25 – 30%. Мертвыми заполнялись подвалы, а нередко можно было видеть больных в холодных помещениях.

В ближайшие дни по занятии города войсками Красной Армии был взят в плен лазарет с большим числом медицинских работников. Тотчас же были развернуты два госпиталя: первый госпиталь 59-й стрелковой дивизии и второй полевой подвижный госпиталь 59-й стрелковой дивизии. Первый госпиталь к концу декабря ушел в Семипалатинск, оставил Ревкому в наследство более 500 больных красноармейцев, размещенных в четырех зданиях. Только одно из зданий было более или

менее устроено, во всех прочих – больные по-прежнему продолжали валяться на полу. Теперь, с передачей госпиталя ревкому, началась работа. Вследствие отсутствия персонала для упорядочения питания больных был мобилизован учительский персонал, и питание наладилось довольно быстро. Были привлечены для ухода за больными врачи уездной больницы Яичкин, три лекпома, две сестры милосердия, и понемногу начала налаживаться медицинская помощь населению.

Воззвание к населению жертвовать бельем, посудой дало крайне незначительное количество комплектов, вследствие чего приступили к реквизиции белья, посуды, кроватей, одеял, мануфактуры и прочих необходимых вещей.

...В настоящее время не увидишь в больнице людей без нательного белья, что приходилось наблюдать, и нередко, первоначально.

Все больные помещаются на койках, в помещениях полы моются ежедневно, грязь и тяжелый воздух, невыносимый даже для здорового, – исчезли. Смертность сократилась до 5–6%, умершие сразу предаются земле. В квартирах граждан заболевшие не содержатся, но направляются в одно из лечебных учреждений.

...Число больных сильно сокращается: в конце ноября в госпиталях числилось 2000, в декабре – 2000, в январе – 1300, в феврале насчитывается ежедневно от 500 до 650. Первоначально преобладал сыпной тиф, в настоящее время возвратный, реже брюшной⁷.

В Кокчетавском уезде к концу 1919 г. осталось в городе три врача (М.Н. Глаголев, П.П. Крамидо, В.П. Семенов) и два в селах (А.И. Полухин, А.А. Музовский). Работали на весь уезд 58 фельдшеров, 11 акушеров, 7 медсестер⁸. Уже в январе – феврале 1920 г. было развернуто в лазаретах 400 коек для больных красноармейцев и 80 коек для выздоравливающих. Для гражданского населения было отведено 40 коек в Кокчетаве, открыты лазареты на 50 коек в селах Балкашинском и Макинском, на 30 коек – в Зерендинском, Федоровском, Константиновском, Казанском, Новопокровском, Николаевском, Александровском, Щучинском, Дмитриевском, Вознесенском. Была объявлена медицинская трудовая повинность. В городе и в уезде созданы эвакуационные пункты. К середине апреля 1920 г. эпидемия в уезде была победена [27, 29].

Создание чрезвычайных комиссий по борьбе с тифами в губернии и в уездах, активная, целенаправленная работа способствовали тому, что в целом по губернии весной 1920 г. эпидемия пошла на убыль. С 1 апреля 1920 г. «Чекатифы» были упразднены, а вся дальнейшая работа по борьбе с эпидемиями возложена на уздравы и в их ведение после ликвидации гражданских госпиталей было передано все санитарное имущество⁹.

За годы революции, гражданской войны и голода была практически разрушена и без того недостаточная сеть лечебных учреждений, имевшаяся в дореволюционный период. На заседании коллегии при отделе здравоохранения в г. Омске 3 апреля 1920 г. принимается постановление об открытии фельдшерских пунктов среди казахского населения из расчета на 10 волостей один фельдшерский пункт, «причем в первую очередь в Кургальджинских волостях». Признана необходимость открытия новых фельдшерских пунктов в селах Ново-Владимирском, Рождественском, Кан-Крынском, Елизаветинском, Журавлевском, Приозерном и Урюпинском¹⁰.

По данным обследования, проведенного в декабре 1920 г. инспектором Губрабкина Шайтановым, в губернии имелся громадный дефицит кадров врачей и среднего медицинского персонала. «...Подавляющее большинство фельдшеров – ротные, да еще подготовки военного времени. Общий недостаток во врачебном персонале 76%. Отсутствует возможность открытия новых учреждений и ремонта, нет медикаментов и всего необходимого для содержания и лечения больных». По докладу Акмолинского уздрава «вся работа медицинского персонала на пунктах выливается в советы больным, своеобразных способах внушения и даче микроскопических доз лекарств» одно название – пункт, а в сущности пустое место с призраком медика при 5–10 порошках и щепотке активной коры и кореньев». Ни на одном пункте нет фельдшерского набора, нет термометров, стетоскопов, шприцев, игл, перкуссионных молотков, спринцовок, кружек Эсмарха, нет средств для обезболивания. «...Всякие мелкие операции приходится делать варварским способом под неистовые вопли больных и зашивать раны не шелком, а цветными простыми нитками». Нет керосина, освещение проводится коптящими сальниками¹¹.

В те годы условия жизни медиков были очень тяжелыми, практически не выплачивалось жалование, приходилось голодать. Нередки были случаи заболеваний и гибели персонала. Умерший от возвратного тифа эпидемический фельдшер Петр Иванович Корниухин был исключен из списков Акмолинского уздрава 19 сентября 1922 г., а полученный им на поездку в Акту-Нуринскую волость аванс был засчитан в счет жалованья. Санитарно-эпидемический врач Акмолинского уезда Алексей Иванович Яичкин после перенесенного тифа приступил к работе 10 марта 1922 г. Приказом по Акмолинскому уздраву № 15 от 10 марта 1922 г. зачислен на работу в должности фельдшера в эпидемическую больницу тифа Степан Еременко.

Население уездов и местные органы власти предпринимали все возможные усилия для сохранения кадров медработников. Вот как писали в протоколе от 19 сентября 1920 г., направленном в Кокчетавский уздрев, жители села Ново-Приреченское Сухотинской волости: «Для спасения народа и пресечения сви-

репства эпидемии необходимо ходатайствовать перед медицинской секцией в первую очередь о немедленном открытии хотя заразного барака с эпидемическими лекарями, а также и фельдшерским пунктом... Еще стоит теплая погода и то умирают, а если упустить холода, то будут умирать целыми семьями, как это и было в минувшую зиму, что вымирали целые семьи и осталось немало сирот. Помещения как для больниц, для врача и фельдшеров подготовлены более подходящими». Жители села Каменского просили откомандировать медицинского фельдшера Алексея Григорьевича Киселева для обслуживания Каменского детского дома № 4 и всего населения. Мариновский волостной комитет Кокчетавского уезда ходатайствовал перед уздравом об открытии фельдшерского пункта и приглашении фельдшера Петра Петровича Лапшина. С аналогичными просьбами обращались жители и других волостей уезда: Ольгинской, Соколовской, Андреевской¹². «Ввиду недостатка в Акмолинском уезде 12 врачей, 99 лекарей и 14 фельдшеров-акушерок» Акмолинский уздрав просит откомандировать лекарей 46-го полка Кузьму Аленикова и 187-го полка Афанасия Морозова для работы в Акмолинский уезд¹³.

Уже с первых дней существования Советской власти большое внимание уделяется спасению детей. Акмолинским уездным отделом здравоохранения вместе с исполнительным комитетом Совета была открыта для детей в городе столовая, где в день выдавалось до 200 обедов. Оказывается помощь детским приютам, положение которых было ужасающим: не было отопления, не хватало питания, свирепствовали тиф, дизентерия, дифтерия, истощение. Летальность доходила до 50,0 – 80,0%¹⁴.

В Кокчетавском уезде, в тех населенных пунктах, где имелись больницы, были организованы детские приюты. 26 июня 1920 г. на I уездном съезде Советов было принято постановление «представить трудящимся пользоваться медицинской помощью бесплатно». Съезд потребовал обратить серьезное внимание на оказание помощи детям, «находящимся в детских очагах и приютах»¹⁵.

Формирование Казахстана в современных границах происходило постепенно: 10 июля 1919 г. В.И. Ленин подписал декрет Совета народных комиссаров РСФСР о Революционном комитете по управлению киргизским краем, которым было предрешено образование Киргизской (Казахской) АССР; 26 августа 1920 г. был издан подписанный М.И. Калининым и В.И. Лениным декрет ВЦИК и СНК РСФСР «Об автономной Киргизской Социалистической Советской Республике», 4 – 12 октября 1920 г. в Оренбурге проходил I учредительный съезд Советов, на котором было избрано первое Советское правительство Казахстана. Тогда же был создан наркомат здравоохранения республики, а первым наркомом был избран Михаил

Сергеевич Шамов, проработавший на этой должности до 1928 г.

М.С. Шамовым была проделана большая работа по организации и укреплению медицинской сети республики, внедрению основных принципов советского здравоохранения. Под его руководством был создан в 1925 г. первый в Казахстане Краевой санитарно-бактериологический институт. Открываются первые фельдшерские школы в Оренбурге и в Уральске, организуются краткосрочные курсы по подготовке медсестер. Большое внимание уделяется развитию санитарной службы.

С первых же дней работы Наркомата здравоохранения большое внимание уделялось изучению санитарного состояния края, постановке лечебного дела, разработке планов организации медико-санитарного дела края, обеспечению губерний и областей медикаментами, дезинфекционными средствами, хирургическими инструментами, а также организации санаториев, кумысолечебниц, грязелечебниц. Большое место в работе занимали вопросы санитарного просвещения [131].

В Акмолинскую губернию, образованную 25 апреля 1925 г., вошли уезды: Петропавловский, Кокчетавский, Атбасарский, Акмолинский. Для руководства здравоохранением на базе ликвидированного Петропавловского уздура был сформирован Акмолинский губернский отдел здравоохранения (Акмолгубздрав). Заведующим назначен Юрий Казимирович Сэндэк. Большую работу проводили Владимир Николаевич Оршкевич – зав. лечебным подотделом, Степан Елизарович Гвоздников – зав. санитарно-профилактическим подотделом, Мария Кирилловна Дейнега – зав. отделом материнства и младенчества, Александр Глебович Глебов – разъездной врач¹⁶.

Губернский отдел здравоохранения осуществлял мероприятия по организации, развитию и укреплению дела здравоохранения в пределах губернии: принимал необходимые меры по предупреждению распространения заразных болезней и организации борьбы с таковыми, организовывал санитарный контроль, осуществлял борьбу с социальными болезнями, вел санитарно-просветительную работу, руководил организацией врачебного дела, делами охраны материнства, младенчества, охраны детей и подростков, организацией снабжения медикаментами лечебно-санитарных заведений и населения губернии, учетом квалифицированного медперсонала и вел работу по его совершенствованию, а также осуществлял контроль над профессиональной деятельностью медперсонала и частными лечебными заведениями, ведал всеми делами судебно-медицинской экспертизы.

Для осуществления этих функций в губздраве были следующие подотделы: 1) административно-хозяйственный, 2) лечебный, 3) санитарно-эпидемиологический, 4) охраны материнства и младенчества, 5) охраны здоровья детей и подростков. При

губздраве состояли: совещания заведующих подотделов, конкурсная комиссия, рабочее страховое совещание, курортно-отборочная комиссия, губернский санитарный отдел, губернский совет по борьбе с проституцией, совещание по борьбе с туберкулезом, комиссия по разрешению производства абортов, Совет охраны здоровья детей и подростков¹⁷.

В 1921 г. в Акмолинской губернии имелось всего 20 больниц на 1535 коек, в том числе в городах – 5 больниц на 715 коек и 107 фельдшерских пунктов (23 койки на 10 000 жителей), 29 врачебных участков. Врачей было всего 26, из них 13 – в уездах, 2 – зубных врача, 197 – фельдшеров, 10 – фармацевтов, 26 – акушерок, 38 – сестер милосердия. На одного врача приходилось в городах 2280 чел., в уездах – 73 600, в среднем 38 600 чел. Обращаемость за медицинской помощью по губернии на 1000 населения 506 случаев, а на стационарное лечение – 23. При губздраве работал один санитарный врач в г. Петропавловске; действовало 16 дезинфекционных установок (в г. Петропавловске – 4). Из учреждений по охране материнства и младенчества имелось 4 родильных приюта, 1 Дом матери и ребенка на 18 детей и 5 приютов для детей до трех лет на 235 коек¹⁸.

Особенно было тяжело в это время с медицинской помощью казахскому населению. Высокий уровень гражданственности медработников проявился и здесь. Примером может служить ходатайство в Акмолинский исполком военнообязанных фельдшеров Варнавского, Бруха, Метлина, Халанского от 20 сентября 1921 г., в котором они изъявили желание служить в качестве фельдшеров в казахских волостях, объясняя это тем, что «...в Акмолинском уезде киргизского населения числится около 200 000 человек. Какой-либо медицинской помощи киргизское население, проживающее в далеких волостях, получать не может»¹⁹.

Нарком здравоохранения Казахской АССР М.С. Шамов, характеризуя положение, писал, что «...здания, отведенные под больничные учреждения, по большей части не оборудованы, не приспособлены, не выдерживают никакой критики с санитарно-гигиенической точки зрения. Обычное явление в наших лечебных заведениях – это отсутствие самых основных атрибутов лечебниц: коек, матрацев, белья, предметов ухода за больными, вентиляции, недостаток кубатуры, водоснабжения и т. д. Паралич хозяйственно-экономической жизни в связи с голодом усугубил положение: невозможно обеспечить больных питанием, топливом. Принимается план в продовольственном направлении, составлен план оздоровления почвы, воды, воздуха, жилищ и т. п., но едва ли $\frac{1}{100}$ плана удалось провести в жизнь.

По-прежнему зимовки, кибитки и землянки киргиз темные, тесные, грязные, по-прежнему киргизы живут скученно вместе со своими животными и ни один луч санитарного света не

проникает в их лачугу. Не менее антисанитарные условия жилищ наших рабочих ударных групп, если вообще можно назвать жилищами землянки хотя бы Бар-Чогурских каменноугольных копей.

Но и большие города не могут похвальаться своей санитарией, теснота и грязь, отсутствие мостовых, водопровода, канализации и здоровой воды – это обычные спутники наших городов. Не удивительно, что при таких условиях одна эпидемия сменилась другой, достигая при этом громаднейших размеров (холера, тифы, дизентерия).

Грозит нам также постоянная опасность со стороны чумы, носящей в наших западных губерниях эпидемичный характер.

Нынешнее население пострадало от непрекращающейся 8-летней войны, голода, падежа и уничтожения скота. Оставшаяся сеть в 4500 коек и врачебно-фельдшерские пункты рассчитаны только на мирное время без особых эпидемических фронтов, и то она может обслужить только оседлое население. Кочевники же, составляющие 50% всего населения, совершенно лишены медицинской помощи. Нельзя же считать медицинской помощью больницу на 30 коек с 1 врачом и 2 фельдшерами на целый Адаевский уезд, равный по территории Франции, с населением в 270 000 душ.

Таково же положение в Иргизском, Тургайском, Каркалинском и других киргизских районах. Есть некоторые возможности увеличить лечебную сеть, и к ней прибегают и будут прибегать губздравы: отдавать медицинское имущество и персонал в распоряжение сельских общин, с тем, чтобы последние содержали за свой счет медико-санитарное дело данной местности, а за собой оставить только контроль.

О страховой компании и ее помощи в медико-санитарном деле говорить не приходится, т. к. наш край в промышленном отношении был отсталый, в особенности же теперь, когда промышленность всюду восстанавливается заново. Остается таким образом один выход – чтобы РСФСР пришла на помощь Киркрай в 1923 году и дала бы ему возможность содержать медико-санитарное дело, пока население КССР не оправится от экономических последствий голода»²⁰.

Большое внимание Акмолгубздрав уделяет вопросам борьбы с инфекционными заболеваниями. Заведующий губздравом Ю.К.Сэндэк и зав. профилактическим подотделом Прокопьев обратились во все уездные исполкомы с письмом: «Принимая во внимание тот колоссальный вред, который приносят населению заразные болезни, в частности оспа и тиф, особенно свирепствующие среди темного и некультурного населения Киргизской республики, губздравотдел своими силами организовал 17 прививочных отрядов для привития оспы и вакцины против тифа, снабдив их всеми медикаментами, инструментами и вакциной. На обязанности этих же отрядов была возложена

жена санитарно-просветительная деятельность среди населения, которая должна проводиться в полной мере, так как легче и дешевле предупредить болезнь, чем лечить уже развившиеся их формы. Это труднее и дороже. Взять на себя оплату труда личного состава отрядов, оплатить их разъезды по губернии Губздрав не в силах. А потому обращаюсь к Вам с товарищеской просьбой о принятии тяжести разъездов этих отрядов на себя. Отдел народного здравоохранения губернии надеется, что Вы приложите все силы и возможности и удовлетворите нашу просьбу»²¹.

Необходимо отметить, что отряды делали не только противоносепные прививки, но и проводили широкую санитарно-просветительную работу в отношении венерических и кожных болезней, малярии и паразитарных тифов, популяризовали вопросы охраны материнства и детства.

Для проведения оспопрививания привлекалось местное грамотное население (предварительно проводилась двухмесячная подготовка). И далее отмечалось, что «КирнаРкомздрев полагает, что местные работники, особенно учителя, получая небольшую надбавку к своему основному жалованью, охотно возьмутся за оспопрививание, тем более, что многие из них имеют свою лошадь и кочуют вместе с аулом»²².

Сколько тяжела была эпидемическая обстановка в те годы, характеризуют приведенные ниже данные по Акмолинской губернии, которые, несомненно, следует признать далеко не полными. В 1921 г. было зарегистрировано: сыпного тифа – 1679 случаев, возвратного – 12 053, неопределенного – 1993, брюшного – 5406, натуральной оспы – 1579, азиатской холеры – 4125, дисентерии – 6762, малярии – 8492, скарлатины – 309, дифтерии – 340, кори – 2196, коклюша – 2583 случая²³.

Работа была напряженной, персонала остро не хватало, использовались все возможные резервы, приходилось обращаться за помощью к военным медикам. Так, в письме Акмолинского уездного исполнительного комитета от 1 августа 1921 г. говорилось: «Ввиду того, что в распоряжении уздрава нет свободных лекарей и дезинфекторов, привлечь к работе военнослужащих лекарей, прибывших в Акмолинск в отпуск: Брух Георгия, Варнавского Михаила Григорьевича, Карлова Василия Федоровича на службу при Акмолинском холерном бараке»²⁴.

В это время создаются губернская и уездная чрезвычайные комиссии по борьбе с холерой (ЧЕКАХОЛ), изыскиваются дополнительные помещения и развертываются госпитали для больных холерой, проводятся «недели чистоты», решаются вопросы дезинфекции, захоронения трупов, надзора за местами проживания, хранением и продажей съестных продуктов с правом немедленного уничтожения явно негодных. Вводятся дежурства врачей и среднего медицинского персонала по оказанию скорой помощи как днем, так и ночью. Весь медицин-

ский персонал привлекается для ежедневного чтения лекций о холере. Создаются противохолерные отряды²⁵.

В Kokчетавском уезде комиссию ЧЕКАХОЛ возглавлял Ульяницкий, членами комиссии были Нестеров, Богданов, Соколов, Зырянов, зав. уздривом К. Горланов²⁶.

По годовому отчету за 1921 г. по Kokчетавскому уезду «в стационаре пользован с холерой азиатской 51 больной, умерло – 33, амбулаторно – 1104, умерло – 601 (летальность составила 64,1% в стационаре и 54,4% на дому»)²⁷.

В Акмолинском уезде около 200 чел. заболело, умерло 180. Учет по уезду не наложен. По неполным данным в губернии зарегистрировано более 1500 случаев. Около 1000 чел. умерло. На борьбу с холерой были мобилизованы все работники медицины, в уезды выехало четыре отряда, чтобы провести противохолерные прививки, санитарно-просветительную работу, оказать медицинскую помощь. Открыта сеть холерных бараков, за чрезвычайными комиссиями по борьбе с холерой забронированы все имеющиеся дезинфекционные средства²⁸.

В Акмолинском уезде холерные бараки были открыты в сентябре 1920 г. в с. Новочеркасском и в июле 1921 г. в Акмолинске, куда 7 июля 1922 г. был зачислен врачом Н.Т. Исаев; 7.IX.22 г. в связи с ликвидацией эпидемии холерные бараки были закрыты, а медицинский персонал откомандирован в распоряжение уздрава²⁹.

В холерном бараке в Kokчетаве работали медики (лекпомы) А. Аржанов, А.И. Зайцев, Ф.И. Давыденко, В.С. Иванов, Т.З. Морев³⁰.

В 1922 г. в Акмолинской губернии было зарегистрировано 7387 случаев холеры, в том числе в Петропавловске – 45, в уезде – 205, в Kokчетаве – 25, в уезде – 439, в Атбасаре – 130, в уезде – 2228, в Акмолинске – 343, в уезде – 3564; в 1923 г. случаев заболеваний зарегистрировано не было³¹.

И без того чрезвычайно тяжелая эпидемическая обстановка на территории Казахстана, в том числе в Акмолинской губернии, осложнилась в связи с новым массовым бедствием – голodom.

К ноябрю 1921 г. число голодающих на территории Казахстана составило 1 559 911 чел. В апреле 1922 г. были зарегистрированы 2 471 740 чел., умерли от голода 172 313 чел. [19].

В Акмолинской губернии в 1922 г. от уровня 1917 г. осталось 37,6% скота и менее 25% посевов. От джура погибло в 1920 г. 779 400 голов скота.

Уменьшилось число жителей губернии: в 1917 г. числилось 1 296 324 души, в 1923 г. – 1 016 000 душ. Среди трудоспособных число голодающих дошло до 162 466 чел.; зарегистрировано 5610 беспризорных детей³².

В 1921 г. при Наркомздраве была создана комиссия помощи голодающим как подсобный орган Центрального комитета

помощи голодающим (ЦК ПОМГОЛ) при КирЦИКе. Аналогичные комиссии создавались при губернских и уездных отделах здравоохранения³³.

В 1921 г. правительство РСФСР отпустило Казахстану два млн. пудов хлеба и другого продовольствия. В 1922 г. ВЦИК и СНК РСФСР выделили в помощь голодающим 6 млн. руб., переданы оборудование и медперсонал 105 расформированных на территории края госпиталей, имевших 3500 коек, направлены в голодающие районы Казахстана 24 врача, а также средний медицинский персонал из районов Украины и Московской губернии. Создавались врачебно-питательные и санитарные отряды.

В порядке помощи Казахстану в 1922 – 1923 гг. 60% посевных площадей края были засеяны семенами из государственного фонда. Несколько десятков вагонов хлеба дало проведение государственной лотереи и изъятие церковных ценностей. Для усиления помощи голодающим и борьбы с эпидемиями были введены общегражданский налог, временные чрезвычайные налоги на предметы роскоши, продававшиеся через комиссионные магазины, налоги с торговых предприятий, промыслов, сувеселительных и публичных заведений.

Трудно переоценить значение деятельности Российского и Международного обществ Красного Креста, Международного комитета медицинской помощи России в Швейцарии, организации помощи голодающим, руководимой Ф. Нансеном и санитарной комиссии Лиги Наций. В России действовали 20 отрядов, из них восемь – на территории Казахстана. Координацию действий осуществлял уполномоченный в Киргизской (Казахской) республике член коллегии Кирнаркомздрава доктор Макс Якубович Финкелькраут³⁴.

В 1923 г. активная помощь Красного Креста продолжалась по различным направлениям: борьба с голодом, туберкулезом, венерическими заболеваниями, малярией. Поддержано питанием 150 000 детей; получено 12 вагонов ржи, 18 000 пудов продовольственных грузов. От Красного Креста в Казахстане работали 5 врачебных амбулаторий, 15 фельдшерских пунктов, 3 больницы, 7 аптек. Выделено 100 кг хинина, 4000 кг неосальварсана, шприцы и термометры по 200 шт., 100 кг разных медикаментов³⁵.

Всего в Казахстане было открыто около 4000 столовых общественного питания, на станциях и в местах скопления голодающих открывались бесплатные чайные. Кочевому казахскому населению выдавался сухой паек, а часть населения, особенно детей, эвакуировали в благоприятные районы страны. Более 10 000 беспризорных детей были эвакуированы в центр страны, а свыше 225 000 голодающих детей размещены в детских домах. Медицинские работники, состоящие на службе, получали продовольственные пайки (но их было недостаточно). Условия

жизни и работы были очень трудными. Из отчета Кокчетавского уздрава известно, что врачи и служащие не получали жалованья, мыла. На 114 чел. персонала было получено всего 56 продовольственных пайков. Чтобы не сокращать медицинскую сеть, крестьяне взяли часть персонала на содержание, а 14 человек были уволены «ввиду старости и неопытности медицинскому делу»³⁶.

С передачей медико-санитарного дела на содержание местным бюджетам коммунотделов и профсоюзов (1921 – 1922) положение ухудшилось. Даже в г. Петропавловске это привело к тому, что из трех больниц работала одна, да две амбулатории; отсутствовали приемы глазного, кожно-венерологического врачей, оториноларинголога. Работали лишь хирургические и разные отделения. Бесплатную помощь получали только застрахованные рабочие и служащие. Практически не оказывалась помощь на дому³⁷.

Чтобы сохранить медицинские кадры в сельской местности, жители коммун и станиц заключали с ними договоры. В Кокчетавском уезде договор был заключен между коммунами «Пески» и «Братство и равенство» и лекпомом И.В. Недойловым. Лекпом обязался в течение года организовать для коммунаров больницу на четыре койки, лечить своими медикаментами всех членов коммуны, читать лекции по медицине учащимся школы, давать советы по гигиене. «Учителя школы с семейством лекпом должен лечить бесплатно». Коммуны обязались выплачивать лекпому по одному пуду пшеницы с наличного числа членов в возрасте 6 лет и выше и за остальных по 0,5 пуда по особому списку, давать 3 руб. в год, подводу на выезд в Боровое или Кокчетав для приобретения медикаментов³⁸.

В договоре по Котуркульскому станичному исполному с фельдшером Дмитрием Портнягиным отмечалось, что фельдшеру за год выплачивается 90 пудов пшеницы и 10 пудов мяса. Все необходимые медикаменты, хирургические инструменты, перевязочный материал, аптечные предметы приобретаются за счет общества станицы Котуркульской. Помощь оказывать на приеме (с 8 до 13 часов), при посещении больных (с 14 до 19 часов), «незапно заболевшим давать медицинскую помощь в любое время дня и ночи. Производить санитарный обзор станицы Котуркульской и следить за чистотой дворов и улиц и о всех замеченных нечистотах, от которых может получиться заражение воздуха, питьевой воды в озерах и присти заразу повальных болезней, доводить до сведения представителя исполнкома, который должен принять энергичные меры, обложить штрафом тех граждан, которые нарушают санитарный порядок и гигиенические условия, чем и наносят вред для здоровья всего населения. Весь собранный штраф на поче этого обращать в фонд на приобретение медикаментов». В помощь лекпому Портнягину была избрана комиссия в числе

трех человек, которая проводила санитарный надзор по станице. При поездках в Боровое или Кокчетав по делам службы ему давалась от общества станицы Котуркульской бесплатно подвода³⁹.

В постановлении СНК РСФСР от 13 декабря 1923 г. «сохранение живых трудовых ресурсов страны и улучшение здоровья всего населения» было признано первоочередной задачей. Предлагалось всем органам власти оказывать народным комиссариатам здравоохранения и отделам здравоохранения всяческое содействие в их работе. Губернским и уездным исполнкомам и их отделам в уездах обращать особое внимание на обеспечение лечебной и санитарной помощью сельского населения, приостановить дальнейшее сокращение участковой сети в сельских местностях и принять меры к улучшению состояния существующей сети, в частности и прежде всего к снабжению сельских лечебных заведений необходимыми медикаментами, а также к улучшению материального положения медперсонала, особенно участкового⁴⁰.

В уездах основной задачей была признана медпомощь наиболее нуждающимся гражданам. В городской больнице Акмолинска основная часть лечащихся оплачивала по 2 руб. за сутки, а в уездной больнице лечение было бесплатным. Она «исключительно представлена для той бедноты, которая не только не имеет постоянных средств к существованию, но даже и своего угла... Остаются еще на полном самоопределении фельдшерские пункты в уезде, не имея возможности за отсутствием средств эти последние взять на свое иждивение, уздрав пока мирится с их самостоятельным положением, хотя это сильно вредит стойкости и продуктивности работы здравоохранения⁴¹.

Всего к концу 1923 г. в Акмолинской губернии было 25 больниц, в том числе в г. Петропавловске - 3, в уезде - 4, в г. Кокчетаве - 3, в уезде - 6, в г. Атбасаре - 1, в уезде - 1, в Акмолинске - 3, в уезде - 3, в г. Черлаке - 1.

Амбулаторный прием велся в 91 пункте, в том числе в 75 самостоятельных фельдшерских пунктах. Распределение фельдшерских пунктов по губернии: в Петропавловске - 4, в уезде - 33, в Кокчетаве - 3, в уезде - 18, в Атбасаре - 1, в уезде - 11, в Акмолинске - 2, в уезде - 12, в Черлаке - 7. Осталось по одной зубоврачебной амбулатории в Петропавловске и Кокчетаве.

В губернии работал 91 врач, в том числе 3 зубных. По уездам врачи распределялись следующим образом: в Петропавловском - 20 (17 в городе), в Кокчетавском - 3 (2 в городе), в Акмолинском - 3 в городе, в Атбасарском - 2 в городе, в Черлаке - 1 врач. Из 99 лекарей в уезде работали 73, были еще 21 акушерка да столько же сестер милосердия⁴².

В 1923 г. на III Всекиргизском съезде здравотделов было решено «создавать медицинские пункты для кочевников в местах их наибольшего сосредоточения». Ежегодно в степь посы-

лялись подвижные отряды и «Красные юрты», которые не только оказывали медицинскую помощь, но являлись проводниками социалистической культуры среди населения. Медицинская помощь казахскому населению оказывалась во всех лечебных учреждениях и открытых специально в казахских волостях врачебных и фельдшерских пунктах: в Петропавловском уезде – в Дмитриевском для Танкериейской волости и в Столыпинском для Кизиль-Гаскарской волости; в Акмолинском уезде – в Алексеевской для Азатской, в Нецевтаевской для Еркеншиликской и в Спасской для Карагандинской казахских волостей. Фельдшерские пункты были открыты в Кокчетавском (Джеландинский и Котуркульский), в Атбасарском и Черлакском (Кизиль-Тууский) уездах. Всего работали 6 казахов, имеющих медицинское образование (Петропавловский уезд – 1, Кокчетавский – 3, Атбасарский – 2). Лучше были обеспечены медицинской помощью сельские жители Петропавловского и Кокчетавского уездов, где на одного врача приходилось 2500 жителей, а в других уездах – до 150 000 жителей [90].

Для подготовки врачебных кадров из коренного населения были выделены места в Томском, Омском, Саратовском, Петроградском университетах, Военно-медицинской академии. Но в 1921 – 1922 гг. на медицинских факультетах обучалось всего четыре казаха. В 1923 г. открывается краевой техникум в г. Оренбурге. При нем для казахов были организованы двухгодичные подготовительные курсы с последующим четырехлетним обучением.

Уже в 1924 г. в Акмолинской губернии наметилась специализация коекного фонда: общих – 90 коек, терапевтических – 103, хирургических – 62, глазных – 15, кожно-венерологических – 20, детских – 50, инфекционных – 122, родильных – 43 койки⁴³.

Как в городе, так и в селениях больницы, врачебные и фельдшерские пункты нуждались в ремонте. Обеспеченность постельным и нательным бельем была очень низкой. Наглядное представление об этом можно получить из докладных записок заведующего акмолинской больницей Ф.И. Благовещенского председателю горсовета: «Наступает осень и следом зима, замуруются зимними рамами палаты больницы, будут гореть и мигать длинными вечерами коптилки-лампы. Продукты питания, кишечные газы, испарения больных, копоть и неполные продукты сгорания от плохих ламп будут создавать невозможную атмосферу в палатах... В результате ущерб здоровью больных, тяжелая атмосфера для больных и работы служащих и более длительное пребывание больных на койке, медленное восстановление сил и здоровья больного организма...»

В связи с резким дефицитом дров и отсутствием средств на их приобретение «ванны не делаются, больные не купаются, углы в некоторых помещениях больницы промерзли, появ-

вилась сырость. Белье стирается редко, из-за его недостатка больные лежат в своем грязном белье, а из-за пониженной температуры в палатах и в своей одежде»⁴⁴.

Громаднейшая роль в борьбе с эпидемическими заболеваниями принадлежит вновь сформированным санитарным органам; 15 октября 1922 г. был подписан декрет СНК РСФСР о санитарных органах республики. Этим документом, имевшим огромное значение для укрепления санитарной службы как государственной организации, были определены права санитарных органов, их задачи и штатные нормативы. Указанный декрет послужил основанием для создания санитарных органов в каждом уезде страны и вместе с тем обязывал местные советские органы активно содействовать укреплению санитарных организаций и обеспечению их необходимыми средствами.

В обязанности санитарных органов входили: санитарная охрана воды, воздуха, почвы, жилищ, пищевых продуктов; организация противоэпидемических мероприятий; организация борьбы с социальными болезнями; охрана здоровья детей; санитарная статистика; санитарное просвещение; участие в санитарной охране труда и общей организации лечебно-санитарного дела.

Создаются волостные, уездные и губернские санитарные советы. Организуются санитарные тройки и пятерки. В 1925 г. в Петропавловске, а в 1926 г. в Акмолинске были санитарные врачи (работавшие по совместительству), направлявшие и координировавшие работу.

О том, что представляли собой уезды в те годы, можно судить по материалам обследования Петропавловского уезда в 1923 – 1925 гг.

Из осмотренных санитарным врачом 60 селений удовлетворительными оказались лишь 11, из 38 школ – 2, из двух маслозаводов – ни одного, из трех маслобоек – ни одной, из 27 кооперативных лавок – 3, из 50 квартир – 9, из 60 колодцев – 4, из 26 озер – 5. Почти все населенные пункты были завалены наездом, в нескольких селениях в центре находились кладбища. Во всех учреждениях нет и в помине вентиляции, плевательниц, большинство из них не имеют отхожих мест, помещения низкие, чрезвычайно загрязнены. Еще более печальная картина со школами. Все школы уезда имеют низкие санитарные нормы на человека, в некоторых освещенность ниже нормы на 50% и более. В 70% школ нет отхожих мест, и «ученики совершают свои естественные нужды под углы школ или забора». Такое санитарное состояние школы приводит к тому, что уже через 3 – 5 лет обучения у значительного количества учеников обнаруживается высокая заболеваемость.

Река Ишим снабжает лишь небольшое число селений, расположенных по ее берегам. Основная масса населения пользуется водой из непроточных озер и колодцев. Водоисточники

сильно загрязнены населением, дают воду солоноватую и вообще малопригодную для употребления. В р. Ишим и в озера в течение зимы сваливают несколько миллионов пудов навоза. В результате во многих озерах вода цветом напоминает чай и содержит большое количество мелких организмов. В некоторых озерах вода настолько грязная, что в ней не может жить самая нетребовательная к чистоте рыба, ее отказываются пить лошади.

Санитарные условия жизни рабочих и крестьян могут считаться неудовлетворительными; в жилищах наблюдается крайняя скученность, зачастую кубическое содержание в городских жилищах воздуха на человека - 1 куб. сажень и даже 0,5 куб. сажени. Неизбежным спутником тесноты является грязное содержание жилых помещений. Водоснабжение весьма примитивное за полным отсутствием водопроводов в домах, что касается уездов, то «отзывы с мест единогласно свидетельствуют, что наиболее дурные условия существования имеются в тех частях уездов, где преобладает киргизское население, благодаря своей некультурности пренебрегающее самыми элементарными гигиеническими правилами»⁴⁵.

На всю Акмолинскую губернию функционировала только одна лаборатория с Пастеровской станцией и одна малярийная станция без стационара со штатом 8 единиц в г. Петропавловске⁴⁶.

10 октября 1925 г. на базе краевой бактериологической лаборатории в г. Кзыл-Орде был открыт Краевой санитарно-бактериологический институт им. Казахского ЦИКа. Это было большим событием для Казахстана, которое дало возможность проводить мероприятия по улучшению санитарного состояния республики и подготовки санитарных кадров. Институт стал базой для специализации санитарных кадров и организационно-методическим центром.

Большое значение в более планомерной работе по борьбе с инфекционными заболеваниями сыграло введение обязательной регистрации при профессиональных отравлениях и заболеваниях.

В 1926 г. в штатном расписании служб г. Петропавловска имелась одна должность санитарного врача, одна - школьного санитарного врача, двух санитарных надзирателей и дезинфекционный отряд, состоящий из одного человека, снабженного дезинфекционным аппаратом. В уездах губернии было по одному санитарному врачу, которые одновременно заведовали и школьно-санитарным делом, и по одному дезинфектору, которые едва успевали проводить текущую работу. Чаще работу санитарных врачей проводили врачи по совместительству. Дезинфекционная аппаратура старая, часто неисправна, практически отсутствовали необходимая литература и показательный

материал для проведения санитарно-просветительной работы [92].

Органам здравоохранения в результате проведенной работы по борьбе с эпидемиями на местах удалось значительно снизить заболеваемость натуральной оспой, паразитарными и брюшным тифами, дизентерией, ликвидировать холеру. Однако в это время резко возросла заболеваемость малярией (1921 г. – 8492, 1924 г. – 27 912 случаев).

Организуется в этот период работа по борьбе с социально-бытовыми болезнями: туберкулезом, венерическими болезнями, трахомой. В 1924 г. было зарегистрировано 2083 случая легочного туберкулеза, 1638 – первичного и вторичного сифилиса и 3737 случаев трахомы [92].

С 1921 г. в Казахстане начала создаваться противотуберкулезная служба. В основу ее было положено развитие диспансерной помощи. К борьбе с туберкулезом привлекались профессиональные союзы, органы социального обеспечения, широкие слои трудящихся.

В июне 1922 г. в Оренбурге был открыт Краевой туберкулезный диспансер, в том же году – противотуберкулезный диспансер в Петропавловске со стационарным отделением на 25 коек.

В 1922 г. в Казахстане было открыто 225 коек для туберкулезных больных, в 1925 г. – 480 коек, имелось 7 врачей-фтизиатров. Большую роль в выявлении больных туберкулезом играли подвижные врачебные отряды, которых в 1924 г. было восемь [109].

В 20-х годах в Боровом, в национализированных дачах, начали функционировать крупнейшая в Казахстане здравница. Первыми организаторами государственного курорта были врачи Славянского курорта – директор Якубовский и главный врач В.Г. Колпаков. На летний сезон для организации медицинского обслуживания приглашались видные врачи и ученые из Томска и Омска; пионеры курортного дела работали и в Kokчетавской обл. – П.Н. Емельянов и Н.А. Гогниев. Но из-за отсутствия средств в Сибздраве, а затем и в Сибирском курортном управлении курорт Боровое пришел в упадок. В конце 1923 г. Наркомздрев РСФСР принял курорт в свое ведение и выделил 70 тыс. руб. золотом для его возрождения. В 1925 г. курорт посетил нарком здравоохранения Н.А. Семашко; в газете «Известия» от 14 августа 1925 г. он отметил, что курорт является «исключительной горноклиматической станцией финляндского типа и заслуживает того, чтобы стать ремонтной мастерской для легочных больных со всего нашего Союза».

В 1927 г. были построены здания курортного бюро, корпуса № 4 и 6 (сейчас в корпусе № 6 размещается физиоурологическое отделение на 75 коек). До 1934 г. в зимнее время санаторий не функционировал⁴⁷.

Существовавшая до Великой Октябрьской социалистической революции система организации медицинской помощи оказывала на первых этапах определенное влияние на формирование медицинской сети. Съезды медицинских работников края приняли решение об упразднении органов управления земской, казачьей и переселенческой медицинских организаций.

В ноябре 1925 г. состоялся V Всеказахский съезд заведующих здравотделами и участковых врачей. Отмечалось, что особенно отстает медицинская помощь в сельской местности, где «некомплект врачей велик, сплошь и рядом участковыми больницами заведуют ротные фельдшера, в силу чего сельская участковая сеть не пользуется авторитетом среди населения». Предлагалось во всех городских амбулаториях установить специальные часы приема для крестьян, а в больницах забронировать специальные койки, ликвидировать платную медикаментозную помощь в сельской местности, так как «она лишает медицинской помощи беднейшее население». Для оказания помощи кочевому населению создаются постоянные участки профилактического типа, совершаются периодические выезды на периферию своего обслуживания⁴⁸.

К концу 1926 г. в Акмолинской губернии уже было: врачей – 61, зубных врачей – 5, фельдшеров – 144, акушерок – 38, сестер милосердия – 49, фармацевтов – 9⁴⁹. На одного врача приходилось в городе 1814 чел., в сельской местности – 62 552. Были развернуты 24 больницы на 670 коек (5,7 койки на 10 000 чел.); функционировали 64 фельдшерских пункта, 5 зубных кабинетов, 12 аптек и 2 аптекарских магазина⁵⁰.

В 1928 г. открывается вендинспансер в Макинске. В г. Петропавловске работают химическая, клиническая и бактериологическая лаборатории, в 1927 г. открыт рентгенкабинет в Петропавловской больнице; в Кокчетавской, Макинской и Алексеевской больницах имелись дезкамеры⁵¹.

Отпускаемых уездными исполнкомами средств на нужды здравоохранения и оплату труда медицинского персонала было явно недостаточно. Поэтому продолжалась практика заключения договоров между жителями и уездными отделами здравоохранения. Чаще всего население само предоставляло под медицинские пункты помещения, производило их ремонт, оплачивало труд медицинского персонала. В Акмолинском уезде такие договоры были заключены с гражданами сел Черниговское, Харьковское, Большиемихайловское, Вишиевское и др.⁵²

Нередки были случаи, когда вакантные должности не занимались и по другим причинам, свидетельство тому заявление от Анищенко, проживавшего в с. Переяславском Троицкого сельсовета Промышленной волости: «...занять свободные вакансии в Боровской и Еременской волостях я не имею возможности ввиду совершенного отсутствия средств, одежды и обуви для переезда к месту жительства на расстояние 7 верст,

и такое препятствие, как переезд, для меня в данном случае отпадает. Поэтому прошу уздрав при открытии Троцкого фельдшерского пункта меня на должность назначить заведующего таковым»⁵³.

2 декабря 1925 г. СНК РСФСР, во исполнение постановления XII Всероссийского съезда Советов, принял постановление по закреплению кадров на селе. Намечалось обеспечить участковый квалифицированный медицинский персонал бесплатными квартирами с отоплением и освещением, транспортными средствами для разъездов по участку, а также специальной одеждой, согласно нормам, утвержденным Народным Комиссариатом Труда РСФСР, для чего предложить местным исполнительным комитетам включить в свои расходные бюджеты соответствующие суммы.

Предоставлять детям сельских медицинских работников, работавших на селе «при Советской власти не менее 3-х лет, льготы для поступления в высшие учебные заведения, техникумы и школы I и II ступени, а также бесплатное обучение их в них, обеспечив их по возможности стипендиями»⁵⁴.

Для гарантированного приезда выпускников высших и средних учебных заведений на место предстоящей работы некоторым учащимся выплачивались на старших курсах стипендии из бюджета губздревов и уздревов, но нередко эти стипендии задерживались, положение студентов было нелегким. Примером может служить сохранившееся в архиве письмо от неустановленного стипендиата: «Прошу вторично и очень спешно. Остается на сей раз кричать караул, ибо жесточайший кризис, задолженности по горло, так как уже больше месяца не платил за обеды, молоко и квартиру, – кругом неприятности. В обеде даже отказывают. Просьба срочно выслать стипендию»⁵⁵.

Для гарантированного получения выпускников Акмолинский уздрев в 1926 г. обратился в землячество Омского медицинского института с предложением выплачивать студентам пятого курса стипендию в размере 35 руб. в месяц за оставшийся период обучения с последующей службой их в Акмолинском уздреве с 80 руб. жалованья. «Желающих ехать не нашлось, что объясняется дальностью расстояния этих мест от культурных центров, а также и малым размером предложенного жалованья»⁵⁶.

В 1928 г. Акмолгубздраву было выделено восемь врачей госстипендиатов, в том числе один из Омского медицинского института, пять из Томского университета и два из Иркутского университета⁵⁷. В это время увеличивается число казахов, обучающихся в медицинских институтах. В 1925 г. только в Омском медицинском институте получали образование 46 казахов [109].

Среди приехавших в Казахстан врачей-выпускников был основоположник специализированной хирургической службы в Казахстане, заслуженный врач КазССР, заслуженный деятель

науки КазССР, доктор медицинских наук профессор Михаил Иванович Брякин. Уроженец с. Долганки Алтайского края, он окончил медицинский факультет Томского университета. С 1927 г. заведовал Пресновской больницей, а с 1929 по 1934 г. работал хирургом в г. Петропавловске. С 1934 по 1935 г. заведовал медицинской частью курортного управления Минздрава КазССР. Затем, начав работать ассистентом кафедры госпитальной и факультетской хирургии Алма-Атинского медицинского института, занимается научными исследованиями, завершает кандидатскую диссертацию. Но защиту пришлось отложить на пять лет – началась Великая Отечественная война. Участником войны он стал с июля 1941 г. (начальник хирургического подвижно-полевого госпиталя, затем стационарного госпиталя). Кандидатскую диссертацию Михаил Иванович защитил в 1946 г. Работая доцентом кафедры факультетской хирургии (с 1947 г.), Брякин защищает докторскую диссертацию (1953) и ему присваивают звание профессора (1955). Под его руководством защищены 2 докторские и 32 кандидатские диссертации. Коллективами возглавляемых им кафедр разрабатывались вопросы хирургического лечения патологии органов пищеварения. Брякин впервые в республике внедрил в практику пластические операции при стенозах пищевода и на желудке. Им опубликовано 138 научных работ, 2 монографии. За многолетний и творческий труд он награжден орденами Красной Звезды, Трудового Красного Знамени, «Знак Почета», семью медалями и другими правительственные наградами.

В 20-х годах большое внимание уделялось медицинскому обслуживанию застрахованных рабочих и служащих. Создавались больничные кассы, на которые возлагалась обязанность организовывать рабочим и членам их семей все виды медицинской помощи и санаторно-курортного лечения. Кассы из бюджета социального страхования выделяли специальные средства на улучшение медицинского обслуживания рабочих (фонд «Г»). Профсоюзные организации участвовали в создании лечебных учреждений для обслуживания тружеников промышленности.

Государственным актом ВЦИК и СНК от 19 декабря 1925 г. была провозглашена бесплатность в оказании медицинской помощи. Но развитие сети медицинских учреждений было еще настолько слабо, а финансирование – мизерным, что принцип бесплатности сразу не смог быть внедрен для всех нуждающихся в медицинской помощи.

Декретом СНК от 26.07.26 г. и циркуляром НКЗ от 3.07.26 г. № 97 предлагалось устранить различия в приеме и обслуживании крестьян и застрахованных в участковых учреждениях, а равно и в лечебных учреждениях уездных и окружных городов в отношении крестьян, направленных в городские лечебные учреждения. В целях осуществления смычки между

городом и деревней установить во всех городских амбулаториях специальные часы приема для крестьян, в больницах же забронировать специальные койки. «В сельской местности разницы в оказании медицинской помощи между крестьянами и застрахованными не должно быть. Существование платной медикаментозной помощи в сельской местности должно быть категорически ликвидировано» [104].

Промышленность Акмолинской губернии в 20 – 30-х годах в основном была представлена кожевенными, мыловаренными, салотопильными мелкими заводами да мельницами. Но в эти годы возрождаются к жизни, а затем получают дальнейшее развитие такие промышленные предприятия, как Спасская группа в Акмолинском уезде, находившаяся на консервации с 1919 г. В состав группы входили: Успенский медный рудник, Карагандинские угольные копи, Сары-Суйская обогатительная фабрика и Спасский медноплавильный завод.

В июне 1925 организуется особый трест – Атбасцветмет (Атбасарский трест цветных металлов), в задачу которого входила достройка и пуск Карсакпайского комбината.

В 1923 г. в Акмолинской губернии застрахованных было всего 10 916 чел. и 27 139 членов их семей. Для обслуживания застрахованных рабочих и служащих в Kokчетавском уезде имелись фельдшерские пункты на Айдабульском винокуренном заводе и на золотых приисках «Степняк». В Атбасарском уезде два фельдшерских пункта: на Карсакпайском заводе и Кожевенном заводе райотделения. В Акмолинском уезде на Спасском заводе работал фельдшерский пункт [90].

Застрахованные работники пользовались всеми видами медицинской помощи, включая курортное лечение, удовлетворение протезами и др. Для застрахованных в общих амбулаториях были выделены специальные часы приема. При стационарном лечении каждый застрахованный получал к общей сумме питания дополнительно 5 руб. в месяц⁵⁸. Из числа лиц, направляемых на санаторно-курортное лечение, главный контингент составляли застрахованные и члены их семей; лишь незначительное число мест за счет средств НКЗ представлялось крестьянству. Всего было направлено на курортное лечение в 1923 г. 11 чел., в 1924 – 17, в 1925 г. – 132, в 1926 г. – 354, в 1927 г. – 455 чел.

К 1924 г. был накоплен некоторый опыт по созданию новых организационных форм и внедрению начал профилактики и диспансеризации в дело охраны здоровья рабочих. Постоянно проводились наблюдения за здоровьем рабочих, противоэпидемические и профилактические мероприятия, освидетельствование при приеме на работу.

В марте 1924 г. в Акмолинском губздраве был создан подотдел рабочей медицины, которым заведовал лекпом А.М. Павлин, член РКП(б) с 1920 г.⁵⁹ Такие же подотделы были созда-

ны и в других уездах. Работа рабочих подотделов проводилась во взаимодействии с лечебными подотделами губздравов. Всего в 1924 г. застрахованные обслужились в 7 больницах (Петропавловск - 2, Кокчетав - 1, Атбасар - 1, Акмолинск - 2, Черлак - 1), в 9 амбулаториях частично (Петропавловск - 3, Кокчетав, Атбасар и Черлак - по одной, Акмолинск - 3) и в трех полностью (в Петропавловске - 2, в Кокчетаве - 1); частично на 12 врачебных пунктах (Петропавловский уезд - 4, Кокчетавский - 3, Атбасарский - 1, Акмолинский - 4), частично на 73 фельдшерских пунктах (Петропавловский уезд - 30, Кокчетавский - 18, Атбасарский - 10, Акмолинский - 10, Черлакский - 5) и только в Кокчетавском уезде на одном врачебном пункте полностью.

Лечебными учреждениями, обслуживающими исключительно застрахованных, являлись: в г. Петропавловске фельдшерская амбулатория кожзавода им. «Октябрьской революции». Амбулатория была открыта на заводе в 1921 г. Обслуживала застрахованных 153 чел. и 413 членов их семей. Заведовал амбулаторией ротный лекпом Цаплин, окончивший шестимесячные курсы в 1917 г. В г. Кокчетаве имелась амбулатория, которой заведовал школьный лекпом Зырянов, имевший стаж 10 лет; застрахованных и членов их семей в городе было 4200 чел. В Кокчетавском уезде Айдабульский фельдшерский пункт имелся на винокуренном заводе, заведовал им ротный лекпом Яков Михайлович Тихин (стаж его работы 6 лет). Пункт входил в Балкашинский врачебный участок.

В 1924 г. был открыт фельдшерский пункт на Карсакпайском заводе Атбасарского уезда. Заведовал пунктом ротный фельдшер Бражников (стаж его работы 6 лет). Застрахованных было 190 чел. На Кожзаводе в г. Смирновском фельдшерский пункт, открытый в 1924 г., обслуживал 80 застрахованных.

С 1922 г. функционирует Алексеевский врачебный пункт в Акмолинском уезде, заведует пунктом школьный лекпом Акимов (стаж работы 15 лет). С 1920 г. функционирует Спасский врачебный пункт на Спасском заводе, заведует пунктом ротный лекпом Плотник (стаж 10 лет). Застрахованных на двух пунктах числилось 799 чел. и членов их семей 1997 чел.⁶⁰

Если социальным страхованием были охвачены работники почти всех предприятий и учреждений, имеющих наемную рабочую силу, то сельскохозяйственное и скотоводческое батрачество его не имело [92].

В те годы количество жителей, застрахованных в сельской местности, было ничтожным. Например, в Кокчетавском уезде из имевших место в городе 20 002 посещений на застрахованных приходится 49%, а в сельской местности из 45 847 посещений застрахованными были лишь 5%. Выдано в городе 223 больничных листа, на селе не выдавали. Застрахованные работники имели специальную Боровскую больницу и фельд-

шерские пункты на прииске «Степняк», Айдабульском винном заводе и Каменской мельнице⁶¹.

Согласно отчету Акмолинского горздрава (зав. К.И. Фахрутдинов), с 1.Х.26 по 1.Х.27 г. бесплатно, кроме застрахованных, обслуживались члены союза «Кощчи», красноармейцы и их семьи. В те годы в г. Акмолинске работало 3 кожзавода, 1 кишечный, 1 мыловаренный, 2 бойни⁶². Получали застрахованное лечение в кумысолечебнице (с 1.Х.24 по 1.VII.25 г. – 60 человек), но дотации были очень малы, всего за этот период на все виды медицинской помощи застрахованным выделено 7574 руб. 95 коп.⁶³

В Акмолинском уезде за год отправлено на курорт пять человек, отпущено 15 шт. очков и 4 шт. бандажей, в клинику на лечение направлен один человек⁶⁴.

Стоимость лечения для незастрахованных составляла 2 руб. в сутки, беженцы, переселенцы и инфекционные больные, лечились бесплатно. За амбулаторный прием оплачивалось 50 коп. Почти вся амбулаторная сеть в уезде содержалась «частным образом». Фельдшера содержали свои амбулатории, приобретали и расходовали медикаменты⁶⁵.

С первых же дней установления Советской власти вопросам охраны здоровья женщин и детей уделяется большое внимание. До Великого Октября учреждения, обслуживающие детей младшего и старшего возраста, были разделены на две системы: охрана материнства и младенчества (ОММ) и охрана здоровья детей и подростков (ОЗДиП). Такой характер деления сохранялся и в первые годы Советской власти.

С 1 января 1918 г. при Наркомате государственного призрения (нарком А.М. Коллонтай) начал функционировать отдел ОММ (зав. отделом Н.Д. Королев). Деятельность отдела ОММ была чрезвычайно разнообразна: создание первых учреждений охраны материнства и младенчества, борьба с беспризорностью, санитарно-оздоровительные мероприятия в школах и на предприятиях, борьба за здоровый быт, показательные суды над матерями, подкидывающими детей, организация социально-правовых кабинетов.

В 1920 г. вопросы ОММ были переданы в ведение Народного комиссариата здравоохранения. Начинается активная работа по борьбе с беспризорностью: открываются Дома ребенка, Дома матери и ребенка. По указанию В.И. Ленина осуществляется их первоочередное обеспечение продуктами.

27 января 1921 г. Президиум ВЦИК постановил организовать «Комиссию по улучшению жизни детей и по борьбе с детской беспризорностью». Организованы десятки спецприемников для беспризорных, проводилась санитарная обработка детей, а затем дети определялись в детские дома и специальные школы-коммуны. Была создана детская социальная инспекция и специальная комиссия по делам несовершеннолетних. Пер-

вым председателем Деткомиссии ВЦИК был назначен непоколебимый большевик, председатель ВЧК Ф.Э. Дзержинский, сам предложивший свою кандидатуру. Об этом писал А.В. Луначарский. Он вспоминал, что когда встал вопрос об организации Деткомиссии ВЦИК, Феликс Эдмундович пришел к нему и, как всегда, решительно и убежденно сказал: «Я хотел бы сам стать во главе этой комиссии, хочу реально включить в работу аппарат ВЧК... С ним считаются. Его побаиваются. А между тем, даже в таком деле, как спасение и снабжение детей, встречаются халатность и даже хищничество! Мы все больше переходим к мирному строительству. Отчего бы не использовать наш боевой аппарат для борьбы с такой ужасающей бедой, как беспризорность» [64].

Ф.Э. Дзержинский активно участвовал во всех мероприятиях по борьбе с беспризорностью: выступал во многих газетах и листовках, принимал участие в проведении «недели беспризорного и больного ребенка» и др. После его смерти до ликвидации комиссии в 1937 г. ее возглавлял первый народный комиссар здравоохранения Николай Александрович Семашко.

Сколько тяжелым было положение казахских детей, остававшихся сиротами, можно судить по заметке в акмолинской губернской газете: «...они скитаются из аула в аул, вечно голодают». У них высокая завывшенность, пораженность чесоткой. Первый киргизский (казахский) детский дом «Орнек» был открыт в 1921 г. в Петропавловске, но в связи с продовольственным кризисом закрыт в 1922 г. Среди беспризорных детей была отмечена высокая заболеваемость сифилисом, трахомой и другими заразными заболеваниями⁶⁶.

О том, какое внимание в те годы уделялось охране детей, свидетельствуют многочисленные декреты и постановления. Основные из них: декреты «Об усилении детского питания» и «О фонде детского питания» (1918), постановление Совнаркома «В дополнение и развитие декрета о добавлении детского питания» (1918), декреты «О бесплатном детском питании» (1919), «Об организации общественного детского питания» (1919), «О мерах по осуществлению коммунального питания детей» (1921), «Об организации питания в сельской школе» (1921), постановление Совнаркома «Об учреждении Совета защиты детей» (1919) и др.

В 1921 – 1925 гг. проводятся мероприятия по предупреждению вытеснения женщин из промышленности, по повышению квалификации женского труда, предупреждению безработицы среди женщин и борьба с проституцией; предлагалось «систематически обращать внимание местных партийных органов на необходимость массового использования всех возможностей и имеющихся местных средств на долю помощи пролетарским детям и матерям»⁶⁷.

Об укреплении положения женщин-работниц говорилось и на XIII съезде партии (май, 1924 г.). Выдвинута задача усиления работы среди женщин Востока; большинство их еще оставалось вне общественной жизни и нередко находилось под влиянием сохранившихся пережитков феодализма⁶⁸.

В 1921 г. все административно-хозяйственные расходы ОММ были переданы на «местные средства», что привело к уменьшению коек и персонала. Необходимо было изыскивать дополнительное финансирование. Для этого проводятся «недели охраны матери и младенчества», субботники по мобилизации средств и сил для сохранения учреждений ОММ. Лишь с укреплением местного бюджета учреждения ОММ стали вновь развиваться, достигнув уровня 1920 г. только в 1930 г. [46].

В Казахстане вопросы организации охраны материнства и младенчества были поставлены с 1921 г. Большой вклад в становление и развитие ОММ внесла Надежда Васильевна Маннникова, работавшая заведующей ОММ с 1925 по 1929 г. В Наркомздраве республики в санитарно-профилактическом отделе был создан специальный подотдел охраны детства, заведующим подотделом был врач Михаил Иванович Никифоров; врач Антонина Петровна Сошникова заведовала подотделом охраны материнства и младенчества.

При губернских, уездных и волостных исполкомах выделяются комиссии по охране материнства и младенчества, в обязанности которых вменяется организация акушерской помощи, открытие консультаций, яслей, проведение культурно-просветительной работы, «оказание материальной и юридической помощи матерям-одиночкам, батрачкам и бедным крестьянам». Эта работа в значительной степени направлялась НКЗ РСФСР, его отделом охраны материнства и младенчества, возглавляемым В.П. Лебедевой и заведующей отделом по работе среди женщин А.М. Коллонтай. Организовывались комиссии содействия из представителей организаций ОММ, местного отдела по работе среди женщин, объединенных профессиональных союзов, инспекции труда, сестер-инструкторов.

Открытие учреждений по охране материнства и младенчества в Акмолинской губернии происходило медленнее, чем в центральных районах Казахстана. В 1923 г. на всю губернию работали три родильных приюта (в Петропавловске, Кокчетаве, Акмолинске), один приют для детей от 9 месяцев до 3 лет и 13 приютов для детей старше 3 лет (общее количество коек в приютах – 795), проведено детьми в приютах с 1 апреля по 1 октября 1923 г. – 18 783 дня.

В г. Петропавловске имелась одна детская больница для детей с острыми заболеваниями, а для детей с хроническими заболеваниями – 10 коек в городской больнице. Имелись изоляторы для больных детей при Домах ребенка в Петропавловске (1), Акмолинске (2), Кокчетаве (1), Черлаке (1). Планировалось

в 1924 г. открытие летних яслей в волостях на средства крестьянских комитетов взаимопомощи⁶⁹.

В 1925 г. в Акмолинской губернии были развернуты: Дом матери и ребенка в Петропавловске на 50 кроватей, Атбасарский дом ребенка на 20 кроватей, Акмолинский – на 15 кроватей. Открыты ясли в с. Щучьем Кокчетавского уезда на 15 детей, в Черлаке – на 15, Петропавловске – на 15 и в с. Булаево – на 20 детей [91].

Проводились работы по объединению учреждений охраны материнства и детства под единым началом в системе здравоохранения (согласно решению СНК РСФСР о передаче дела охраны здоровья матери и ребенка из Народного комиссариата социального обеспечения в систему Народного комиссариата здравоохранения). Так, в Кокчетавском уезде выделяются койки для рожениц в уездной, Алексеевской, Макинской, Балкашинской и Федоровской больницах. Количество их было низким: на 416 тыс. населения уезда – 10 коек. Но это был лучший показатель по губернии⁷⁰.

В 1926 г. в Петропавловске была открыта для детей до 2 лет консультация с молочной кухней, возглавляемая врачом, укомплектованная патронажной сестрой (акушерка) и консультационной сестрой. Организован Дом ребенка на 15 детей и 10 матерей, открыты ясли. Проводится большая санитарно-просветительная работа среди женщин. Организуются трехдневники, лекции, инсценировки, беседы. Организована юридическая консультация при губсуде для женщин. Через Дом матери и ребенка прошло 33 подкидыши, в основном грудного возраста (смертность среди них до 40%). Отдано на воспитание 17 детей в возрасте от 8 месяцев до 2 лет.

Как в губернском городе, так и в уездных городах специальных роддомов не имелось, были родильные комнаты в общих больницах. За год выдано разрешений на аборт в Петропавловске 273, в Акмолинске – 105, в Кокчетаве – 33 [92].

Специальных профилактических и лечебных учреждений для детей старше 3 лет было еще меньше, чем учреждений ОММ. Только в конце 20-х – начале 30-х годов открываются специальные профилактические поликлиники для охраны здоровья детей школьного возраста и подростков. К этой работе также широко привлекалась общественность, санитарные советы по охране здоровья детей и подростков. На санитарные советы возлагалась забота о регулярных врачебных осмотрах «организованных групп юношеского и детского населения, обеспечении амбулаторной и лечебной помощью». Для укрепления здоровья детей и «распространения среди молодежи укрепляющих здоровье физических упражнений» рекомендовалось строить лечебные детские площадки, в школах давать горячие завтраки, проводить «недели чистоты» и другие мероприятия⁷¹.

В 1923 г. в губернии организовано 6 детских оздоровительных площадок, в том числе две в Петропавловске. За период с 1 апреля по 1 октября было охвачено 308 детей, общее число дней, проведенных детьми на площадках, — 9506.

В работе учреждений ОММ принимали участие комитеты крестьянской общественной взаимопомощи. Так, за 1923 г. ими в губернии было отчислено от имеющихся фондов 10% на ОММ. Губдепткомиссия для нужд учреждений раннего возраста в 1923 г. получила «разных предметов детского обмундирования 311 штук, за 1924 год было получено от Губдепткомиссии 100 штук детских платьев малого размера».

Отводимые под учреждения ОММ помещения зачастую не отвечали элементарным санитарным требованиям. Так, городские ясли в г. Петропавловске по Большесадовой улице, дом № 45, предназначенные для 15 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, размещались в сыром, без водопровода, каменном помещении, требующем ремонта. Приемной комнатой служил коридор. Оборудование яслей состояло из 15 деревянных кроваток, 6 столиков, 1 умывальника, 2 пеленальных столов и 2 детских стульев. На всех детей был один термометр и всего 1—2 смены нательного и постельного белья. В ясли принимали детей работающих в совучреждениях застрахованных женщин и безработных женщин⁷².

К учреждениям «закрытого» типа относились детдома. Их материально-техническая база была не лучше, чем у яслей. Так, детдом в г. Петропавловске на 50 детей занимал с 1920 г. сырое двухэтажное помещение из 6 комнат, где ни разу не проводился ремонт, «требуется исправка печей». Оборудование старое, скучное, требующее ремонта. При детдоме содержатся две кормилицы. Ребенок 1 года и кормилица получают хлеба 1 фунт, мяса 24 золотника, соли 3 золотника, манны или рису 12 золотников, масла 6 золотников, сахару 3 золотника, молока $\frac{1}{2}$ бутылки. Коров в детдоме нет, молоко покупается у частных лиц. Отмечается высокая заболеваемость детей: из 36 детей у 24 были желудочно-кишечные заболевания, у 2 — корь, у 7 — воспаление легких, у 3 — туберкулез, у 15 — малярия, по одному случаю коклюша и цинги (сведения за 5 месяцев 1924 г.). Осмотр детей врачом проводится два раза в неделю. Дети находятся под наблюдением медицинской сестры и двух сестер-воспитательниц и нянь⁷³.

На III Всероссийском совещании по делам ОММ и I Всеобщем съезде участковых врачей (1925) особое внимание было уделено ОММ в деревне. Предлагалось открытие летних яслей, введение профилактических дней во всех сельских учреждениях для обслуживания беременных женщин и матерей с детьми. В штаты лечебных учреждений были введены патронажные сестры ОММ. Обобщен опыт первых консультаций, находящихся в отдельных помещениях, имеющих врача, сест-

ру, выставки, весы для взвешивания и т. п. Отмечается необходимость перевода сезонных яслей в постоянные, введение диспансеризации.

Особенно большое внимание уделялось вопросам борьбы с подкидыванием детей: организуются трудовые общежития для матерей-одиночек с грудными детьми, при которых открываются мастерские. Развивается патронат (отдача детей в семьи). Отмечено, что еще 90% родильниц в сельской местности не получают медицинской помощи. Для улучшения этой работы в национальных республиках при Центральном институте ОММ проходили подготовку специальные группы сестер и акушерок различных национальностей, которые затем в качестве пионеров по ОММ направлялись в республики.

В 1925 г. состоялся Акмолинский губернский съезд работников женотделов, в резолюции которого отмечено, что работа по охране материнства и младенчества «выполняется лицами, имеющими косвенное, но не прямое отношение к охране материнства и младенчества», а поэтому участники съезда ходатайствуют перед уисполнкомом о выделении одной штатной единицы в уздраве по охране материнства и младенчества. Говорится о необходимости активного участия «участковой медицины» в борьбе с детской смертностью и невежеством.

Отмечено, что «Акмолинская губерния является самой отсталой в деле охраны материнства и младенчества», предлагаются на 1925 г. разработать смету на открытие детских яслей как в городах, так и в деревнях не менее чем на 15 кроватей: в городе за счет уисполнкомов, в деревне – за счет сел и волисполнкомов».

Во избежание подкидывания детей в связи с «большой безработицей и тяжелыми материальными условиями, в которых находится мать с ребенком, съезд считает необходимым открыть во всех уездных городах дома матери и ребенка. Имеющиеся дома ребенка в Атбасаре и Акмолинске слить с Домом матери и ребенка, что даст возможность обеспечить сирот грудным молоком и одновременно уменьшить процент детской смертности и подкидышей».

Отмечено практически полное отсутствие акушерского персонала на местах. Перед уисполнками выдвигаются требования о создании родильных коек и врачебных фельдшерских пунктов за счет местного бюджета.

«Ввиду полного отсутствия опытных сестер-воспитательниц в жизни наших детских учреждений Акмолинской губернии... работники женотдела находят необходимым организовать кратковременные курсы сестер-воспитательниц при Губгороде из контингента обслуживающего лечучреждения и учреждения «Охраны материнства и младенчества».

С 1926 г. в Акмолинской губернии в штатах уездных здравотделов предусматривается должность инструктора по ОММ⁷⁴.

О том, с какими трудностями проходила работа ОММ на мес-тах, можно представить наглядно из отчетного доклада по Ак-молинскому уезду. С 1 октября 1925 г. при Акмолинском уз-раве имелся Дом ребенка на 10 – 15 коек. Он был ликвидиро-ван в феврале 1927 г., на его базе открыты детские ясли, но средств для их содержания было недостаточно. Чтобы избе-жать закрытия ясель и изыскать средства, были проведены две лотереи, давшие 39 руб. 88 коп., и «неделя по ОММ»; ста-вили агитпьесы, провели кружечный сбор с продажей цветков и значков (получили 45 руб. 44 коп.), распространяли подпись-ные листы (собрали 15 руб. 43 коп.), а всего за неделю на нужды ОММ было собрано 123 руб. 94 коп.

По уезду при каждом волисполкоме имелись комиссии со-действия; проводятся доклады и лекции по ОММ, ставятся агитпьесы, проводятся сборы в фонд ОММ (в с. Алексеевке Троцкой волости собрано 100 руб., в с. Киевском Объединенной волости – 50 руб., в с. Ново-Черкасском Воров-ской волости – 28 руб.) и т. д. Эти средства оставлены на мес-тах для открытия яслей. Выделены средства губздравом, горсо-ветом и др. В г. Акмолинске ясли на 15 мест начали функци-онировать с 1 июля, в уезде – с 15 июня (с. Алексеевка – 25 де-тей, с. Киевское – 27, с. Самаркандинское – 15 детей). Сотрудники подотдела ОММ проводили борьбу со знахарством. Отмечено, что в связи с небольшим количеством медработников из мест-ного населения работа среди казахского населения ведется слабо, мало литературы на казахском языке. Проводятся юриди-ческие консультации, созданы юридические группы – их закон-чили 8 женщины. Врачебно-социальные комиссии по абортам проводят разъяснительную работу о вреде абортов⁷⁵.

К 1927 г. в Акмолинской губернии в яслях было 105 коек; открыто 13 консультаций, но без молочных кухонь; передвиж-ных консультаций нет. Учреждения в волостях содержатся на волостном бюджете. Часть из них возникла стихийно. Для «воспитания здорового поколения необходимы средства, како-вых далеко недостаточно и требуется денежная помощь со стороны государства»⁷⁶.

С октября 1926 по 1 августа 1927 г. открываются за счет местных средств ясли в с. Алексеевке Троцкой волости на 22 чел., в с. Киевском Объединенной волости на 25 чел., в с. Большое Михайловское – на 20 чел., в г. Акмолинске – на 25 чел. Дети принимаются от 6 месяцев до 4 лет, находятся под наблюдением фельдшеров, но специально подготовленных работников нет⁷⁷.

К 1928 г. имеются уже детские ясли для казахских детей, практикуется открытие и смешанных яслей. Например, в Ак-молинском округе в 1928 г. было 16 яслей, из них 2 казахских; к 1929 г. было намечено открыть 24 детских яслей, в том чис-ле 8 казахских. В г. Акмолинске были смешанные ясли⁷⁸.

В 1928 г. в Акмолинске открыта консультация для женщин и грудных детей. В ней работал врач по совместительству, прием проводился 3 раза в неделю в вечерние часы⁷⁹.

Материально-техническая база учреждений ОММ была чрезвычайно слабой. Так, зав. санитарным подотделом Акмолинского узздрава отмечал, что в родильном отделении нет отдельных кроватей для детей, дети спят с материами, «родильницы могут от неосторожности подавить новорожденных». Нет постелей, умывальников, плевательниц и других необходимых предметов⁸⁰.

Не лучше было положение и в детских домах. Санитарный врач Любовь Григорьевна Грингот обследовав в г. Акмолинске четыре детских дома, где находились 348 воспитанников, а также школы, писала в справке от 4 января 1926 г., что отсутствуют кровати, белье грязное, недостает постельного белья, одеял, матрацев, подушек, простынь. Дети спят на полу, под кошмой, драным ковром. Обедают в 2 – 3 смены по 3 – 4 чел. из одной миски. Посуды мало, чайной посуды нет. Умывальников недостаточно, дворы загрязнены мусором, помоями. Обувью и детской одеждой дети обеспечены на 50%.

На заседании Акмолинского уездного союза медицинских сотрудников (1928) было отмечено, что положение детских домов плачевное, гигиена отсутствует. В детских домах 70 – 72% больных детей. Трахома – бич детей. Больные дети не изолируются (нет изоляторов). В одной комнате находится 20 детей и «в ночное время воздух невозможный». Детские дома обслуживает один фельдшер. Но «таковой слишком холодно относится к своим обязанностям и поэтому узздрав вынужден был его с этой должности снять и послать в городскую амбулаторию. В настоящее время детские дома обслуживаются один фельдшер и фельдшер-акушерка по совместительству»⁸¹.

Всеми средствами распоряжается городской Совет, который страшно экономит. Частенько приходится с горсоветом конфликтовать из-за средств.

Лечебная помощь воспитанникам детдомов оказывалась фельдшером амбулаторно, а при надобности детей отправляли в одно из лечучреждений. При подозрительных заболеваниях детей вызывался врач, при острых заболеваниях дети отправлялись в «заразную» больницу, дети с хроническими заболеваниями проходили лечение в общих больницах. «Но ввиду того, что больница рассчитана лишь на 20 коек, а больных с острыми заболеваниями ежедневно почти доходит до 20 – 25, детям с хроническими заболеваниями приходится отказывать в стационарном лечении и таковые находятся при домах, что крайне неудобно. Для устранения вышеизложенного необходимо вывести больных детей из детдомов, тем самым детдома освободятся от хронических больных и примут здоровый вид»⁸².

Не лучше обстояли дела в школах и школьных детских домах. При обследовании в 1925 и 1926 гг. в Акмолинске и уездах в 11 школах 2136 учеников и 348 воспитанников детских домов было выявлено в школах 20 – 23% больных детей. Две школы (русская семилетняя и казахская) находились в совершенно не приспособленных зданиях: тесно, сырьо, нет вентиляции. Баков с кипяченой водой нет. Уборные во всех школах холодные⁸³.

В детских домах после зимы 1926 г. за «неимением детской одежды у детей обнаружено заболевание трахомой, мальрией, паршой и чесоткой». Дети на 50% больны кожными заболеваниями, большинство малокровием. «Это объясняется тем, что недостаточно питательной добротачественной молочной пищи, какова необходима для детей». Второй причиной являются сырье, скученные, недостаточно светлые помещения. Дети не имеют возможности менять белье даже раз в неделю. Имеется только одна баня горкомхоза»⁸⁴.

Для оздоровления детей и подростков намечено в весенне-летний период организовать детские площадки для физически слабых детей, выход отрядов юных пионеров в лагеря, проведение массовых медосмотров, врачебного контроля за физическим развитием, обеспечение медицинской помощью и медикаментами, проведение санпросветработы.

На VI Акмолинском уездном съезде Советов (27.01.27 г.) отмечалось, что необходимо усилить работу по ОММ «не только агитационно, но и практически, посредством посылки акушерок в деревню и аул. На каждом медпункте ввести акушерские единицы и укомплектовать их в ближайшее время»⁸⁵.

Остаются чрезвычайно актуальными вопросы борьбы с беспризорностью матерей и детей. Создаются Советы социальной помощи, выдаются пособия, матерей обучают и устраивают работать в мастерские, открываются курсы кройки и шитья и др. Одновременно проводятся мероприятия по борьбе с проституцией. Губернский отдел здравоохранения и губернский совет по борьбе с проституцией утвердил в 1924 г. план, в котором содержались вопросы санитарно-агитационной пропаганды, борьбы с женской безработицей; запрещалось обслуживание официантами в ночное время отдельных кабинетов, совместное посещение бани мужчинами и женщинами; намечалось организовать бесплатные венерологические кабинеты и диспансеры, для обследования безработных женщин, беспризорных девушки, беременных, женщин с малолетними детьми; выявлять притоны, оказывать административное и судебное воздействие на их содержателей⁸⁶.

В результате проводимой работы в Акмолинской губернии уже с 1926 г. отмечено уменьшение беспризорности: количество детских домов сократилось с 30 до 19, детей в них – с 2000 до 1444 чел. Устроен на производство 201 подросток, вовлечено

в школы-коммуны 333 ребенка казаха. Но в губернии в это время оставалось еще около 3500 беспризорных [92].

За годы существования Акмолинской губернии благодаря проведенным мероприятиям к 1928 г. было 6 губернских учреждений. Открыта Первая Советская больница с терапевтическим, инфекционным, хирургическим отделением «не для гнойных операций» и хирургическим отделением «для гнойных операций», глазное, родильно-гинекологическое, венерическое отделения, патолого-анатомический покой и лаборатория (зав. больницей Г.А. Кацеленнебоген)⁸⁷.

В расположенной в с. Алексеевке Кокчетавского уезда губернской глазной лечебнице на 30 коек проводился амбулаторный прием и стационарное лечение, в том числе глазные операции (зав. Н.В. Алфимов).

Губернский туберкулезный диспансер не имел стационара. При диспансере функционировала и губернская малярийная станция, не имевшая постоянных коек (зав. А.И. Мухин).

В венерологическом диспансере осуществлялась амбулаторная и стационарная помощь (зав. И.В. Приказчиков).

При губернской детской больнице имелась «психонервная школа»⁸⁸ (зав. Ф.М. Ганаго).

В Петропавловском уезде было 10 врачебных участков: Пресновский, Булаевский, Байтеткорский, Новоявленский, Степановский, Черлакский, Богодуховский, Красноярский, Мариинский и Степановский, в трех участках не было врачей: развернуто фельдшерских пунктов – 21, из них – два казахских: Кзыл-Тууский и Бостандык-Тууский, один русско-татарский в с. Мамлютке, остальные пункты русские: Челобинский, Николаевский, Пресногорьевский, Благовещенский, Екатериновский, Демьяновский, Новорыбинский, Полуденский, Стретенский, Вознесенский, Железенский, Кабановский, Громогласный, Новоузенский, Дробышевский, Сантарский, Дмитриевский, Могильский.

В Кокчетавском уезде имелось семь врачебных участков – Балкашинский (зав. фельдшер), Володарский, Макинский, Рузаевский (зав. фельдшер), Алексеевский, Сухотинский, Боровской и 23 фельдшерских пункта, из них три казахских – Колагандинский, Туйлединский, Аиртавский и один русско-татарский – Киентавский. Все фельдшерские пункты укомплектованы фельдшерами. Организованы русские пункты: Акан-Бурлукский, Ольгинский, Константиновский, Арык-Балыкский, Зерендинский, Кутуркульский, Щучинский, Андреевский, Тахтабродский, Айдабульский, Степной, Новокрещенский, Казанский, Лобановский, Новопокровский, Преображенский, Всеволодский, Каменский, Николаевский.

В Акмолинском уезде из шести врачебных участков только в Самаркандском работал врач, а остальными (Алексеевским, Карагандинским, Ново-Георгиевским, Киевским, Николаевским)

заведовали фельдшера. Имелось пять казахских фельдшерских пунктов – Еркеншиликский, Акмолинский, Нуринский, Азатский, Ишимский и восемь русских – Семеновский, Рождественский, Приозерный, Горненский, Вишневский, Аксановский, Захаровский, Спасский (участки укомплектованы фельдшерами).

В Атбасарском уезде было три врачебных участка, из них два казахских – Тастыкульский и Каракаинский (без врачей) и 13 фельдшерских – два казахских (Атбасарский и Кииминский) и 11 русских: Марийский, Самарский, Ново-Ишимский, Екатеринский, Знаменский, Смирновский, Николаевский, Новошеловский, Байконурский, Старо-Колутонский, Державинский. Все укомплектованы фельдшерами⁸⁹.

В эти годы были отмечены «за долголетнюю и добросовестную работу по здравоохранению и причислены к Героям Труда» врачи: Владимир Люк (проработал 33 года), Владимир Орешкевич (29 лет, из них 15 на селе), Александр Ивановский (28 лет, 2 года на селе), Павел Кобылин (16 лет, 2 года на селе), Григорий Кацеленнебоген (25 лет), Александр Глебов (15 лет, 7 лет на селе), Федор Благовещенский (17 лет, 12 лет на селе), Владимир Земляницкий (21 год), Василий Петров (16 лет, 6 лет на селе), Алексей Мухин (27 лет, 3 года на селе), Михаил Глаголев (16 лет, 11 лет на селе)⁹⁰.

Акушерки: Александра Успеньевна (35 лет, 18 лет на селе), Ольга Сумина (30 лет, 14 лет на селе), Мария Левина (25 лет, 10 лет на селе).

Медфельдшера: Павел Петров (38 лет, 25 лет на селе), Самал Тлеубергенов (28 лет, 18 лет на селе).

Школьные лекомы: Елема Буржаксин (19 лет на селе), Кирилл Двинянин (22 года, 17 лет на селе).

Ротные лекомы: Владимир Матвеев (28 лет, 14 лет на селе), Георгий Дупляков (19 лет), Михаил Шальнов (20 лет, 10 лет на селе), Иван Задворин (17 лет). Санитар анатомического отделения Первой Советской больницы Кривоногов (11 лет)⁹¹.

Начиная с 20-х годов из Москвы, Ленинграда и других научных центров в Казахстан направлялись лечебно-обследовательские отряды. Только за период с 1924 по 1934 г. на территории Казахстана работали 40 врачебно-обследовательских отрядов и экспедиций (в 54 районах) [117]. В задачи отрядов входило выявление неблагоприятных условий быта, изучение заболеваемости, краевой патологии и распространенности социальных болезней, особенно среди кочевников, оказание медицинской помощи, выявление возможности организации на месте постоянной медицинской помощи, санитарно-просветительная работа, популяризация принципов советской медицины.

Врачебно-обследовательские отряды были узкоспециализированными, проводилось обследование и лечение лиц с одной патологией (трахоматозные, венерологические, туберкулезные, малярийные и др.) и смешанными: обследование, выявление

и по возможности лечение наиболее важных социальных болезней.

В 1924 г. НКЗ РСФСР направил отряд окулистов в наиболее отдаленные, лишенные глазной помощи и пораженные трахомой районы Казахстана. Отряд развернул работу в Атбасаре, Kokчетаве, Кустанае, Кзыл-Орде. Конкретным результатом работы отряда было открытие в 1925 г. губернской глазной лечебницы на 30 коек в с. Алексеевке Kokчетавского уезда в здании бывшего врачебно-переселенческого пункта.

В 1925 г. в Kokчетавском и Атбасарском уездах в селах Володарское, Джеланды, Кургальджинском, Нецевтаевка было принято амбулаторно 5609 чел., из них сифилис был выявлен в 10,84%, трахома – в 3,15%; проведено обследование 5985 чел., при котором больные сифилисом составили 7,88%, малярией – 6,88, трахомой – 1,71, туберкулезом – 1,44%.

Обследование населения (3128 чел.), входившего в Акмолинскую губернию Каркаралинского уезда, показало, что среди обследованных пораженных сифилисом 2,44%, а у обратившихся на амбулаторный прием 3019 чел. сифилис выявлен в 4,7%.

В 1926 г. в Атбасарском, Карсакпайском и Кургальджинском районах работал отряд врача Попова. У принятых амбулаторно сифилис выявлен в 5,78% (из 5206 чел.), у обследованных 8351 чел. – в 1,1%. Интересны материалы этого отряда по изучению репродуктивной функции 2560 опрошенных женщин-казашек: начало половой жизни до 12 лет отмечено в 16 случаях, от 12 до 14 лет – в 129, от 15 до 18 лет – в 1657, в 19 лет и старше – в 501 случае. У рожавших женщин было 9055 беременностей, или в среднем 5,3 на 1 женщину, благополучных родов – 97,1%, выкидышей и мертворожденных – 2,1%. Умерло детей до 1 года 11,1%, живых детей при обследовании было 48%.

В этом же году в Каркаралинском уезде работал отряд Ермаковой. Принято 1228 больных, сифилис выявлен в 13,54%; обследован 31 аул с 354 семьями (1586 лиц), сифилис выявлен в 4,3% [117].

В Акмолинской губернии в 1926 г., по данным врачебно-обследовательского отряда, на долю больных туберкулезом из лиц, обращавшихся за амбулаторной помощью, приходилось 10% [3].

В 1928 г. при губернской глазной лечебнице в с. Алексеевке Kokчетавского уезда был организован отряд из трех врачей (окулист, терапевт, венеролог), двух средних медработников и одного переводчика. Отряд работал три месяца. Обследованы строящийся Казгородок Тасуткульской волости Атбасарского уезда, Кургальджинская и Нуринская волости Акмолинского уезда. Пораженность сифилисом к числу принятых амбулаторно больных 8,3 – 26,3%, по кожным болезням – 12,2 – 18,5, больных гонореей – 1,0 – 2,6, пораженных микозами – 15,0 – 39,0%⁹².

* * *

Становление здравоохранения в первые годы Советской власти проходило в чрезвычайно сложной санитарно-эпидемиологической и экономической обстановке. За годы революции, гражданской войны и голодов в упадок пришла та медицинская сеть, которая была создана в дореволюционный период. В борьбе с эпидемиями сыпного тифа, холеры, натуральной осипы и последствиями голода медицинскими работниками были проявлены образцы высокой гражданственности, мужества и организованности.

Громадную помощь в становлении и развитии здравоохранения в эти годы Казахстану оказывали братские народы нашей страны, Российское общество Красного Креста и международные организации.

Начиная с 1923 – 1924 гг. решаются задачи восстановления сельской участковой сети, кадрового обеспечения, приближения медицинской помощи к казахскому населению, особенно кочевому. Для медико-санитарного обслуживания кочевого и полукочевого населения в те годы наиболее целесообразными были экспедиционные врачебно-обследовательские отряды. Большое внимание уделяется созданию системы медицинского обслуживания застрахованного населения. Получают развитие отдельные виды специализированной медицинской помощи (кожно-венерологическая, противотуберкулезная, глазная и др.). Заложены основы санитарно-противоэпидемической службы. Наметилась специализация кочевого фонда. Создаются учреждения охраны материнства и детства – дома матери и ребенка, грудного ребенка, детские дома, ясли, женские консультации, родильные дома и отделения, школы-интернаты, летние детские площадки, школы-санатории и др.

Однако медицинская помощь, особенно в сельской местности, была крайне недостаточной. Оставалась очень неблагополучной санитарно-эпидемиологическая обстановка.

Медицинское обслуживание населения и задачи здравоохранения в годы коллективизации и индустриализации (1928 – 1941)

Рассматривая этот период, нельзя забывать, что за относительно небольшой промежуток времени на территории Северного Казахстана неоднократно менялись границы административно-территориального управления. С 17 января 1928 г. были упразднены губернии и уезды, введена окружная система. Из Акмолинской губернии образуются 2 округа: Петропавловский и Акмолинский; 20 февраля 1932 г. на территории Казахстана

создается 6 областей. В созданную Карагандинскую обл. войдут (в современных границах) помимо Карагандинской Северо-Казахстанская, Кокчетавская, Акмолинская, Тургайская, Джезказганская обл.; 29 июля 1936 г. из Карагандинской обл. была выделена Северо-Казахстанская обл., 14 октября 1939 г. – Акмолинская обл.; Кокчетавская обл. была сформирована 14 марта 1944 г.

Все эти годы проблемы и задачи здравоохранения были общими, а приводимые ниже статистические данные будут в основном касаться территорий в современных границах областей.

Соответственно административному управлению в 1928 г. были созданы окружные отделы здравоохранения. Петропавловским окружным отделом здравоохранения заведовал А.Ф. Савельев. Первым заведующим Акмолинским окружным отделом здравоохранения был А.М. Павлин⁹³.

В Петропавловском округе лечебная сеть была развита лучше и представлена двумя больницами в Петропавловске на 250 коек, окружным кожвендинспансером в г. Кокчетаве на 35 коек и амбулаторией с пропускной способностью 200 чел. в день. Имелись окружная глазная лечебница на 60 коек, психолечебница на 100 коек, тубдиспансер (с амбулаторией и ночным санаторием на 20 коек), Пастеровская станция, родильное межрайонное отделение на 20 коек в г. Кокчетаве, рентгеновский кабинет в г. Петропавловске, баклаборатория, малярийная станция, горбольница в Кокчетаве на 70 коек. Были районные больницы по 40 коек в Макинском и Явленском районах и по 25 коек в Пресновском, Балкашинском, Володарском, Рузаевском районах⁹⁴.

В Акмолинском округе было 11 больниц, из них 5 в городской местности; всего коек – 290, из них в городе – 190, специализированных коек было мало: терапевтических – 15, хирургических – 25, инфекционных – 15, кожно-венерических – 20, родильных – 10, глазных – 15. Из 15 районов только 6 имели больницы (Пролетарская – 25 коек, Нецеваевская – 5 коек, Атбасарская – 60 коек, Алексеевская – 20 коек, Николаевская – 10 коек, Самаркандинская – 10 коек; функционировали 8 врачебных амбулаторий (4 – в городе), 2 зубных кабинета (в Акмолинске и Атбасаре) и 26 фельдшерских пунктов⁹⁵.

Врачебные кадры в основном были сосредоточены в городах, остро недоставало врачей, даже районными больницами нередко заведовали фельдшера. Медицинские учреждения в большинстве помещались в малоприспособленных домах, построенных для жилья. О том, что представляла собой, например, венамбулатория в г. Акмолинске, можно узнать из письма завокзального врача в городской Совет в 1928 г. «Венамбулатория занимает старенький ветхий дом, где всего имеются три небольшие комнаты, сюда включена и ожидальня, одна комната

для мужчин и женщин. Лечебные манипуляции проводятся в одной комнате больным сифилисом и гонореей»⁹⁶.

Остается практически полная необеспеченность некоторых казахских районов медицинской помощью. Лечебная сеть в городе недостаточна, недостает инвентаря, инструментария, отсутствует транспорт на участках. Сравнительно беден бюджет, особенно на новое больничное строительство, низкая квалификация работающего на участках среднего медперсонала, среди персонала единицы из казахов. В 1929 г. в Акмолинском округе 7 из 8 амбулаторий содержались за счет общественных организаций и на самообложении, в Акмолинске венамбулатория содержалась за счет РОККА⁹⁷.

В соответствии с решением XIV (1925) и XV(1927) съездов партии начата работа по индустриализации страны и колективизации сельского хозяйства. Жизнь требовала не только увеличения сети лечебно-профилактических учреждений и более активной подготовки кадров, но и новых методов работы. Органы здравоохранения должны были обеспечить преимущественное обслуживание промышленных рабочих и тружеников социалистического сектора сельского хозяйства, повысить санитарную культуру населения.

С целью ликвидации двойственности управления медицинской помощью (застрахованные и колхозное крестьянство), особые отделы и подотделы рабочей медицины сливались с общей системой лечебного обслуживания трудящихся.

С 1930 г. широко стали открываться здравпункты с учетом местных условий, со штатом: врач, фельдшер или сестра с хирургической подготовкой и санитарка. Зарождается цеховой принцип медицинского обслуживания, получивший широкое распространение после Великой Отечественной войны. Пункты здравоохранения затем перерастают в более крупные учреждения, позднее названные медико-санитарными частями.

В деле охраны здоровья тружеников промышленных предприятий малой мощности большая роль еще принадлежала городским больницам с поликлиниками. С развитием промышленности и созданием новых промпредприятий в новых местностях, переходом коренного населения от полукочевого к оседлому образу жизни требовалось расширение лечебно-профилактической сети. Для сокращения радиуса обслуживания населения до 20 – 25 км в сельской местности строятся небольшие больницы на 10 – 15 коек.

10 – 14 апреля 1931 г. проходил V Всеказахский съезд союза Медсантруд, на котором было критически отмечено, что темпы развития здравоохранения отстают от роста народного хозяйства. Указывалось на необходимость улучшения лечебной и профилактической помощи в промышленных центрах, обеспечения медицинского обслуживания застрахованных, организации вечерних приемов, расширения сети пунктов первой по-

мощи, устранения очередей в лечебных учреждениях, необходимость организации яслей. Намечен план расширения сельской лечебной сети. Большое значение придавалось подготовке кадров из коренного населения, повышению качества медицинской помощи.

На 1000 жителей в 1931 г. в Казахстане приходилось 3–4 койки, в аульно-сельской местности – 0,37, потребность в сети лечебно-профилактических учреждений была удовлетворена лишь на 10% [122]. В 1934 г. в Казахстане на одного застрахованного рабочего приходилось на лечебную помощь 17 руб., в Узбекистане – 36, Средне-Волжском крае – 29, в Киргизии – 28, в Уральской области – 48 руб.

Лучшая иллюстрация положения медработников в те годы – выступление руководителя казахской партийной организации Л.И. Мирзояна на Всеказахской конференции ВКП(б) 9 января 1934 г.: «Отпускаемые на больничное строительство деньги не используются, ежегодно в бюджете НК здравоохранения остаются миллионы рублей неиспользованных средств... Посылают к нам врачей, фельдшеров, работников больниц, а наши организации, наши товарищи не могут устроить их, не могут прокормить их, не могут дать порядочного человеческого жилья, и эти культурные работники через полгода, и год в лучшем случае, убегают обратно... в некоторых районах и областных центрах врачей не зачисляют в распределители, врачам ничего не выдают, врачи ходят рваными, а подчас и голодными»[56].

22 декабря 1933 г. Казахский краевой комитет ВКП(б) принял специальное решение о мерах по улучшению дела здравоохранения в Казахстане. Отмечено было, что медицинское обслуживание трудящихся и профилактические мероприятия не поставлены на должную высоту, в особенности в ауле: предложено обкомам и облисполкам уделять больше внимания вопросам здравоохранения, перестройке его работы. Чтобы обеспечить медицинскую помощь на дому, поручить Совнаркому выделить в распоряжение НКЗ 20–30 велосипедов, 20–25 грузовых и специальных автомашин. Вернуть здравоохранению отобранные помещения, ликвидировать задолженность по зарплатной плате медицинским работникам, улучшить продовольственное и промтоварное снабжение медицинским работникам, установить гарантированную норму снабжения, обеспечить квартирами, установить телефоны на квартирах лучших врачей. В целях максимального закрепления кадров в отдаленных кочевых и полукочевых районах ввести льготы, предусмотренные законом 12 августа 1930 г. за службу в отдаленных местностях: выплата двойных подъемных надбавок к окладу, предоставление удлиненных отпусков [69].

Для подготовки врачебных кадров в 1931 г. открывается в г. Алма-Ате Казахский медицинский институт. Укрепляются

техникумы в Кзыл-Орде, Чимкенте, Семипалатинске, Уральске, Кустанае. Развивается сеть краткосрочных курсов: эпидемиологических, санитарных, венерологических и др. В 1928 – 1929 гг. в Петропавловске по соглашению с Тюменским комитетом РОККа организованы девятимесячные курсы сестер по переработанной программе лекционных школ. Обучались на курсах 65 чел.⁹⁸.

Петропавловское медицинское училище было организовано по указу СНК КазССР в 1930 г. Первые годы училище не имело своего здания, занятия проходили в помещении церкви. Учащиеся активно участвовали во всех противоэпидемических мероприятиях. Особенно трудными оказались 1932 и 1933 гг. – в области свирепствовали эпидемии оспы и паразитарных тифов⁹⁹.

Сегодня это крупное учебное заведение, в котором ежегодно обучается более 2000 чел. Училище расположено в двух учебных корпусах, а практические навыки учащиеся получают в отделениях лечебно-профилактических учреждений города.

На втором областном съезде медицинских работников (24 декабря 1936 г.) отмечалось тяжелое положение с медицинскими кадрами: за 1935 год ушло 29 врачей, в семи районах нет ни одного врача¹⁰⁰.

Заслуженным уважением и большой любовью пользовались медицинские работники, много лет жизни отдавшие служению народу. В Айдабульской больнице Kokчетавской обл. с 1922 г. работал выпускник Одесского медицинского института Л.А. Альмендингер¹⁰¹.

В 1937 г. приехали работать во вновь открывшуюся десятикоекочную сельскую участковую больницу супруги Нургали Багаевич Махамбетов и Лидия Григорьевна Баканова. Окончив в 1930 г. Оренбургский краевой медицинский техникум, приехал в Рузаевскую больницу фельдшер Исхак Алибекович Алибеков. По совету заведующего Акмолинским окружным отделом здравоохранения А.М. Павлина он поступает на вечернее отделение Казахского медицинского института и успешно заканчивает его в 1938 г., становится единственным врачом в районной больнице Казгородка Kokчетавской обл. В годы войны И.А. Алибеков заведовал Акмолинским областным отделом здравоохранения и работал в эвакогоспитале (с 1943 г.). После войны он вновь возвращается в Рузаевку, работает главврачом больницы, заведует райздравотделом, затем 5 лет заведует Kokчетавским облздравотделом. В 1958 г. переезжает в Алма-Атинскую обл. Ему присвоено звание Героя Социалистического Труда¹⁰².

В 1938 г. прибыли из аппарата НКЗ КазССР в г. Kokчетав супруги Илья Григорьевич и Александра Михайловна Халло. Их усилиями перед войной был заложен фундамент детской

больницы и новых корпусов туберкулезного диспансера. Внедряется применение туберкулиновой пробы¹⁰³.

Заметный след в развитии хирургической службы в Кокчеватаве оставил А.Н. Ивановский (работал до 1931 г.). Он вместе с М.Н. Глаголевым в 1927 г. впервые в области выполнил гастроскопию. С 1929 г. в Кокчетаве Н.М. Головин проводит широкий объем оперативных вмешательств по отоларингологии, срочной хирургии и травматологии, урологии и акушерству (работал до 1939 г.)¹⁰⁴.

Выпускник медицинского факультета Московского университета А.Г. Глебов с 1909 по 1917 г. заведовал 14-м медицинским участком г. Акмолинска, а с 1917 по 1951 г. работал терапевтом городской больницы г. Петропавловска. В 1949 г. ему было присвоено звание заслуженного врача Казахской ССР.

Одним из организаторов офтальмологической службы в г. Петропавловске была Л.В. Купицкая, выпускница медицинского факультета Томского университета (1923)¹⁰⁵.

В 1935 г. приезжает в Петропавловск выпускник Ташкентского медицинского института Шамаев Габбас Абилькасымович, один из первых в республике казахов фтизиатров, главный врач городского тубдиспансера. В годы Великой Отечественной войны – врач горнострелкового полка, ставший врачом полка штурмовой авиации, с полком дошел до Берлина, имеет звание подполковника медицинской службы. В послевоенные годы впервые в республике применил хирургический метод лечения легочного туберкулеза. Награжден орденом Ленина (1961) [12].

В Акмолинской обл. продолжал работать один из организаторов здравоохранения Федор Иванович Благовещенский, выпускник медицинского факультета Томского университета (1908). С 1910 г. заведовал Акмолинской городской больницей, пионер таких видов специализированной помощи, как хирургическая, гинекологическая, офтальмологическая.

Николай Тимофеевич Исаев, выпускник медицинского факультета Московского университета (1912), с 1925 г. работает в Акмолинской уездной больнице. Сочетал лечебную работу с преподавательской и общественной; преподавал на курсах медицинских сестер, на мусульманских курсах по ликвидации неграмотности; работал в комиссии совдепа по борьбе с беспризорностью, по улучшению питания [128].

Окончив Казанский университет (1926), приезжает в Акмолинск Касым Илазович Фахрутдинов, основоположник дерматовенерологической службы в области. С 1928 г. заведует венамбулаторией РОККа в г. Акмолинске. В 1932 г. прошел специализацию по отоларингологии. Участник Великой Отечественной войны, майор медицинской службы. В послевоенные годы работал в областном Доме санитарного просвещения. Удостоен звания «заслуженный врач Казахской ССР»¹⁰⁶.

Первой заведующей амбулаторией стала Хана Ицковна Азгут-Пискун, выпускница Томского университета (1924), специалист по детским болезням и микроскопии¹⁰⁷.

Большой вклад в развитие сельского здравоохранения внесли Александр Федорович Александров, с 1927 г. заведовавший Алексеевским врачебным пунктом (выпускник Омского медицинского института, 1925); Евдоким Трофимович Зорин, окончивший Томский университет (1927), заведовавший Николаевским врачебным пунктом; Константин Емельянович Шаламов, заведовавший Киевским врачебным пунктом после окончания Омского медицинского института (1927)¹⁰⁸.

Большую роль в улучшении медико-санитарного обслуживания населения области, санитарного состояния городов и сел, общежитий, учреждений общественного питания сыграла санитарно-эпидемиологическая служба.

Организационно-методическое руководство службами здравоохранения осуществляют созданные в Казахстане научные институты: Краевой санитарно-бактериологический институт им. КазЦИКа (г. Алма-Ата, 1925); Казахский кожно-венерологический институт (1931); Институт охраны материнства и детства и КазНИИ туберкулеза (1932). Этим институтам принадлежит огромная заслуга в ликвидации и снижении таких заболеваний, как чума, холера, малярия, сыпной тиф, туберкулез, сифилис, грибковые заболевания, дифтерия и др. В институтах разрабатывали научно обоснованные рекомендации по профилактике, ранней диагностике и лечению заболеваний; НИИ служат консультативно-методическими и клиническими центрами, базами подготовки специалистов, инициаторами развертывания специализированных видов медпомощи в республике.

С 1934 г. начинается активная борьба с малярией; в большинстве районов организована подготовка кадров маляриологов, разведчиков, лаборантов, нефте瓦льщиков. В наиболее пораженных районах проводится сплошное обследование населения, лечение больных, профилактическая хинизация. Проводятся гидротехнические работы по очистке ирригационной сети и осушке болот, нефтевание водоемов.

В 30-е годы начинается плановое наступление на детские инфекции, оспу, брюшной и сыпной тифы, активная иммунизация детей 3–8 лет против дифтерии, скарлатины, особенно в детских домах, домах ребенка и в организованных детских коллективах. Проводится троекратная вакцинация против брюшного тифа, обследование на бациллоносительство. Большое внимание уделяется санитарной пропаганде, строительству бань, дезкамер и установке вошебоек.

В борьбе с инфекционными заболеваниями широкое участие принимает население: готовятся общественные санитарные инспекторы, организуются санитарные комиссии, санитарные посты, работают хинизаторы и малярийные разведчики.

Проводятся комсомольские рейды, месячники санитарной очистки населенных мест, озеленение городов и сел. Вопросы инфекционной заболеваемости и санитарного благоустройства постоянно курируются на местах советскими и партийными органами.

В эти годы серьезное внимание уделяется борьбе с сельскохозяйственным и промышленным травматизмом. Разработана система помощи при травмах: по линии РОККа, готовятся бригады первой помощи, они оснащаются аптечками, организуются пункты первой помощи. Здравпункты при МТС снабжаются лечебными и хирургическими пособиями. Налаживается учет травматизма. При городских, районных и сельских больницах выделяются специализированные травматологические койки или отделения. Проводится специализация хирургов по травматологии.

Большое значение в укреплении и развитии материальной базы здравоохранения сыграло принятное в марте 1935 г. постановление ЦК ВКП(б) и СНК Союза ССР о повышении ассигнований на здравоохранение и повышении заработной платы медицинским работникам. Постановление позволило значительно увеличить сеть и кадры здравоохранения. Уже в 1939 г. по темпам роста коекной сети Казахская ССР занимала первое место среди союзных республик, причем значительно развивалась коекная сеть на селе (из 100 коек 36,7 приходилось на село). Обращено внимание на необходимость создания в районах и промышленных центрах базы специализированных видов медпомощи, на увеличение количества рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, диагностических лабораторий, создание в городах, промышленных центрах и крупных районных центрах сети скорой помощи.

Закрепление кадров на селе в Казахстане стало более стабильным после IX Всеказахского съезда Советов (1935), на котором народный комиссар здравоохранения Казахской ССР К.К. Кулсартов внес следующие предложения: снабдить участковых врачей конным транспортом, выделить участковым врачам по корове, ввести в кочевых и аулковых районах лыготы для врачей, установить 50-процентную надбавку к получающей зарплате, предоставлять через каждые два года научные командировки врачам для повышения квалификации, представлять квартиры с коммунальными услугами и мебелью бесплатно. На съезде была отмечена Энбекшильдерская больница (заведующий врач Сеитов) как одна из лучших участковых больниц в крае: обслуживание организовано культурно, в больнице чисто, радиофицирована, имеется патефон, в палатах цветы, хорошо налажено питание, в основном за счет подсобного больничного хозяйства. Все койки с сетками и обеспечены постельным бельем, имеется лаборатория. Изучается забо-

леваемость, проводится около 200 хирургических операций в год.

Скорая помощь в аульно-сельской местности отсутствовала, а в Петропавловске и Акмолинске осуществлялась в основном фельдшерами на конном транспорте¹⁰⁹.

В этот период большое внимание уделялось охране материнства и детства. Остро стоят вопросы увеличения бюджета на охрану материнства и детства, расширения строительства консультаций и родильных отделений, обеспечения кадрами квалифицированных работников, борьбы с беспризорностью и др.

Организация зерновых хозяйств в Казахстане, рост коллективизации сел, аулов и кишлаков, развитие агропромышленности увеличили применение женского труда.

Задачи ОММ и ОЗДиП были обсуждены на I съезде колхозниц и Всероссийском совещании по медицинскому обслуживанию социалистического сектора села (1929). Отмечено значительное отставание на селе в вопросах ОММ от города. Поставлены задачи увеличения числа родильных коек на селе, обеспечения медицинскими кадрами крупных совхозов, МТС и районов сплошной коллективизации. Отставало медицинское обслуживание и рабочих. Народный комиссар здравоохранения М.В. Владимирский в докладе, сделанном на VII Всероссийском съезде здравотделов, отметил, что охрана материнства и детства больше, чем какая-либо другая отрасль здравоохранения, становится важнейшей частью социалистической перестройки деревни и города.

Состояние дела по ОММ рассматривалось на заседании Президиума Казахского центрального исполнительного комитета VII созыва 16 мая 1929 г. Констатируется отставание по данному разделу работы в аульно-сельских местностях. Особенно ощущается недостаток квалифицированного персонала из числа коренного населения.

С введением окружной системы административно-территориального управления при окружных отделах здравоохранения были утверждены должности инспекторов с очень большим кругом обязанностей: организация родовспоможения на селе и в аулах, организация летних детских яслей, работа Красных юрт, передвижных консультаций, подготовка работников для детских яслей, организация и проведение санитарно-просветительной работы, обеспечение социально-юридической помощи, ликвидация безработицы среди женщин и др. Первыми инспекторами окружного Акмолздрава была Василенко, Петропавловского – Крашенинникова¹¹⁰.

Первоначально на весь Акмолинский округ было две передвижные женские консультации, работавшие в составе обследовательских отрядов по 5 месяцев, в отрядах имелись и дет-

ские ясли по 5 коек. В каждом отряде были врач, сестра-обследовательница, няня и прачка.

Забота об организации учреждений ОММ на селе и ответственность за их работу были объявлены функцией всех медико-санитарных организаций, начиная с врачебного участка.

В крупных совхозах и МТС было признано необходимым иметь консультации для женщин и детей, молочную кухню, передвижные консультации для периферии, постоянные и передвижные полевые ясли. Разбросанность аулов и сел, отсутствие необходимого транспорта потребовали создания фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) и колхозных родильных домов. В 1928 г. в Казахстане было 330 ФАПов, консультаций с молочными кухнями – 13, консультаций без молочных кухонь – 12, один Дом матери и ребенка на 20 коек, три дома младенца и ребенка на 90 коек. Для обслуживания кочевого населения созданы 7 передвижных консультаций охматмлада в сельской местности [68].

Оставался очень актуальным вопрос родовспоможения. В основном на селе женщины обслуживались бабками и знахарками, не было акушерок, радиус обслуживания у врача или фельдшера 60 – 100 верст. В Алексеевском врачебном пункте, где продолжительно работала акушерка, помошь оказывали русским и казашкам («Последние приучились ходить на роды в больницу»). За 1928 г. в Акмолинске и Атбасаре принято 624 родов в больнице и 68 – на дому. Консультация для беременных женщин и детей имелась одна в городе, врач работал по совместительству. На летнее время организуется работа молочной кухни. Организованы юридические консультации в городе и деревне¹¹¹.

На весь Акмолинский округ работали 10 акушерок при врачебных пунктах, два самостоятельных акушерских пункта, две акушерки при Красных юртах.

Аборты платные: при обеспечении на душу 15 руб. стоимость операции составляла 3 руб., при обеспечении 20 руб. – 5 руб. и т. д. Бедняки и батрачки от платы освобождались¹¹².

Работа по открытию детских яслей набирала темпы. В Акмолинском округе в 1926 г. было 9 яслей (в том числе 7 в селах), в 1927 г. – 11 (9 в селах), в 1928 г. – 16 (14 в селах). В 1929 г. – 26 яслей, в которых был 581 ребенок (в том числе казахов – 75). В работе яслей оказывали помошь советские, кооперативные, общественные организации. Для яслей население проводило посевы хлеба, посадку огородов, устройство лагерей¹¹³.

Отмечались случаи стихийного открытия яслей: «Женщины сами снесли в школу детей, изыскали питание, избрали заведующую, няню, кухарку, пригласили врача на осмотр детей и послали в окрздрав своих делегатов с извещением об

открытии яслей и просьбой о материальной поддержке. Нередко в яслях обслуживались дети в возрасте трех лет и старше, в то время, как матери-казашки приходили учиться грамоте с грудными детьми, которые находились во время занятия при матери. Принимались в ясли дети тех матерей, которые проводили работу в ликбезах, кружках или использовались на других работах, проводимых женорганизаторами. В Красной юрте вели работу врач, акушерка, медсестра, судья, учитель, женорганизатор и ясельный работник. Всего Красные юрты проработали 3 мес. (по 1,5 мес на каждой стоянке). Обслужено 40 детей. Работа в основном проводилась через переводчиков¹¹⁴.

Все ясли своих помещений не имели, работали в школах, ощущался острый дефицит оборудования, белья. В г. Акмолинске были одни постоянные ясли, рассчитанные на 20 коек, которые посещало до 40 детей. Персонал ясельных работников готовился на курсах (всего подготовлено 54 чел., из них 14 казашек), по одному месяцу вместо трех из-за скучности средств¹¹⁵.

К 1928 – 1929 гг. положение в школах улучшается. Активно работают созданные при окрздравах рабочие тройки, в школах для наибеднейших детей даются чай, белый хлеб, сахар и бутерброды. Регулярно дети осматриваются медработниками. Особое внимание уделяется санитарно-гигиенической обработке, обучению школьников гигиеническим навыкам, в некоторых школах оформлены показательные «Уголки здоровья» или «Доски здоровья», оформляются кабинеты, по возможности оснащаются весами, спидометрами, динамометрами, сантиметрами и т. п.¹¹⁶

В Петропавловске 22 ноября 1927 г. открывается первый педологический кабинет. В нем работал 2 – 4 дня в неделю врач, в основном принимались трудновоспитуемые, труднообучаемые и умственно отсталые дети. Выявлено большое число больных детей (хроников). С января 1928 г. организовано бесплатное питание 150 – 180 школьников. Обследование 2000 школьников показало, что среди мальчиков здоровых – 30,6%, среди девочек – 38%. Выявлено малокровие – 44%, низкий вес – 10,5%, лорболезни, болезни сердца, глаз, нервные у 0,3%, венерические болезни у 0,4%. Летом был открыт пионерский лагерь. Проведено обследование рабочих-подростков. Добились, чтобы отпуска им предоставлялись в летнее время¹¹⁷.

Уделяется большое внимание борьбе с детской беспризорностью. Например, в г. Петропавловске за 1927 г. приняты 188 беспризорных, 53 – помещены в детские дома, 15 – трудоустроены, 49 – получили другие виды помощи. В городе 4 детдома: школьный – на 150 чел., смешанный – на 70, изолятор – на 40, общежитие для подростков – на 45 чел. Кроме того, имелась «ночлежка» на 30 чел. Дети получают питание (на 5 – 7 руб. в месяц), обмундирование. Развивается профтехобразование, рабо-

тает школа кройки и шитья (из 154 обучающихся 25 казашек) [93].

Летом 1928 г. воспитанники детских домов и казахской школы-коммуны были вывезены в лагерь и на дачу. Лагерь находился в 25 верстах от города, жильем служили несколько ветхих дырявых юрт без оборудования, коек, постельных принадлежностей, белья. Дети спали вповалку, не раздеваясь. Продукты доставлялись нерегулярно – приходилось подкармлививать себя: ловить рыбу, раков, собирать ягоды и кореня. Из-за отсутствия мыла дети были грязными.

Часть детей находилась в городе, в изоляторе (38 чел.). «Внешний вид их был ужасен: оборванные, грязные, буквально покрыты паразитами». Коек в изоляторе нет, постельных принадлежностей мало, полотенца отсутствуют. Более трети детей истощены, только 11,3% «хорошей упитанности». Большую часть времени дети проводят на рынке. При активном содействии горисполкома (выделено 1000 руб., 2 воспитателя, мыло и др.) и окрздрава (выделен врач Олейников) организован первичный пункт охраны здоровья детей. Дети были вымыты, осмотрены, проведены антропометрические обследования и медицинский осмотр. Из 178 обследованных на кожно-венерические болезни выявлено больных 123 (69,0%) – отмечены чесотка, вшивость, микроспория, трихофития, парша, фурункулез и др., 4,5% больны сифилисом. Заболеваемость трахомой составила 27%, организован трахомотозный изолятор¹¹⁸.

В эти годы намечается связь между ОММ и ОЗДиП, появляются единая регистрация, общие специализированные кабинеты по лор-болезням, хирургии, невропатологии, физиотерапии, дерматологии. Изменились содержание и методы работы детских консультаций. От учреждений профилактического профиля, занимающихся вопросами воспитания, санитарного просвещения и обслуживания здоровых детей, они переходят к обслуживанию всех детей. Проводятся раздельные приемы здоровых и больных детей. Начато районирование и закрепление участков за врачами. В 1932 г. в Алма-Ате открылся Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства.

20 сентября 1932 г. было принято постановление о ясельном обслуживании детей в городах, промышленных центрах, совхозах, МТС и колхозах. Были созданы материальные предпосылки для роста ясельной сети, поставлен вопрос о строительстве ясельных зданий. Аппарат ОММ разделен на два управления: по родовспоможению и по яслям. В ведение ясельного управления перешли ясли, детские консультации, молочные кухни и детские пищевые станции. На управление родовспоможением возложено руководство родильными домами и женскими консультациями.

На Всероссийском совещании в Москве в 1933 г. выступила Н.К. Крупская. Она осветила задачи, стоящие перед работника-

ми ясель, отметила необходимость создания квалифицированных кадров. Для этих целей был открыт факультет по ОММ во 2-м Московском мединституте (первый выпуск врачей педиатров – в 1932 г.).

Существенному улучшению ОММ среди женщин-колхозниц способствовало утверждение 17 февраля 1935 г. устава сельхозартели. Беременные женщины и кормящие матери освобождались от работы за месяц до родов и на месяц после родов с сохранением за ними половины средней выработки, или трудодней. Была разработана методика организации колхозных родильных домов (КРД), положение о работе колхозных акушерок. К 1937 г. на территории Казахстана было 108 КРД.

Расширяется комплекс оздоровительных работ в школах, создаются пионерские и санаторные лагеря, оздоровительные площадки. Проводится закаливание, солнечные ванны, занятия по физкультуре, детям прививаются гигиенические навыки.

Но материально-техническая база была еще очень слаба, особенно страдало обслуживание детей сирот, о чем свидетельствует письмо заведующего окрздравом в Казнаркомздрав «О состоянии в детгородке в Петропавловском уезде». Отмечена высокая заболеваемость трахомой, кожными болезнями. Несмотря на проведенное лечение, улучшения не отмечается. «Дети утираются одним полотенцем, то понятно, трахому никогда из детдома не выживешь. А если дети не помнят, когда они мылись в бане, то трудно вывести и накожные заболевания. Если дети спят вповалку, растут и одеваются почти без педагогического надзора, то понятно, почему имеется в наличии онанизм среди них. В комнате 20 человек. Дети в такой обстановке страдают, болеют, недоедают, недосыпают, нравственно разлагаются». Другие детдома в Петропавловске, Кокчеватве, Акмолинске, Атбасаре находятся не в лучших условиях.

Особенно тяжелое положение сложилось в Петропавловском доме подкидышей, где еще и были созданы на базе дома матери и ребенка детские ясли, но без дополнительных ассигнований. Дом подкидышей жил за счет яслей и питался крохами с ясельного стола. С апреля 1927 г. (19 мес) не решается вопрос с помещением: дети Дома подкидышей ются в комнатушках-закутках во флигеле, где и кушают, на горшках сидят, спят и играют. Дом подкидышей переименован в дом «Смерти детей»¹¹⁹.

В мае 1935 г. ЦК ВКП(б) и СНК СССР приняли решение о полной ликвидации беспризорности и безнадзорности. Эта работа проводилась комплексно, на председателей городских и сельских Советов была возложена персональная ответственность за ликвидацию беспризорности. Улучшилась работа детских домов, повышается ответственность родителей за воспитание детей. Установлена уголовная ответственность для опеку-

нов, злоупотребляющих правами и не выполняющих свои обязанности.

Резко увеличился бюджет на борьбу с беспризорностью, пополнившись за счет ВЦСПС, кассы общества взаимопомощи в колхозах, шефства над детскими домами и др.

Благодаря активным совместным мероприятиям, беспризорность как явление к 1940 г. была изжита.

Начиная с 1938 г. после приказа НКЗ СССР «Об улучшении работы женских консультаций и родильных домов в городах и промышленных центрах» улучшаются организация учета беременных, наблюдение за женщинами, страдающими токсикозами и экстрагенитальными заболеваниями. Выделяются койки для женщин с патологией беременности. Выделяются специальные или септические отделения, что позволяет изолировать температурящих женщин.

В колхозах организация родильных домов и их содержание на 75% обеспечивались за счет колхозных средств и на 25% – за счет государственного бюджета.

Но рост ясельной сети, учреждений родовспоможения отставал от потребностей. Многие учреждения охраны материнства и детства располагались в малоприспособленных помещениях, не могли полностью обеспечить высоким качеством обслуживания детей и женщин, не хватало кадров врачей и средних медицинских работников. Только в 1934 г. в Алматинском институте была организована кафедра акушерства и гинекологии, а в 1939 г. – педиатрический факультет.

Родовспоможение на селе еще нередко обслуживалось бабками и знахарками. Радиус обслуживания у врача или фельдшера составляет 60 – 100 верст, акушерок практически нет¹²⁰.

Не все из намечаемых планов претворялись в жизнь. Так, в 1938 г. из намеченных к открытию 185 врачебных и 645 фельдшерских пунктов в Казахстане фактически к концу июля открыты 9 врачебных участков и 23 фельдшерских пункта. Из 217 врачей, направленных в Казахстан, прибыло 9, а из 240 средних медработников – 27¹²¹.

Наступили годы, когда все недостатки списывались на «вредительство». В приказе НКЗ СССР от 28.09.38 г. № 1137 «О результатах проверки выполнения постановления СНК СССР от 23.04.38 г. «Об укреплении сельского врачебного участка» вместо углубленного изучения причин неудовлетворительной работы основной причиной считается недооценка политического значения этого документа: «Подошли формально, не возглавили массового движения врачей, не привлекли советские, профсоюзные и другие организации к его реализации». «НКЗ союзных республик и органы здравоохранения на местах не учли, что ликвидация последствия вредительства в здравоохранении в первую очередь должна идти по линии укрепления сельско-

го врачебного участка, т. к. враги народа делали все для того, чтобы оставить колхозное население без врачебной помощи».

В 1937 г. арестован за контрреволюционную деятельность и осужден к высшей мере наказания – расстрелу заведующий Северо-Казахстанским облздравотделом, член ВКП(б) с 1921 г. Даниил Михайлович Убугунов. 1 октября 1937 г. Северо-Казахстанская облпартколлегия при уполномоченном КПК при ЦК КПСС исключила Д.М. Убугунова из рядов ВКП(б) «как пролезшего обманным путем в ряды ВКП(б), и за связь и покровительство троцкистам».

Военный трибунал Забайкальского военного округа 25 января 1957 г. отменил приговор и дело прекратил за отсутствием состава преступления. Северо-Казахстанский обком партии 23 мая 1989 г. рассмотрел вопрос о партийной принадлежности Д.М. Убугунова и, учитывая необоснованность политических обвинений, предъявленных ему при исключении из партии и полную реабилитацию в судебном порядке, восстановил его в партии посмертно¹²².

Среди репрессированных был и заведующий областным тубдиспансером в с. Щучьем Николай Александрович Гогниев, приемный сын известного в России врача П. Емельянова – основателя первого санатория для лечения туберкулезных больных в Боровом (1910). Окончив Юрьевский (ныне Тартуский) университет, Гогниев практикует в «Кумысном санатории» отца. В годы кулацкого мятежа (1921) оказывает помощь раненым красноармейцам. В 1930 г. переезжает в бурно развивающийся центр района – станицу Щучинскую. В своем доме развертывает лечебницу для больных туберкулезом, а в пристройке – первую и единственную в те годы в районе лабораторию, открывает пневмотораксный кабинет, на крыше дома сооружает солярий. По одному ему известному способу применяет для лечения больных настои и отвары. Широко использует методы закаливания и тибетской народной медицины. В 1937 г. в больнице был установлен первый в Щучьем рентгеноаппарат. Руководимая им больница получает статус диспансера.

По ложному обвинению в том, что врач Гогниев «заражает детей и залечивает больных», он был в 1937 г. арестован. 10 июля 1958 г. дело по обвинению пересмотрено военным трибуналом Туркестанского военного округа, отменено и прекращено, он реабилитирован посмертно. Комната, где был рабочий кабинет Н.А. Гогниева, передана под музей, решается вопрос об установлении мемориальной доски на доме, где он жил. Сохранилось две работы Н.А. Гогниева: «Боровое Акмолинской области как климато-терапевтическая станция» (Омск, 1913) и «Боровое – Сибирская Швейцария» (Омск, 1917)¹²³.

В предвоенный 1940 г. отмечалось двадцатилетие образования Казахской ССР. В современных границах областей медицинскую помощь населению оказывали 28 больничных учреж-

дений в Кокчетавской обл., 25 – в Северо-Казахстанской и 41 – в Акмолинской. Работало врачей всех специальностей 111 в Кокчетавской, 120 – в Северо-Казахстанской и 131 – в Акмолинской обл. Число коек (в тысячах) и обеспеченность на 10 000 населения составляли в Кокчетавской обл. – 1,3 или 41,4, в Северо-Казахстанской – 1,5 – 37,4 в Акмолинской – 1,5 – 41,2 соответственно.

Отсутствовали такие специализированные койки, как онкологические, не было отоларингологических, неврологических, психиатрических коек в Акмолинской и Кокчетавской обл. Мизерным было количество врачей: на весь Северный Казахстан таких специальностей, как хирургов, – 19, акушеров-гинекологов – 20, педиатров – 29, окулистов – 8, оториноларингологов – 5, невропатологов – 7, психиатров – 1, дерматовенерологов – 9, рентгенологов – 3, стоматологов – 6, зубных врачей – 31, врачей санитарно-противоэпидемической группы – 18.

Скорая помощь оказывалась лишь в Акмолинске и Петропавловске, чаще фельдшерами, транспортным средством служила лошадь.

Развернуто было 5 противотуберкулезных диспансеров в городе и один на селе, 4 кожно-венерологических диспансера, детская трахоматозная больница на 238 коек в г. Атбасаре, 3 врачебных здравпункта и 17 фельдшерских здравпунктов на промпредприятиях. Обеспеченность рентгенологическими установками к общему числу учреждений составляла 36,0% в Кокчетавской, 43% – в Северо-Казахстанской и 41,1% – в Акмолинской обл. Лаборатории имели соответственно 31,2%, 44,3 и 39,4% лечебных учреждений, а физиотерапевтические отделения или кабинеты и того меньше (21,6, 30,3 и 27,7%).

Всего было развернуто 320 фельдшерско-акушерских пунктов и 33 колхозных родильных дома. Число коек для беременных женщин и рожениц в Акмолинской обл. было 281, в Кокчетавской – 172, в Северо-Казахстанской – 297. Сеть женских консультаций, детских поликлиник и амбулаторий (самостоятельных и входящих в состав других учреждений) составляла в Акмолинской обл. – 15, в Кокчетавской – 11, Северо-Казахстанской – 12 [36,75].

Насколько низка была обеспеченность кадрами, можно судить по Акмолинской обл.: в 15 детско-женских консультациях на 17 врачебных приемов было всего 12 врачей (66,0%), фельдшеров – 181 (77%), акушерок – 99 (83,1%), сестер – 277 (78,6%). Обеспеченность помещениями составляла 70 – 80%; не имели помещений детско-женские консультации в Вишневском, Макинском районах. Обеспеченность мягким инвентарем составляла по 1 – 1,5 комплекта¹²⁴.

С марта 1941 г. начинает вводиться участковая система медицинского обслуживания в городах. Остается актуальной борьба с инфекционными заболеваниями (брucеллез, дифтерия,

скарлатина, тифы, малярия и др.). Особое внимание уделяется борьбе с детской заболеваемостью и смертностью.

Согласно третьему пятилетнему плану (1938 – 1942) предусматривалось дальнейшее улучшение труда и быта советских людей, больничной помощи населению, расширение сети лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений, улучшение охраны здоровья матери и ребенка.

* * *

Таким образом, за период с 1928 по 1940 г. в здравоохранении Северного Казахстана произошли значительные изменения. Постановление правительства «Об укреплении сельского врачебного участка» явилось основой для дальнейшего улучшения медико-санитарного обслуживания крестьянства. Медицинское обслуживание городского населения перестраивается по участково-территориальному принципу. Улучшается медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий, расширяется сеть здравпунктов. Увеличивается количество врачей и средних медицинских работников. Большое внимание уделяется подготовке национальных кадров. Открывается Казахский медицинский институт в г. Алма-Ате (1931). Получают развитие важнейшие специализированные виды медицинской помощи с учетом краевой патологии (туберкулезная, дерматовенерологическая, противотрахоматозная, противомалярийная и др.).

Значительно улучшилась в Северном Казахстане организация медицинского обслуживания женщин и детей.

Перестройка работы санитарной организации, создание санитарно-эпидемиологических станций способствовали улучшению санитарного состояния населенных мест. Серьезные успехи были достигнуты в борьбе с эпидемиологическими заболеваниями.

Однако еще не в полной мере были удовлетворены нужды и растущие потребности населения, постоянно ощущалась нехватка медикаментов, постельных принадлежностей, недоставало специалистов и необходимого оборудования. Оставались тяжелые эпидемические заболевания. Особенно остро ощущался недостаток кадров для обслуживания сельского населения. Даже в областных центрах не было врачей многих узких специальностей.

Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945)

В годы Отечественной войны работу органов и учреждений здравоохранения в Казахстане возглавил народный комиссар здравоохранения Казахской ССР С.А. Чесноков. Его заместите-

лями были В.Г. Ермолаев, М.К. Тлеугабылов, А.Б. Бисенов, И.С. Корякин. Главным хирургом был профессор В.В. Зикеев. Кроме штатных главных специалистов в управлении имелись консультанты по всем службам. Большой вклад в лечение больных и раненых внесли ученые Казахского медицинского института. Профессор А.Н. Сызганов обосновал целесообразность применения салициловой кислоты и ацидофильной пасты при лечении инфицированных ран и отморожений; профессор А.П. Полосухин разработал эффективную противошоковую жидкость; профессор В.В. Зикеев для лечения псевдоартрозов применил формалинизованный костный трансплантат; профессор И.И. Сиверцов предложил использовать с лекарственной целью китайский лимонник; ряд других растений-витаминоносителей предложил профессор Б.И. Ильин-Какуев; широко применялось кумысолечение.

Перед медицинскими работниками стояли задачи:

1. Развернуть во всех областях республики сеть эвакогоспиталей и обеспечить скорейшее восстановление боеспособности раненых и больных воинов Красной Армии.

2. Расширить и укрепить лечебно-профилактическую сеть, организовать необходимую медицинскую помощь населению республики, увеличившемуся за счет эвакуированных людей.

3. Усилить медико-санитарную помощь рабочим промышленных предприятий и сельского хозяйства.

4. Сохранять санитарно-эпидемиологическое благополучие тыла.

С июля по октябрь 1941 г. была проведена большая подготовительная работа по приспособлению помещений, пригодных для госпиталей, оснащению их необходимым медицинским и хозяйственным инвентарем, подбору и подготовке медицинских кадров.

Первые госпитали были сформированы в июле 1941 г. в пяти областях, в том числе в Северо-Казахстанской. В октябре 1941 г. госпитали начали свою работу. В декабре 1941 г. в Казахстан прибыли эвакогоспитали с Северного Кавказа, их разместили в Алма-Атинской, Актюбинской, Акмолинской, Гурьевской, Джамбулской, Восточно-Казахстанской, Кзыл-Ординской, Кустанайской, Павлодарской, Южно-Казахстанской обл.

С ноября 1941 г. в Петропавловске начал работу местный эвакопункт (МЭП)-39, сформированный в Кременчуге. К нему были прикреплены эвакогоспитали Карагандинской, Акмолинской, Северо-Казахстанской, Павлодарской и Южно-Казахстанской обл. [23].

В эвакогоспитале Петропавловска, развернутом на базе физиотерапевтического института, широко применялись физиотерапевтические методы лечения, что выгодно отличало его от других госпиталей, где в основном лечение проводилось кон-

сервативными методами. Второй госпиталь был размещен в Первой Советской больнице.

Приходилось преодолевать трудности в подборе квалифицированных кадров, оснащении оборудованием, в приспособлении помещений (устройство водопроводов, санпропускников, проведение канализации и отопления, электромонтаж и др.). Широко использовались для организации госпиталей санатории и дома отдыха современной Кокчетавской обл.

В связи с реэвакуацией в 1943 г. из республики МЭП-39 все госпитали северной группы были переданы в подчинение МЭП-19, в Петропавловске была оставлена оперативная группа. В 1944 г. поступление раненых уменьшилось и число госпиталей сократилось более чем в два раза; все эвакогоспитали были переданы в распоряжение МЭП-60 в Ташкенте.

В Петропавловске в связи с эвакуацией сюда большого числа заводов, предприятий, учреждений состав МЭП-39 был размещен в неприспособленных для работы помещениях. Госпиталь 3813, например, размещался на шести улицах города с расстоянием до 3 км между ними. Отмечались недостатки, обусловленные трудностями военного времени (нехватка ламп и ламповых стекол), санитарную обработку раненых часто приходилось проводить в примитивных условиях.

Тыловые госпитали были специализированными, например глазной и нейрохирургический госпитали в Северо-Казахской обл., психоневрологический – в Акмолинской. В госпиталь, расположенный на курорте «Боровое», поступали раненые с повреждениями грудной клетки, легких и с анемией, в дом отдыха «Щучинск» – с нейрохирургическими, челюстно-лицевыми, глазными и отоларингологическими заболеваниями. Госпиталь в селе Алексеевке принимал лиц с психоневрологическими заболеваниями и контузиями. С марта 1942 г. раненых с травмами и заболеваниями центральной нервной системы стали принимать оперативные группы сотрудников 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова, работавшие в г. Петропавловске. Инфекционные и туберкулезные больные лечились в зоне санатория «Боровое» Акмолинской обл.

В 1942 – 1943 гг. в составе МЭП-39 в Петропавловске работало протезное отделение. Госпитали, расположенные на ст. Боровое в Акмолинской обл. и в г. Петропавловске, выполняли еще и функцию сортировочных (для северной группы областей). МЭП-39 принимал военно-санитарные поезда в Петропавловске, Караганде, Щучинске и Кокчетаве. В пунктах разгрузки были выделены сортировочные госпитали и ответственные за выгрузку раненых и больных, которые распределяли их по профилю ранения или болезни по госпиталям. Врачи МЭПов, занимающиеся сортировкой, были достаточно квалифицированными. В Петропавловск раненых перевозили санитарным транспортом МЭП-39. В зимнее время раненых снаб-

жали теплыми вещами и специальными конвертами. В Kokчестве и Акмолинске для перевозки раненых использовали транспорт местных организаций.

В 1945 г. эвакогоспитали в Северном Казахстане были расформированы, но опыт их работы послужил основой для дальнейшего развития травматологии, нейрохирургии и создания специализированных видов медицинской помощи населению в лечебных учреждениях Казахстана.

После окончания войны на курорте «Боровое» было выделено 200 коек для лечения инвалидов Великой Отечественной войны.

Медицинские работники лечебных учреждений Северного Казахстана нередко привлекались для работы в эвакогоспиталиях. Среди них следует особенно отметить Владимира Гавриловича Колпакова. Родился он в 1888 г. в семье мелкого служащего. Одаренный мальчик отлично учился в гимназии, за что семья была освобождена от уплаты за обучение. Увлеченный юноша под влиянием пробудившегося в те годы повышенного интереса к естественным наукам поступает в Петербургскую медико-хирургическую академию, которую успешно заканчивает в 1912 г. В годы первой мировой войны служит военврачом Кавказского и Западного фронтов, участвует в Брушевском прорыве. После окончания гражданской войны и иностранной интервенции решает оставить военную службу. В 1921 г. Колпаков назначается заведующим медико-санитарного отдела Славянского госкурорта, затем работает в санаториях Крыма, «Борового». В 1929 г., переехав в Петропавловск, приступает к должности заведующего инфекционным отделением №1-й Советской больницы. Одновременно много внимания отдает преподавательской работе в фельдшерской школе, открывшейся в 1930 г. В годы Великой Отечественной войны был врачом-консультантом госпиталей, размещенных в г. Петропавловске. В.Г. Колпаков был одним из первых в Северо-Казахстанской обл. награжден значком «Отличник здравоохранения», медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», в 1948 г. Владимиру Гавриловичу было присвоено звание «Заслуженный врач Казахской ССР». В последующие годы В.Г. Колпаков – врач-консультант городских и областных лечебных учреждений. По его инициативе в Петропавловске организован первый кардиографический кабинет. «Наша валериана» – так любовно называли его коллеги и больные за удивительное умение выслушать, утешить, дать дальний совет.

В госпитале № 2446 в г. Петропавловске проводилось множество хирургических операций. Заведовал хирургическим отделением кандидат медицинских наук П.П. Боровский, в госпитале работали врачи Г.А. Старовойтова, Р.И. Кудрина¹²⁵. Начальником эвакогоспиталия был Матвей Моисеевич Купицкий. Уроженец г. Петропавловска, после окончания медицинского

факультета Томского университета он бессменно работает в своем городе. С 1935 г. организует при 1-й Советской больнице кабинет переливания крови (позже был преобразован в областную станцию переливания крови). Награжден орденом Красной Звезды, медалями «За победу над Германией» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.», заслуженный врач КазССР (1944)¹²⁶.

С 1934 г. работает врачом-хирургом в г. Акмолинске Ирина Афанасьевна Буколова. С сентября 1941 г. ей будет доверено возглавить хирургическое отделение ЭГ № 3006 в г. Акмолинске. После войны до ухода на пенсию она продолжала работать в Акмолинске (бортврачом, врачом станции переливания крови, хирургом во 2-й городской больнице). Награждена медалями «За трудовую доблесть в дни Великой Отечественной войны», «За освоение целинных и залежных земель» и др.¹²⁷

Большое число медицинских работников Северного Казахстана участвовало в боевых действиях на фронте. Хирург из Кокчетава С.Г. Сафонов ушел на фронт в составе 310-й стрелковой дивизии, сформированной в Акмолинске. Боевое крещение дивизия приняла 8 сентября 1941 г. Летом 1942 г. бомба попала в угол операционной палатки. Сафонов получил ранение в живот и по дороге в госпиталь умер от ран. Награжден орденом Красной Звезды¹²⁸.

Ушел на фронт из Кокчетава и хирург Ф.П. Незамаев. Приехав в Кокчетав в 1939 г., он быстро получает признание, владеет всеми видами экстренной помощи при хирургических, урологических заболеваниях, травмах и акушерско-гинекологической патологии. После возвращения из армии назначается главным врачом хирургической больницы. С 1947 г. до ухода на пенсию в 1960 г. – главный хирург Кокчетавского облздрава.

С 1941 по 1943 г. был командиром госпитального взвода на Ленинградском фронте Павел Алексеевич Нефедов, выпускник Омского медицинского института; с 1925 он работал в Петровцовске врачом-невропатологом в физиолечебнице. После возвращения с фронта в 1943 г. работает начальником медико-санитарной части ЭГ № 2446, а с октября 1944 г. – главный врач областной больницы. Награжден медалями «За оборону Ленинграда», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.», «За трудовое отличие»¹²⁹.

Участницами войны были и женщины-врачи. Среди них следует отметить выпускницу Московского государственного университета Н.И. Рублеву (1929). С 1937 г. она работает главным врачом и заведует терапевтическим отделением в г. Степняке. С 1942 по 1946 г. капитан медицинской службы Надежда Ильинична Рублева – ординатор госпиталей в составе Южного фронта. После демобилизации работает в г. Степняке, 1947 – 1948 гг. – начальник лечебно-профилактического управления Акмолинского

облздравотдела, затем главный врач лечебно-профилактического учреждения в г. Макинске (1948 – 1952). С 1958 г. до ухода на пенсию работала в МСЧ г. Макинска¹³⁰.

Среди медицинских работников, участников Великой Отечественной войны, была и М.П. Смирнова – медицинская сестра из Кокчетавской обл. (с. Ленинградское). Она вынесла с поля боя 480 раненых бойцов и офицеров Красной Армии и была награждена орденом Ленина и другими орденами и медалями. В 1973 г. удостоена награды Лиги Международного Красного Креста – медали имени Флоренс Найтингейл.

В память о мужестве и отваге медицинских сестер, спасавших жизнь раненых в годы Великой Отечественной войны, в октябре 1982 г. в Кокчетаве открыт первый в мире музей награжденных медалью имени Флоренс Найтингейл, где демонстрируется поименный список 780 обладательниц этой награды. В Казахстане четыре медицинские сестры удостоены высшей награды Международного комитета Красного Креста: М.П. Смирнова-Кухарская – из Кокчетавской обл., В.В. Широкая – из Целинограда, А.Ш. Исакова – из Чимкента, А.Я. Дмитриева – из Павlodара¹³¹.

В.И. Быковский, выпускник Петропавловского медучилища (1939), – единственный из медиков 2-го Украинского фронта был удостоен звания Героя Советского Союза. Участвовал в боях за освобождение Белгорода, в Орловско-Курской битве. Демобилизовавшись из армии (1957), продолжал работать зубным врачом в г. Омске¹³².

За годы войны возросла сеть амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений и коек в них, число врачей и средних медицинских работников. Правда, начиная с 1943 г., количество медицинских работников уменьшается в связи с резеквиацией прибывающих медицинских учреждений.

В Боровое были эвакуированы несколько госпиталей, Центральный институт физических методов лечения им. И.М. Сеченова из Севастополя, Центральный институт курортологии из Москвы.

Профессор Лев Константинович Богуш внедрил такие оперативные методы лечения, как торакопластика, френокоалгологизация и др. Много сделал он для повышения профессионального уровня хирургов области.

Под руководством академика Лины Соломоновны Штерн старший научный сотрудник С.Г. Петровский проводит в Боровом научные исследования по лечению шока, столбняка, отравлений цианидами, восстановлению нормальной деятельности сердца, применению электростимулирующих методов в случаях внезапной остановки сердца и фибрилляции мышцы сердца. «Антишокин академика Штерн» (противошоковая жидкость) спас жизнь тысячам раненых. «Метод академика Штерн» горячо поддержал профессор С.И. Спасокукоцкий,

применивший его на фронте для лечения шока и столбняка. Переехав в конце 1941 г. в Алма-Ату, Л.С. Штерн готовит местные научные кадры. За выдающиеся заслуги, связанные с обороной страны, и за работу по гемато-энцефалитическому барьера в 1943 г. ей присуждается Государственная премия, которую она передает на строительство санитарного самолета. В 1949 г. академик Штерн по обвинению в «Вирховианстве» была репрессирована, ей пришлось пережить все ужасы тюремного заключения, лагерей и ссылок. После возвращения из ссылки она возглавила лабораторию физиологии Института биологической физики АН СССР. Избирается почетным доктором Женевского университета (1960). Умерла Л.С. Штерн в 1968 г. на 90-м году жизни¹³³.

Движимые патриотическими чувствами, медики Казахстана активно участвовали в создании всенародного фонда обороны, в подписке на государственные займы, в сборе средств на вооружение, проявляя постоянную заботу о нуждах раненых и инвалидов Великой Отечественной войны, о семьях военнослужащих. В Петропавловске работники аптекоуправления только в январе 1943 г. собрали в помощь Красной Армии на постройку эскадрильи «Медработник Казахстана» более 20 тыс. руб.

Многие медицинские работники, самоотверженно трудившиеся в годы войны, отмечены правительственными наградами. В Акмолинской обл. медалью «За доблестный труд» были награждены: врач поликлиники г. Акмолинска Мария Яковлевна Альман, главный врач больницы Анна Митрофановна Грицук, заведующая вендинспансером Софья Ильинична Качанова, заведующая детской поликлиникой Елизавета Ниловна Фелицина, заведующая Домом ребенка Полина Степановна Шимко, заведующая терапевтическим отделением Анастасия Герасимовна Бахарева, врач-бактериолог Якоби Садыковна Рахматулина, врач Ольга Лавровна Ермушкевич и др.

Великая Отечественная война потребовала от санитарных органов большого напряжения сил в предупреждении и лечении инфекционных заболеваний. Была организована чрезвычайная противоэпидемическая комиссия при Совнаркоме Казахской ССР, председателем которой был заместитель председателя Совнаркома республики Т.Т. Тажибаев, а в Министерстве здравоохранения эту работу возглавлял заместитель народного комиссара здравоохранения Казахской ССР профессор И.С. Корякин. Аналогичные комиссии были созданы при исполнительных органах областных, городских и районных Советов депутатов трудаящихся.

Под руководством комиссий были организованы санитарно-контрольные пункты на железнодорожных узлах, здравпункты на крупных станциях. Проводилась изоляция больных, санитарная обработка пассажиров, организуются изоляторы и карантинные

тинные пункты. Число коек для госпитализации инфекционных больных увеличилось на 12 тыс.

При Казахском государственном мединституте был открыт санитарно-гигиенический факультет, а при Алма-Атинской фельдшерской школе – отделение по подготовке фельдшеров и лаборантов. В 1941 г. в Казахстане было 33 врача-эпидемиолога, в 1945 г. – 105; число санитарных врачей увеличилось с 70 до 90. В государственной санитарной инспекции в 1945 г. работали 258 чел.

Борьбу с инфекционными и паразитарными болезнями координировал Бактериологический институт совместно с Республиканской станцией тропических болезней. В 1945 г. эти учреждения объединены в Научно-исследовательский институт краевой патологии.

В связи с тем что в годы войны в Казахстан прибывало большое количество беспризорных, бездомных, а бани работали неудовлетворительно, плохо обрабатывались очаги инфекции, в 1944 г. возникает угрожающее положение по сыпному тифу. Был утвержден план мероприятий по борьбе с сыпным и возвратными тифами. Особенно напряженным было состояние с заболеваемостью сыпным тифом в Акмолинской, Kokчетавской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Кустанайской обл.¹³⁴ Согласно годовому отчету о движении острозаразных заболеваний в Казахстане за 1944 г., отмечена высокая заболеваемость корью (Акмолинская обл. – 1069 случаев, Северо-Казахстанская – 1726, Kokчетавская – 941), а также коклюшем, дифтерией, токсической диспепсией, ветряной оспой, скарлатиной, паратифами и другими заболеваниями¹³⁵.

Госпитализация при токсической диспепсии составляла от 53,6 до 90,0%, скарлатине – 95,2 – 100,0, дифтерии – 96,6 – 100, коклюше – 7,8 – 14,3, кори – 3,9 – 29,3%. Во всех случаях заболевания дифтерией применялась противодифтерийная сыворотка, но в связи с бездорожьем, сурою зимой, поздним обращением ее применение часто запаздывало. Серопрофилактика кори была недостаточной, часто применялась родительская кровь. Недоставало осеннего детрита.

Для детей с острыми желудочно-кишечными заболеваниями в Петропавловске был организован дневной стационар на 35 коек. В детских учреждениях выделяют группы детей с неустойчивым стулом¹³⁶.

Для борьбы с малярией создаются эпидемические отряды. Только в 1944 г. работали: отряд в Акмолинской обл. под руководством заместителя главного госсанинспектора А.В. Лызловой; в Kokчетавской обл. – под руководством врача бруцеллезной станции Козловой; в Северо-Казахстанской обл. – под руководством зав. санитарно-гигиенического отдела КИЭМа П.В. Дмитриевского¹³⁷.

В период войны большая работа проводилась по борьбе с туберкулезом и кожно-венерическими заболеваниями. Врачей этого профиля готовили в КазНИИ туберкулеза и КазНИИ кожно-венерических болезней. В 1941 г. в Казахстане было 29 туберкулезных учреждений (тубдиспансеры, пункты и кабинеты) и 47 кожно-венерических учреждений, в 1945 г. – 42 и 51 соответственно, число коек для туберкулезных больных увеличилось с 582 до 1124, а кожно-венерических – с 609 до 823. За это время заболеваемость туберкулезом по сравнению с дореволюционным периодом сократилась в 15 раз, а кожно-венерическими болезнями – в 4 раза.

Благодаря проведению больших профилактических мероприятий, в годы войны не было допущено больших эпидемий, которые имели место в периоды прошлых войн во всех капиталистических странах и армиях. Вспышки сыпного тифа в 1942 и в 1944 гг. в связи с прибытием большого числа эвакуированного населения в республику были ликвидированы. Как показатель санитарного благополучия советского тыла в минувшую войну, приведем такой пример: число умерших детей до одного года на 1000 родившихся в Казахстане за годы войны уменьшилось почти в три раза. И что особенно характерно, в годы войны продолжала развиваться наука и научные учреждения.

В 1944 – 1945 гг. были открыты Институт физиологии, Институт клинической и экспериментальной хирургии и Институт краевой патологии при Академии наук Казахской ССР, кадры для которых выделил Казахский государственный медицинский институт.

В годы Великой Отечественной войны была проявлена огромная забота партии и правительства о детях и матерях. 23 января 1942 г. СНК СССР принял решение об устройстве детей, оставшихся без родителей, а 27 октября 1942 г. – постановление по улучшению работы здравоохранения и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей. Значительно расширена сеть детских учреждений, установлены нормы снабжения детей молоком. Организованы столовые усиленного и диетического питания для детей в возрасте от 3 до 13 лет. Учреждены должности городских и районных педиатров, в обязанности которых вменялся контроль за работой детских учреждений и руководство всей работой по вопросам охраны здоровья детей.

За годы войны выросла сеть детских лечебно-профилактических и оздоровительных учреждений: детских и женских консультаций, постоянных и сезонных яслей, молочных кухонь, летних оздоровительных лагерей. В Казахстане количество детских домов выросло с 10 до 175, увеличилось количество мест в яслях с 17 900 до 24 258, выросло количество детскo-

женских консультаций с 187 до 277, молочных кухонь – с 83 до 136. Работали 675 врачей-педиатров [103].

За годы войны в Казахстан прибыли 149 детских домов, насчитывающих 19 тыс. воспитанников, зарегистрировано 93 153 ребенка, оставшихся без родителей. Необходимо было в кратчайшие сроки восстановить нарушенный режим питания прибывших детей, устраниТЬ психические травмы, сохранить каждую детскую жизнь.

Органы здравоохранения республики возглавили и провели в жизнь патриотическое движение по усыновлению и патронажу детей-малюток (отдано на усыновление более тысячи детей до трехлетнего возраста). Как и во всей стране, в областях Северного Казахстана делалось очень много для обеспечения в местах нового расселения детей первоочередной и квалифицированной медицинской помощью, предупреждения распространения детских инфекций. Детские консультации охватывали наблюдением детей до трехлетнего возраста, расширилась работа молочных кухонь, организовалась сеть раздаточных пищевых пунктов.

Поскольку женщины работали нередко вочные смены, возникла необходимость в новом типе детских учреждений – яслях с круглосуточным дежурством персонала. Для больных детей создавались особые стационары, санаторные группы, группы дифференцированного обслуживания детей, получавших недостаточное питание, больных рахитом и др.

Но нельзя забывать, что трудности военного времени сказались и на детских учреждениях. Например, в Акмолинской обл. в 1943 г. было всего 54 яслей. В них отмечены скученность, недостаток белья и посуды, завшивленность детей¹³⁸.

Если родильная сеть в городах обеспечивала в основном прием родов в больничной обстановке, то в сельской местности – только на 5%, в 50% случаев помощь оказывалась на дому¹³⁹.

В 1945 г. отмечалась высокая неукомплектованность педиатрами и гинекологами (родильные койки используются в Акмолинской обл. на 12%, в Kokчетавской – на 8%). Гинекологическим больным оказывается только оперативная помощь. Нарушается участковость и связь между детскими и женскими консультациями, плохо проводится патронаж, неудовлетворительна борьба с абортами. Неудовлетворительное санитарное состояние детских учреждений приводило иногда к вспышкам инфекционных заболеваний¹⁴⁰.

В 1943 г. в Акмолинской обл. было 8 детдомов, пять из них в районах: Атбасарском, Енбекшильдерском, Калининском, Молотовском, Рузаевском. В детских домах регистрируется заболеваемость чесоткой, трахомой, конъюнктивитами. Высокая скученность, дети спят по 2 чел. на койке. Недостает инвентаря, обмундирования, белья, мебели, посуды¹⁴¹.

Президиумом Верховного Совета СССР 8 июля 1944 г. издан Указ «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усиление охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и «Медали материнства».

* * *

Заключая данный период, следует заметить, что медицинские работники Северного Казахстана, как и весь советский народ, внесли достойный вклад в дело победы в Великой Отечественной войне. В эти годы достигнуты значительные успехи в лечении раненых и больных. Удалось предупредить развитие массовых эпидемий – неизменных спутников всех войн в прошлом.

Были успешно решены и такие важнейшие проблемы, как охрана здоровья рабочих и сельских жителей, охрана здоровья и жизни детского и женского населения. Родина высоко оценила ратные и трудовые подвиги медиков Северного Казахстана.

Здравоохранение в послевоенный период и в первые годы освоения целинных земель (1946 – 1964)

Война принесла советскому народу огромные жертвы и разрушения. Свыше 20 млн. советских людей погибли на полях сражений, погребены под развалинами городов и сел, расстреляны фашистами, замучены в гитлеровских концлагерях. Миллионы людей стали инвалидами, остались без крова.

В марте 1946 г. Верховный Совет СССР принял четвертый пятилетний план, в котором предусматривались мероприятия по дальнейшему улучшению медицинской помощи населению, росту числа больничных коек, сети женских и детских консультаций, детских яслей, восстановлению сети домов отдыха, санаториев, увеличению производства лекарственных средств, медицинских инструментов и оборудования.

Важным и оправдавшим себя в условиях восстановительно-го периода организационным мероприятием явилось объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами в единые лечебно-профилактические учреждения, осуществленное в 1947 – 1950 гг.

Совет Министров Казахской ССР сыграл большую роль в привлечении внимания к вопросам здравоохранения местных Советов депутатов трудящихся, общественных организаций, обеспечив выполнение принимаемых плановых обязательств по развитию сети здравоохранения.

После объединения больниц с поликлиниками постепенно происходит разукрупнение врачебных участков. В те годы многие участки были не укомплектованы постоянными участковыми врачами. Неудовлетворительно было поставлено и дело с оказанием скорой помощи населению, остро недоставало врачей, отсутствовал соответствующий транспорт.

В стране ощущался недостаток топлива, и многие лечебные учреждения зимой плохо отапливались. Значительная часть учреждений за годы войны обветшала и нуждалась в капитальном ремонте.

В сельском здравоохранении, наряду с дальнейшим ростом лечебных учреждений и увеличением числа врачей, начала складываться система организации специализированной медпомощи сельскому населению. В 1947 г. был издан приказ МЗ СССР «О структуре и нормативах лечебно-профилактических учреждений в сельских центрах и типовых штатах медицинского персонала сельских участковых и районных больниц». Была взята установка на реорганизацию участковых амбулаторных учреждений в больничные, объединение районных больниц с другими районными лечебно-профилактическими учреждениями. В короткие сроки во многих районных больницах были созданы отделения по пяти основным специальностям. Большое значение придается в сельском здравоохранении областной больнице как центру высококвалифицированной лечебной помощи населению, консультативного и организационно-методического центра по повышению качества работы районных учреждений.

Организация медицинского обслуживания сельского населения встречала значительные трудности. В Казахстане в 10 областях из 16 профилизация коечного фонда находилась в начальной стадии, как правило, выделялись только койки для рожениц, родильниц и инфекционных больных. Совершенно не было коек для хирургических больных в сельских больницах Акмолинской обл., в Северо-Казахстанской было 15 коек, в Kokчетавской – 10 хирургических коек.

Мощность сельских больниц была небольшой: 73,4% имели до 25 коек, 22,0% – 26 – 50 и только 4,6% – более 50 коек.

За период с 1947 по 1950 г. количество сельских врачебных участков увеличилось в Акмолинской обл. с 18 до 21, а количество коек – с 318 до 335; в Kokчетавской обл. – с 14 до 16, а коек – с 240 до 285; в Северо-Казахстанской обл. – с 23 до 32, а коек – с 206 до 250. Районные больницы к 1950 г. имелись во всех областях Северного Казахстана, но мощность их была не-

велика: в Акмолинской обл. было 12 районных больниц со средней мощностью – 45 коек; в Kokчетавской обл. – 10 больниц со средней мощностью 44 койки; в Северо-Казахстанской – 10 больниц со средней мощностью 33 койки. В г. Акмолинске хозяйственным способом построена больница для сельского района (зав. райздравом В.М. Власова)¹⁴².

Повышается интерес к изучению показателей работы, проводятся клинико-диагностические, тематические и патологоанатомические конференции, съезды сельских врачей.

В 1947 г. в каждой области имелась санитарная авиация. Значительные трудности были при организации областных больниц, в большинстве областных центров в 1947 – 1948 гг. было только по одной многопрофильной городской больнице.

В Петропавловске областная больница была открыта 29 апреля 1950 г. на базе областной физиолечебницы. Развернуто 100 коек: неврологическое и терапевтическое отделения – по 30 коек, онкологическое и костносуставного туберкулеза – по 20 коек. Работали всего восемь врачей: П.А. Нефедов (главный врач), О.Г. Устинова, Р.И. Кудрина, А.А. Бабаянц, Т.Т. Самсонова, К.М. Глазкова, Т.Н. Колодова, И.Ф. Черезов¹⁴³.

Кокчетавская областная больница была открыта в 1950 г. на базе областной хирургической больницы. Мощность больницы 75 коек с двумя отделениями – терапевтическим и хирургическим. Работали врачи Ф.П. Незамаев, А.И. Науменко, Т.П. Соловьева, В.А. Маслов и др.¹⁴⁴

В эти же годы происходит объединение санитарно-противоэпидемических станций с Госсанинспекцией. Осуществляется дальнейшее расширение и укрепление ФАПов, аптек и аптечных пунктов.

Значительно повысилось финансирование на здравоохранение и физкультуру: на 1 чел. в среднем в 1940 г. выделялось 39,4 руб., в 1950 г. – 87,6 руб.

Очень острым оставался вопрос обеспечения врачебными кадрами сельских врачебных участков: в 1950 г. 40,0% из них не имело врачей.

Быстрыми темпами развивалась санитарно-эпидемическая служба. Усиливается работа по санитарной охране источников водоснабжения, воздушного бассейна, почвы, по согласованию проектов промышленного и гражданского строительства с органами здравоохранения. Оставались актуальными вопросы борьбы с инфекционными и социальными болезнями. На заседании бюро обкома КП(б) от 31 июля 1946 г. был рассмотрен вопрос «О состоянии медицинского обслуживания населения Акмолинской области», особое внимание удалено вопросам снижения и ликвидации сыпного и брюшного тифов, малярии, бруцеллеза, детских инфекций. Было отмечено, что в области недостает 97 врачей, не оказывается высококвалифицированная хирургическая помощь, нет рентгенологов, оториноларинголо-

гов, окулистов, невропатологов, высококвалифицированных терапевтов и др.¹⁴⁵

Проводимые мероприятия уже в первые послевоенные годы способствовали значительному снижению общей смертности в Казахстане: в 1940 г. – 21,6, а в 1950 г. – 11,7 на 1000 чел. населения. Значительно увеличилось число врачей всех специальностей: в Kokчетавской обл. уже работал 201 врач, или больше, чем в 1940 г., в 1,8 раза; в Северо-Казахстанской – 268, или больше в 2,2 раза, в Акмолинской – 229, или в 2,2 раза больше, чем в 1940 г. Обеспеченность врачами на 10 000 населения составила в Kokчетавской обл. 6,0, в Северо-Казахстанской – 7,6, в Акмолинской – 6,9.

В Kokчетавской обл. увеличение числа врачей в городе опережало соответствующий показатель в сельской местности (в городе – в 2,1 раза, на селе – в 1,7); обеспеченность врачами на 10 000 населения в городской местности составила 10,8, в сельской – 2,9. В Северо-Казахстанской обл. с 1940 по 1950 г. число врачей в городе увеличилось в 1,8 раза, на селе – в 3,1 раза, обеспеченность на 10 000 чел. составила 11,3 и 3,7 соответственно. Несмотря на то что в Акмолинской обл. число врачей в городе увеличилось в 1,8 раза, а на селе в 2,2 раза, самая низкая обеспеченность врачами среди областей Северного Казахстана сохранилась и составила 7,8 в городе и 2,2 – на селе на 10 000 населения.

Темпы роста числа больничных коек отставали от роста числа врачей: в 1950 г. в Kokчетавской обл. было 1,5 тыс. коек, или 44,8 на 10 000 населения, в Северо-Казахстанской – 1 тыс., или 47,8, в Акмолинской – 2 тыс., или 45,7 на 10 000 населения. Темп роста числа коек в сельской местности несколько опережал данный показатель в городской, особенно в Акмолинской (в 2,1 раза), в Северо-Казахстанской (1,4) и меньше в Kokчетавской обл. (в 1,1 раза).

В 2,1 раза увеличилось количество средних медработников в Северо-Казахстанской обл. и составило 1118 чел., в 1,9 раза в Акмолинской – 1265 чел., в 1,6 в Kokчетавской – 822 чел.

Значительно улучшается обеспеченность врачами-хирургами, акушерами-гинекологами, фармацевтами, фтизиатрами, санитарными врачами, но очень мало врачей отоларингологов (Kokчетавская обл. – 3, Северо-Казахстанская – 2, Акмолинская – 1), невропатологов (2, 6 и 2 соответственно), а врачи-психиатры отсутствовали в Kokчетавской и Северо-Казахстанской обл.¹⁴⁶ В Акмолинской обл. работал один врач-психиатр – Г.Г. Фауст¹⁴⁷.

С началом 50-х годов перед здравоохранением стояли задачи рациональной дислокации всех стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений. Необходимо было добиться правильного соотношения стационарных и амбулаторно-поликлинических отделений, профилизации коечного фонда. Требо-

валось упрочить территориально-участковый принцип обслуживания, повысить качество лечебно-профилактической помощи, особенно сельскому населению.

В послевоенные годы остаются под пристальным вниманием вопросы охраны здоровья детей и женщин. Строятся и открываются родильные дома в областных центрах и городах, открываются новые консультации и детские ясли. Особенно быстрыми темпами развивается сеть педиатрических коек, увеличивается количество педиатров. В дополнение к имеющемуся педиатрическому факультету в Алма-Атинском медицинском институте в 1951 г. открываются педиатрические факультеты в Карагандинском и Семипалатинском медицинских институтах. Увеличивается количество акушеров-гинекологов.

Ежегодные выпуски медучилищ в Петропавловске, Kokчетаве и Акмолинске и приезд выпускников из других республик способствовали увеличению числа средних медработников.

Появляются специализированные детские больницы для костно-туберкулезных и психоневрологических больных, грибковые стационары для детей и др.

В 1946 г. план развития ясельной сети в Казахстане был реализован на 89,0% в городе и 84,4% – на селе. Но нередко прирост мест шел главным образом путем уплотнения сети существующих яслей и только частично за счет строительства (на 1 ребенка приходилось 1,5 – 2 м² площади).

План развертывания домов ребенка был выполнен на 80,0%, укомплектованность педиатрами – 84,0%.

В детских консультациях получает развитие патронаж новорожденных: в течение 10 дней патронажем охватываются от 75 до 100,0% детей; вводится учет ослабленных детей, контроль над физическим развитием и состоянием здоровья. Одними из первых в республике стали работать по системе единого педиатра в Акмолинской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской обл. и в г. Алма-Ате. В школах перед началом занятий проводятся медосмотры, особенно семилеток. Организуются санактивы, санпости, первичные организации Красного Креста из учащихся. Но еще многие школы не имели специальных помещений для проведения занятий по физической культуре, не хватало медицинских работников: из 571 штатной единицы врачей было занято 432, работали 349 врачей; на одного врача часто приходится 2 – 2,5 ставки нагрузки. Такое же положение со средними медработниками¹⁴⁸.

В Акмолинской обл. в 1947 г. было 129 детских соматических коек, 184 – детских инфекционных. Летальность по детским отделениям составляла 13,7%. Имелись детская консультация (обслуживающая детей до трех лет), детская поликлиника, двое детских яслей, Дом ребенка и детская туберкулезная больница. Были зарегистрированы за I полугодие 1947 г. 26

случаев скарлатины, 95 – кори, 2 – дифтерии, 120 – гриппа, брюшной и сыпной тифы¹⁴⁹.

Не отвечали санитарно-гигиеническим требованиям и родовспомогательные учреждения. Например, в Акмолинском роддоме (организатор и первый главврач Е.П. Холмовская) отмечалась скученность больных, не хватало мебели, белья, посуды.

В роддоме не было врача-педиатра. Наметились тенденции в улучшении качества медицинского обслуживания женщин: введены методы обезболивания родов, применяется для лечения пенициллин¹⁵⁰.

Как работали женско-детские консультации, можно проиллюстрировать на примере г. Акмолинска. Из двух городских консультаций одна имела дневной стационар для детей с диспепсией, отсутствовали лаборатории, изоляторы. Имелась одна молочная кухня, но молочные смеси были однообразного ассортимента и часто подавались с перебоями. Не все дети были обследованы на туберкулез и вензаболевания¹⁵¹.

В эти годы (с 1945 г.) большой вклад в развитие акушерско-гинекологической службы Акмолинской обл. внес заслуженный врач Казахской ССР Михаил Николаевич Пак. Вначале он работал заведующим роддомом, а с 1949 по 1960 г. – областным акушером-гинекологом. Его труд отмечен правительственные наградами: орденом Трудового Красного Знамени, медалями «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг.» и «За освоение целинных и залежных земель»¹⁵².

После войны особое внимание уделяется детям-сиротам. Но война и разруха нередко мешали реализации принимаемых постановлений по охране здоровья детей-сирот. Например, результаты обследования Дома ребенка в г. Акмолинске в 1948 г. показали, что физическое развитие детей было неудовлетворительным. Отмечалась высокая смертность детей в детских домах. Помещения были в антисанитарном состоянии, не проветривались, в них прочно поселились клопы и тараканы. Отмечалась завшивленность детей и персонала. Большое число детей страдало пиодермией, опрелостями, диспепсией. «Дети бледные, скучные, вялые, одеты неаккуратно, почти нет игрушек»¹⁵³.

На питание одного ребенка отпускалось 8 руб. в сутки, ассортимент продуктов оставался скучным, однообразным, не было совсем сухофруктов, отмечались перебои в снабжении пшеничной мукой, сахаром, манкой. Необычайно остро стоял вопрос снабжения Дома ребенка молоком. В осенне-зимний период Дом ребенка совсем не получал молока.

Из поступивших в 1948 г. в Дом ребенка 147 детей в хорошем состоянии было 24, в удовлетворительном – 63, ослабленных – 60. Дети страдали рахитом и дистрофией. Всего было 58

случаев заболеваний (32,7 случаев на 100 детей): бронхопневмония, простая диспепсия, оспа ветряная, токсическая диспепсия, коклюш, конъюнктивиты, энтероколиты, малярия. Наибольшее число умерших было от желудочно-кишечных заболеваний, заболеваний органов дыхания, туберкулеза. Среди умерших детей в возрасте до 6 мес было 42%, от 6 мес до 1 года – 40 и старше года – 18%.

В 1950 г. положение в Доме ребенка улучшилось, были закреплены постоянные кадры: врач-педиатр, врачи-консультанты, произведен ремонт здания, приобретена корова, пополнен мягкий инвентарь. В результате уменьшились заболеваемость и смертность. Но оставалась скученность, помещение карантинной группы не отвечало санитарным требованиям. Питание оставалось однообразным, не хватало овощей, фруктов, молока¹⁵⁴.

Детская смертность составила в Акмолинской обл. в 1948 г. 90,0 на 1000 родившихся (основные причины – заболевания органов дыхания и сопутствующие – рахит, дистрофия, искусственное вскармливание). Число детей в возрасте до трех лет на одном участке – 3800¹⁵⁵.

С 1948 г. основным типом лечебно-профилактического обслуживания детей становится объединенная детская больница, в состав которой входят стационар, детские поликлиники, консультации, молочные кухни. С 1951 г. положено начало дородовому патронажу, который вскоре получил большое распространение.

Прогрессивное значение имел переход на участковое обслуживание детей, участковый педиатр на своем участке стал наблюдать всех детей от момента выписки из родильного дома до 14-летнего возраста.

25 июня 1949 г. решением исполкома Акмолинского городского Совета народных депутатов трудящихся для размещения детской больницы предоставляется помещение в юго-восточной части города по ул. Пятилетки (один одноэтажный дом). Заведующей горздравотделом Ольге Лавровне Ермушкевич вменяется в обязанность принять данное помещение и немедленно приступить к ремонту (окончание ремонта до 15 июля 1949 г.) Но детская соматическая больница на 50 коек в Акмолинске была открыта лишь 10 декабря 1950 г. (объединенная с детской консультацией и детской поликлиникой). Часть твердого инвентаря и оборудования были переданы на баланс детской больницы из Атбасарской трахоматозной больницы¹⁵⁶.

Усиливается внимание к вопросам медицинского обслуживания женщин, занятых в промышленности, но имеющаяся база не обеспечивает выполнения должностных требований. Это можно проследить на примере Акмолинской обл. Крупными промышленными предприятиями в те годы были заводы «Казахсельмаш» в г. Акмолинске, завод им. Ленина в Макинске,

крупные рудники Джоломбет, Бестюбе, Степняк, рудник им. Сталина, Тургай, фабрика «Профинтерн» в Молотовском районе и мебельный комбинат в Шортандинском районе.

Ни на одном из этих предприятий до 1950 г. не были организованы комнаты личной гигиены, комнаты для кормления грудных детей и бытовые комнаты. Начальники медсанчастей и здравпунктов не вели специального учета, не изучались причины производственных травм. Оставался еще значительным травматизм среди женщин-работниц. На предприятиях не проводились профилактические осмотры женщин с целью раннего выявления раковых и гинекологических заболеваний. Обслуживание стационарным родовспоможением женщин-работниц было недостаточным. Слабо велась борьба с внебольничными абортами. Не было социально-правовых кабинетов, не изучалось влияние профвредностей на детородную функцию женщин¹⁵⁷.

С начала 50-х годов на предприятиях, где работало более 300 женщин, начали организовываться комнаты личной гигиены и комнаты для кормления детей. Внедряется система обязательных периодических осмотров, проводится комплекс мероприятий по борьбе с абортами.

Увеличивается сеть детских консультаций и коек для стационарного лечения детей. К 1950 г. консультаций, ведущих прием детей, в Акмолинской обл. было 19, в Kokчетавской - 16, в Северо-Казахстанской - 13, развернуто коек для больных детей соответственно 340, 228 и 530.

В Казахстане наметилась тенденция снижения рождаемости: 1940 г. - 41,1%, 1950 г. - 37,6%. В 2,3 раза снизилась детская смертность: в 1940 г. - 179 на 1000 родившихся, в 1950 г. - 77. Смертность была даже несколько ниже, чем в целом по СССР в 1950 г. - 81,0 на 1000 родившихся [36].

В эти годы была продолжена работа по ликвидации таких заболеваний, как малярия, трахома, парша. Большой вклад в улучшение медицинского обслуживания населения Акмолинской обл. в эти годы внесли врачи Ф.Л Купферман, Я.С. Рахматулина, Ю.Д. Грязнова, В.Л. Двойрин, Ф.Ш. Мухаметова, А.И. Титова, П.С. Гарин, Р.В. Давыдова, К.В. Овсянникова, М.Ф. Геннинг, А.Г. Гардт, А.М. Попов, Г.Г. Faуст и др¹⁵⁸; в Kokчетавской обл. - врачи В.А. Маслов, А.И. Науменко, А.И. Тиунова, О.К. Ундиц, М.В. Бычок, Р.А. Голод, В.С. Романов, А.И. Алибеков и др.¹⁵⁹; в Северо-Казахстанской обл. - врачи Р.Г. Сафимова, Т.Г. Загарских, М.И. Ладыгина, Н.Ф. Хоменко, И.В. Приказчиков, Л.И. Богородицкая, М.М. Купицкий, Л.В. Купицкая, Г.Н. Соколова, П.Д. Меньшикова, А.Н. Остроумова, Т.О. Самсонов, П.А. Чекина, А.Д. Яшин и др.¹⁶⁰

Начавшееся после постановлений сентябрьского (1953 г.) и февральско-мартовского (1954 г.) Пленумов ЦК КПСС освоение

целинных и залежных земель имело большое значение для дальнейшего развития здравоохранения в Казахстане.

Для освоения целинных и залежных земель в Казахстан приехали сотни тысяч патриотов: механизаторы, строители, медицинские и другие работники. Одни названия совхозов – «Московский», «Одесский», «Минский» и другие – говорили о высоком интернационализме и всенародном патриотизме.

Развивается промышленность республики, большие изменения произошли в области дальнейшего развития сельского хозяйства.

Темпы роста населения целинных областей Казахстана были самыми высокими в стране. Так, за 10 лет население Северо-Казахстанской обл. увеличилось на 95%, Целиноградской – на 85%; приток новоселов шел в основном за счет людей молодого возраста.

В Акмолинской обл. в первые же годы предстояло организовать 77 совхозов и 5 МТС, в Kokчетавской – 54 и 4, в Северо-Казахстанской – 19 и 4 соответственно.

Постановлением ЦК КП Казахстана и Совмина КазССР, приказом МЗ СССР № 40 от 20.03.54 г. регламентировалось практическое осуществление мер по здравоохранению в целинных районах. Прежде всего предстояло обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие прибывших контингентов и местного населения, организовать профилактику травматизма, родовспоможение, охрану здоровья детей и специализированную медпомощь. Эти проблемы невозможно было решить только силами медработников. Большую помощь оказывали советские и партийные органы, местное население.

Перед медиками стояли определенные задачи: не допустить широкого распространения инфекционных и других заболеваний, организовать медицинскую помощь в местах дислокации прибывшего населения.

Медработники, снабженные оборудованием и медикаментами, направлялись в существовавшие медицинские учреждения, одновременно десятки участковых больниц и сотни фельдшерско-акушерских пунктов начинали свою работу в палатах, вагончиках и других временных сооружениях.

Решались задачи профилактики заболеваний, особенно желудочно-кишечных инфекций. Это достигалось путем хлорирования воды в емкостях, благоустройством существующих и строительством новых колодцев и скважин. Осуществлялся санитарный контроль за участками водозабора из открытых водоемов. Усиlena работа по санитарному просвещению, организуются санитарные посты, но порой приходилось прибегать и к административным мерам.

В первые годы освоения казахстанской целины в Алма-Ате был создан центр для проведения санитарно-просветительной работы по единому плану и научной методике. В республикан-

ском Доме санитарного просвещения стали работать опытные врачи – санпросветорганизаторы. Накапливалась специальная литература, разрабатывались необходимые методические пособия. В областях были открыты областные Дома санитарного просвещения, которые, изучая конкретную обстановку в районах, готовили кадры санпросветорганизаторов для всех медицинских учреждений целинных областей, помогали подбирать необходимую литературу, налаживали гигиеническое обучение среди механизаторов и других совхозных рабочих и населения вновь открытых хозяйств.

Большое внимание уделялось при этом вопросам профилактики сезонных заболеваний, налаживанию правильного быта, питания и гигиенического воспитания. В совхозах и в бригадах создавались санпости и походные аптечки. Своевременная санитарно-гигиеническая пропаганда дала положительные результаты. При огромных масштабах переселения на новые земли в Казахстане не было допущено вспышек массовых заболеваний. Благодаря быстрому развертыванию обширной сети новых больниц в целинных хозяйствах, усилиям медицинских работников и влиянию санитарного просвещения, постоянно снижалась заболеваемость как острыми инфекционными, так и другими болезнями. Одновременно шла интенсивная иммунизация населения, особенно детей, против дифтерии, полиомиелита и других инфекций.

В Акмолинской обл. за 1954 – 1955 гг. было развернуто 67 больниц на 731 койку, в Kokчетавской – 48 больниц на 590 коек, в Северо-Казахстанской – 26 больниц на 265 коек. На 1000 населения в 1955 г. приходилось по КазССР 4,5 койки, по Акмолинской обл. – 5,0, по Kokчетавской – 5,2, по Северо-Казахстанской – 4,1. Только в Есильском районе Акмолинской обл. за 1954 – 1955 гг. была открыта 21 участковая больница [114, 115].

Организация медицинской помощи осуществлялась в несколько этапов: I этап – комплектование штатов, подготовка инструментов, медикаментов, доставка их на узловые железнодорожные станции, в областные и районные центры; II этап – развертывание больниц и фельдшерско-акушерских пунктов, нередко во временных помещениях, палатах, вагончиках; III этап – переход в стандартные дома или другие помещения, пригодные для работы в зимних условиях; IV этап – строительство типовых или выделение специальных зданий для медицинских учреждений.

Руководство медицинской службой в те годы осуществляли в Северо-Казахстанской обл. В.Н. Новосельцев, в Kokчетавской – В.А. Скиртач, в Акмолинской – В.М. Мансветошвили.

Василий Михайлович Мансветошвили, участник Великой Отечественной войны, врач 3-го ранга, награжден орденом Красной Звезды и медалью «За оборону Сталинграда». Восем-

надцать лет жизни отдано им службе здравоохранения на целинных землях, за что был награжден орденом Трудового Красного Знамени. Затем он работал в Министерстве здравоохранения Казахской ССР – руководил республиканским госпиталем для инвалидов Великой Отечественной войны. В настоящее время В.М. Мансветошвили всю свою энергию и любовь отдает новому делу: он директор республиканского музея истории медицины и организации здравоохранения.

Владимир Николаевич Новосельцев был призван в армию со второго курса Омского медицинского института в 1942 г. девятнадцатилетним юношей. Воевал на Сталинградском и 2-м Украинском фронтах, был тяжело ранен, потерял руку. В 1944 г. вернулся в институт, окончил его и приехал в Петропавловск. Работал врачом-невропатологом в областной физиолечнице, заведующим первой городской поликлиники, заместителем главного врача и главным врачом 1-й Советской больницы. С 1955 по 1981 г. заведовал Северо-Казахстанским облздравотделом. Награжден орденами Трудового Красного Знамени и «Знак Почета», медалями.

Валентина Антоновна Скиртач, еще до назначения заведующей Кокчетавским облздравотделом, хорошо знала проблемы сельского здравоохранения. Выпускница Новосибирского медицинского института (1941), она начала работать врачом-фтизиатром, затем главным врачом Енбекшильдерского района. Она и в настоящее время отдает много сил противотуберкулезной службе, заведя организационно-методическим отделом областного противотуберкулезного диспансера. Награждена орденом Трудового Красного Знамени, имеет другие правительственные награды.

Работы по текущему и предупредительному надзору, предупреждению инфекционных заболеваний, благоустройству населенных мест, улучшению водообеспечения и очистке населенных мест проводились под руководством врачей областных СЭС (в Северо-Казахстанской обл. – Н.И. Ананьева, в Акмолинской – В.Н. Нагаева, в Кокчетавской – И.А. Погорелого).

Среди работников санитарной службы особенно следует отметить А.Д. Яшина, одного из первых санитарных врачей Северного Казахстана, заслуженного врача КазССР, отличника здравоохранения, кавалера ордена Ленина. Более полувека проработал он в области. В 1922 г. возглавил Явленский врачебный участок. Начиная с 1924 г. работал санврачом Петропавловского уезда. Памятным случаем было награждение его премией в честь 8-го Марта. Так матери через женотдел поблагодарили доктора за спасение жизни их детей, борьбу против детской смертности. Газета «Наша деревня» писала: «К нам приезжал врач Яшин, на его лекции было очень много народа, особенно женщин, уехал врач, а его слова запомнила каждая. Старухи ворчат на молодежь. – Што забавляется там...

наболтал брехун, а ему верят... – но не слушают уже молодые женщины наговоров старших. Детей в чистоте содержать стали, руки заставляют мыть, молоко цедят в стеклянную посуду, к учительнице за разъяснениями идут «Как да что?»¹⁶¹

Несколько легче стало работать в 30-е годы, выросла культура села, начался спад эпидемических заболеваний. В годы Великой Отечественной войны напряжение возросло вдвое. Вклад санитарного врача А.Д. Яшина в работу по предупреждению и ликвидации очагов инфекционных заболеваний отмечен медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.». В первые годы освоения целинных и залежных земель, несмотря на преклонный возраст, доктор Яшин активно работает. Он добрый наставник молодых коллег-медиков в Северо-Казахстанской обл.

Начинал работать в Соколовском районе в санэпидотделе и Н.П. Гончаров. До 1981 г. он возглавлял санэпидуправление Министерства здравоохранения Казахской ССР.

В годы освоения целинных и залежных земель большой вклад в развитие санитарно-эпидемиологической службы внесли также А.А. Кюргеян, В.А. Барабой, Ю.Я. Зеликман и др.

До 60-х годов санэпидстанции были объединены с районными больницами и назывались санэпидотделами. Санитарных врачей не хватало, транспорта почти не было, санэпидотделы часто не имели помещений, были маломощными. Нередко работа санэпидотделов возглавлялась средними медицинскими работниками.

В районы освоения целинных земель направлялись большие группы врачей, опытных организаторов здравоохранения. Во главе таких бригад были члены коллегии Минздрава КазССР, руководители научно-исследовательских институтов, ведущие специалисты и ученые Казахского медицинского института, руководители других республиканских учреждений. Всего за 1954 г. было осуществлено 376 выездов, а в 1955 г. – 565 выездов.

Для работы в целинных районах были направлены 154 врача из выпускников Казахского медицинского института, а вместе с врачами из РСФСР, Молдавии, Белоруссии, Грузии, с Украины, из Прибалтийских и других республик только в 1954 г. в районы освоения целинных и залежных земель приехали 189 врачей и 1235 средних медицинских работников [115].

За этот же период было скомплектовано 14 больниц и вместе с врачами и средним медперсоналом направлены в Казахстан из Москвы, Киева, Харькова и других городов; 6 отрядов направлено из Алма-Аты. Все это позволило укомплектовать медицинскими кадрами лечебные учреждения и санитарно-эпидемиологические станции.

Бригада АМН СССР под руководством проф. Л.Г. Ратгауза уделила особое внимание формам организации санитарного обслуживания колхозов, совхозов, МТС, санитарному надзору за условиями труда и питания.

Были введены обязательные профилактические осмотры по месту жительства лиц, выезжающих на целину. Повышены требования к конструкции сельскохозяйственных машин, проектированию ремонтных мастерских, развертыванию полевых станов, к сухому протравливанию зерна.

В наиболее крупных целинных областях при областных санитарно-эпидемиологических станциях создаются отделы вирусных инфекций, постоянно действующие отряды по борьбе с туляремией и бруцеллезом.

Большой вклад в организационно-методическую работу по оказанию медицинской помощи в целинных районах внесли министр здравоохранения КазССР С.Р. Корынбаев, заслуженный деятель науки, профессор И.С. Корякин, действительный член АМН СССР, профессор А.А. Вишневский и др.

В начале освоения целинных и залежных земель основные показатели здравоохранения находятся в прямой связи с темпами развития сельского хозяйства. Только за 1954–1955 гг. число коек увеличилось в среднем по СССР на 28,3%, а по КазССР – на 52,7%, причем в городской местности – на 47,5%, а в сельской местности – на 66,9%. Обеспеченность койками в Казахстане в городской местности составила 9,6, а в сельской – 3,8 на 1000 чел. населения; происходит дальнейшая специализация коечного фонда: число терапевтических коек увеличилось в 2 раза, детских инфекционных в 2,4 раза, для беременных и рожениц – на 81,5%; соответственно число непрофильных коек снизилось с 30,4 до 25,8%.

В связи с тем что расстояния между хозяйствами были большими (от 18 до 30 км и более), с целью приближения медицинской помощи часть ФАПов заменяется участковыми больницами, открываются новые участковые больницы. Все это приводит к росту числа больниц малой мощности в сельской местности. Например, в 1955 г. средняя мощность районных больниц составляла в Казахстане 50,4 койки, участковых – 11,7 койки; 91,8% сельских больниц имели менее 25 коек. В 1954 г. в районах освоения целинных земель открыто 76 участковых больниц на 779 коек, 96 ФАПов, 200 аптечных пунктов и аптек. В 1955 г. в новых совхозах открыта 221 участковая больница, 63 ФАПа, 231 аптечный пункт и аптека [5, 51, 62, 107, 108, 112, 113, 114, 119, 134, 136].

Одновременно уделяется внимание улучшению медицинской помощи городскому населению. На Казахском республиканском совещании медицинских работников по дальнейшему улучшению обслуживания городского населения и рабочих промпредприятий (1958) отмечалось, что в большинстве лечеб-

ных учреждений внедрена территориальная и цеховая участковость, созданы необходимые условия для внедрения диспансеризации. Однако еще не везде разукрупнены участки, диспансерный метод не занял ведущего места, профилактические осмотры проводятся без обязательного рентгенологического и лабораторного обследования; неудовлетворительно осуществляется медико-санитарное обслуживание подростков, страдает организация лечебно-профилактической помощи детям, сеть детских яслей, молочных кухонь и детских больниц не удовлетворяет возросших потребностей. В 1959 – 1960 гг. организуются специализированные детские стационары по хирургии, травматологии и ортопедии, отоларингологии и др. [125].

С 27 января по 5 февраля 1959 г. проходил внеочередной XXI съезд КПСС. Утвержденный съездом семилетний план (1959 – 1965) предусматривал дальнейшее развитие советского здравоохранения. 14 января 1960 г. было принято постановление ЦК КПСС и Совмина СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР». В целях обеспечения населения высококвалифицированной специализированной медпомощью была поставлена задача строить в городах крупные больницы мощностью не менее 300 – 400 коек, а в больших городах – на 600 коек и более, осуществить укрупнение сельских районных больниц до 200 коек и более, прекратить строительство сельских участковых больниц менее чем на 35 коек.

Большое место в постановлении заняли вопросы подготовки медицинских кадров и их усовершенствования. В целях повышения квалификации и правильного использования врачебных кадров вводилась аттестация врачей. Указано на необходимость усиления работы по предупреждению, выявлению и лечению бруцеллеза, острых кишечных инфекций, полиомиелита и других заболеваний. Поставлена задача полной ликвидации малярии.

Более активно проводится борьба с кожно-венерическими болезнями. Только за период с 1952 по 1959 г. в Казахстане работали 53 экспедиции, в основном обследовались сельские жители. Всего были обследованы 20 157 787 чел., особое внимание уделялось выявлению и лечению микозов, чесотки, венерических заболеваний. Комплекс проводимых мероприятий позволил снизить к 1959 г. заболеваемость в сравнении с 1949 г. свежими формами сифилиса в 29 раз, рецидивными формами – в 49 раз, а вообще заболеваемость заразными формами сифилиса – в 35 раз [114, 115].

Заболеваемость острой гонореей снизилась в 2,1 раза, фавусом – в 5,4 раза. Практически к концу 50-х годов ликвидирована трахома. По данным работы глазных отрядов, пораженность в 1952 – 1956 гг. составляла 0,95 – 1,1% [9, 99, 108, 114, 123].

После III съезда медработников Казахстана (февраль, 1957 г.) реорганизуется районное звено сельского здравоохранения: упраздняются райздравотделы, медицинскую службу в районе возглавляет главный врач районной больницы. Это позволило осуществить единое руководство лечебными, профилактическими и санитарными мероприятиями, более рационально использовать кадры и материальные ресурсы, улучшить качественные показатели работы. Большинство главных врачей районов были членами и депутатами исполкомов, вопросы охраны здоровья чаще стали обсуждаться на исполкомах местных Советов. Выделяются районные специалисты, намечаются более совершенные комплексные планы оздоровительных мероприятий, совершенствуются методы диспансеризации, большое внимание уделяется борьбе с сельскохозяйственным травматизмом, инфекционными и важнейшими неэпидемическими болезнями [128, 131].

Для совершенствования охраны материнства и детства, улучшения медицинского обслуживания во всех центральных районных больницах выделяются палаты или отделения для больных детей [4, 10, 103, 125]. Расширяется сеть детских яслей в совхозах, улучшается их работа.

Большую помощь оказывают организационно-методические бригады в составе специалистов Минздрава КазССР, Научно-исследовательского института охраны материнства и детства, кафедры педиатрии Казахского мединститута.

Только за период с 1950 по 1960 г. число коек для детей в Акмолинской обл. увеличилось в 2,8 раза и составило 462 койки, в Северо-Казахстанской – в 2,6 раза, или 406 коек, в Kokчетавской – в 1,8 раза, или 419 коек.

Количество врачей-педиатров увеличилось за этот же период в Акмолинской обл. с 31 до 64, в Северо-Казахстанской – с 37 до 59, а в Kokчетавской – с 17 до 42 чел. [36, 73, 103].

Возросли роль и значение женских консультаций, улучшились показатели проведения профилактической работы в них, увеличился охват специальными обследованиями беременных. Во многих консультациях и акушерско-гинекологических кабинетах организованы приемы по назначению и рекомендации противозачаточных средств. Охват медицинской помощью при родах в среднем составил 98,0% в городах и 75,7% – в сельской местности. Число акушеров-гинекологов в 1950 г. составляло в Акмолинской обл. – 17, в Kokчетавской – 8, в Северо-Казахстанской – 8, а в 1960 г. – 33, 26 и 36 соответственно.

Одним из показателей, характеризующих положительные сдвиги в здоровье населения, является снижение детской смертности с 77 в 1950 г. до 37 на 1000 родившихся в 1960 г. Рождаемость в 1960 г. по КазССР составила 36,7 (по СССР – 24,9), а смертность – 6,5 случаев на 1000 населения (по СССР – 7,1) [36].

Получают дальнейшее развитие специализированные виды медицинской помощи. Если за период с 1950 по 1960 г. общее число коек увеличилось в 2,7 раза в Kokчетавской, в 2,6 – в Акмолинской и в 2,1 в Северо-Казахстанской обл., то за это же время число коек терапевтического профиля увеличилось в Kokчетавской обл. в 4,2 раза, в Северо-Казахстанской – в 3,5 раза, более чем в три раза во всех областях увеличилось число коек хирургического профиля, причем начали функционировать онкологические диспансеры (30 коек – в Kokчетаве, 50 – в Северо-Казахстанской обл. и 40 – в Акмолинской); открываются или расширяются отделения для больных с глазными и оториноларингологическими заболеваниями. Укрепляются противотуберкулезная, дерматовенерологическая службы.

Количество коек для больных с психическими заболеваниями увеличилось в Kokчетавской обл. в 2,5 раза (250 коек), в Северо-Казахстанской – в 5 раз (100 коек); открывается диспансер в Акмолинской обл. на 220 коек. Значительно отстает неврологическая служба, а для оказания стационарной помощи было всего 13 коек в Kokчетавской обл. и 3 – в Акмолинской. В республике подготовку врачебных медицинских кадров осуществляли 4 медицинских института, 22 средних учебных заведения [36].

К началу 60-х годов, наряду с большими достижениями в организации медицинского обслуживания населения целинных земель Казахстана, отмечались и серьезные недостатки. Среди них – отставание лечебно-профилактической помощи от подъема сельскохозяйственного производства, особенно в создании материально-технической базы поликлиник, больниц и других медицинских учреждений. Планирование сети учреждений происходило без учета экономического развития отдельных районов и в целом областей, без углубленного изучения потребностей населения в отдельных видах лечебно-профилактической помощи. Малая мощность районных и участковых больниц сдерживала развитие специализированных видов медицинской помощи, а следовательно, ее приближение к сельскому населению. Сельские медицинские учреждения имели слабую оснащенность специальным оборудованием и аппаратурой, квалифицированными кадрами.

Поиски более рациональных форм организации медицинской помощи показали необходимость создания укрупненных сельских больниц мощностью не менее 25 – 35 коек, укрупнения районных больниц, организации крупных специализированных центров межрайонного значения.

Конкретные задачи партийных, советских, общественных организаций, органов управления промышленностью и сельским хозяйством, органов здравоохранения по улучшению дела охраны здоровья населения – были определены в постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по даль-

нейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» (1960). Постановление охватывало все стороны здравоохранения и было направлено прежде всего на развитие специализированных видов медицинской помощи, на приближение ее к городскому и сельскому населению.

На XXII съезде КПСС (1961 г.) во вновь принятой Программе КПСС ставилась задача полного удовлетворения потребности городского и сельского населения всеми видами высококвалифицированной медицинской помощи, значительного расширения сети медицинских и санаторно-курортных учреждений. Особое внимание было уделено вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

Все большее значение приобретают проблемы специализации медицинской помощи. Создаются специализированные больницы и специализированные отделения многопрофильных больниц [16, 39, 103, 116, 121, 127, 133].

Постановлением Президиума Верховного Совета КазССР, в ознаменование подвига народа в освоении целинных и залежных земель, 30 марта 1961 г. Акмолинск был переименован в Целиноград.

Высоко был оценен и труд медиков на целине. Более 200 медицинских работников были награждены орденами и медалями Союза ССР, а также значком «Отличник здравоохранения» и грамотами Верховного Совета Казахской ССР.

Среди удостоенных высокого звания Героя Социалистического Труда Раиса Степановна Боронина, вся жизнь и работа которой связана с Балкашинским районом. Сюда она приехала после окончания Омского медицинского института в 1946 г. Работая акушером-гинекологом, быстро завоевала уважение коллег и признание населения. Уже в 1949 г. она была назначена главным врачом района. Избиралась депутатом Верховного Совета КазССР. В 1971 г. Р.С. Борониной было присвоено звание Героя Социалистического Труда с вручением ордена Ленина и Золотой Звезды; награждена она также орденом Трудового Красного Знамени, медалями, в 1973 г. участвовала в работе VII Международного конгресса акушеров-гинекологов, а в 1978 г. – в работе Всемирной организации здравоохранения в г. Алма-Ате.

Главный врач Атбасарской районной больницы Ольга Ивановна Филимонова за высокий уровень организации лечебно-профилактической работы, улучшение показателей здоровья населения, подготовку кадров (в 1965 г. по ее инициативе было организовано Атбасарское медицинское училище) награждена орденами Ленина, «Знак Почета», медалями, грамотами. Ей присвоено звание заслуженного врача Казахской ССР.

✓ Одной из первых награжденных орденом Ленина в Северо-Казахстанской обл. была врач Галина Николаевна Соколова, проработавшая в г. Петропавловске более тридцати лет. В

1967 г. за многолетнюю работу ей было присвоено звание Почетного гражданина города.

Участница Великой Отечественной войны Нина Федоровна Боровская была награждена орденом Ленина за большой вклад в развитие рентгенологической службы Кокчетавской обл.

К высоким наградам участника Отечественной войны Сагимбека Акжановича Акжанова, главного эпидемиолога Северо-Казахстанской обл., добавилась и награда за трудовые подвиги – орден Трудового Красного Знамени.

Среди пионеров целины, отмеченных правительственные наградами, были: Т.С. Саликов – главврач Зерендинской районной больницы; А.К. Косубаев – главврач санэпидстанции Ерментауского района; М.И. Корначева – заведующая Ишимской участковой больницей Октябрьского района; Е.И. Авдиенко – заведующая Казгородской участковой больницей; Т.О. Самсонов – главврач Боголюбовской районной больницы Прииштимского района; А.И. Науменко и В.П. Семенов – хирурги Кокчетавской областной больницы; Н.П. Курунова – заведующая инфекционным отделением Скаловской районной больницы и др.

С 1961 по 1965 г. общее руководство здравоохранением в Целинном крае, в состав которого входили Кокчетавская, Северо-Казахстанская, Целиноградская, Павлодарская и Кустанайская обл., осуществлялось краевым отделом здравоохранения. Заведующим краиздравотделом был В.М. Мансветошвили, заместителем заведующего и начальником сектора охраны материнства и детства (ОМД) – М.С. Темкин, заместителями по лечебным вопросам в разные годы были Л.П. Савин и Е.Г. Шабаш, главным эпидемиологом краиздрава была Г.Х. Кортунова, главным терапевтом – В.Н. Бородий, главным акушером-гинекологом – Н.И. Цай, главным педиатром – К.Я. Пикирина, главным хирургом – Г.В. Цой.

В Целиноградской обл. заведующим областным отделом здравоохранения был назначен Ш.К. Кайназаров¹⁶².

В 1961 г. здравоохранение Целинского края имело 20 тыс. коек, 1235 ФАПов, более 2000 аптек, 17 СЭС, 9 станций скорой помощи, 6 отрядов санитарной авиации, 14 санаторно-курортных учреждений. Работало более 2000 врачей, более 10 тыс. средних медработников. Кадры средних медицинских работников готовили пять средних учебных заведений. На краевом совещании медицинских работников (15 – 16 авг. 1961 г.) было отмечено, что преобладающее большинство лечебных учреждений размещено в неприспособленных помещениях, плохо укомплектовано кадрами, маломощны. Из сельских участковых больниц 62% были мощностью до 15 коек, не имели хирургических блоков, рентгенокабинетов, лабораторий. Из 65 ЦРБ в 24 было до 50 коек. На 1 января 1961 г. 198 участковых больниц из 249 не были укомплектованы врачами, 8 районных больниц не имели терапевтов, 5 – хирургов, 10 – педиатров,

13 – акушеров-гинекологов, 25 – фтизиатров, 51 – дерматовенерологов, 16 – санитарных врачей. Если в 1960 г. по СССР на 10 тыс. населения приходилось 18 врачей, по Казахстану – 11,5, то по Целинному краю – 6,8¹⁶³.

Отмечалась значительная перегруженность участковых врачей, особенно педиатров (в Kokчетаве 3 педиатра обслуживали 7 тыс. детей); цеховая служба не везде была обеспечена врачами, а в Целиноградской обл. цеховые врачи отсутствовали полностью. Регистрируется высокая заболеваемость туберкулезом; онкозаболевания чаще выявлялись в запущенных стадиях; недостаточно велась борьба с трахомой, кожными и венерическими заболеваниями. Высок был травматизм, особенно среди сельскохозяйственных рабочих. Слабо развита служба переливания крови (в Kokчетавской обл. только в двух районах имелась служба переливания крови)¹⁶⁴.

В крае отмечены вспышки бруцеллеза и туляремии. Детская смертность составляла 40 на 1000 родившихся. Всего было развернуто 15 молочных кухонь. Оставалась высокой заболеваемость дифтерией: 8,1 на 10 тыс. населения (при общесоюзном показателе 2,7), особенно в Kokчетавской (12,5) и Северо-Казахстанской (10,0) обл. Выше среднесоюзных и республиканских была заболеваемость дизентерией (26,2), эпидемическим гепатитом (14,4 на 10 тыс. населения)¹⁶⁵.

Краевым отделом здравоохранения проводится большая работа по улучшению медицинского обслуживания населения. Особое внимание уделяется вопросам подбора и расстановки кадров, улучшения материально-технической базы здравоохранения, снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста, обслуживания детей и подростков, борьбы с инфекционными заболеваниями, трахомой, туберкулезом. Улучшается онкологическая, эндокринологическая, хирургическая и другие виды медицинской помощи. Требовалось укрепить акушерско-гинекологическую и педиатрическую службу. В 1960 г. на селе на 100 родов 28–30 проходили на дому, а 33–34 женщины рожали в других селах и городах.

На один педиатрический участок приходилось около 1300 детей, вместо необходимых 274 участков было развернуто 190, в крае недоставало 143 врачей-педиатров¹⁶⁶.

В Целинограде не было ни одного типового больничного здания. Например, краевой противотуберкулезный диспансер размещался в бывшем купеческом доме, где полуподвальные помещения затапливались почвенными водами, стены прогнили, не было двора для прогулки больных. В неприспособленных аварийных помещениях размещались областной тубдиспансер, женская консультация, вторая городская поликлиника и другие лечебные учреждения¹⁶⁷. В Северо-Казахстанской и Kokчетавской обл. картина была аналогичной: на первое января 1961 г. при наличии 4645 врачебных должностей было всего

2075 врачей. Недоставало и зубных врачей, фармацевтов, средних медработников¹⁶⁸.

Дополнительно к пяти имеющимся медицинским училищам к 1963 г. в крае открыто 14 курсов медсестер, на которых обучалось более 500 чел. Курсы финансировались краевым обществом Красного Креста¹⁶⁹.

К 1963 г. несколько укрепилась онкологическая служба: всего было развернуто 183 онкологические койки, в том числе в Kokчетавской обл. – 30, в Северо-Казахстанской – 50, в Целиноградской – 90. С 1961 г. при Целиноградском онкодиспансере создана патологическая лаборатория. В диспансерах проводилось хирургическое, химиотерапевтическое и рентгенотерапевтическое лечение. Но диапазон оперативных вмешательств был небольшим, не проводились операции на пищеводе и легких, не было радиолечения (больные направлялись в Алма-Ату)¹⁶⁹.

Оставалось тяжелым положение с обеспечением медицинской помощью беременных женщин и новорожденных. В семи районах края нет акушеров-гинекологов, только 22% ФАПов имели акушерские койки. В 1962 г. была завершена реконструкция родильного дома в г. Kokчетаве; 23 апреля 1963 г. решением исполкома Целинского краевого Совета депутатов трудящихся «О чрезвычайном положении с родовспоможением и гинекологической помощью в г. Целинограде» под роддом было передано вновь построенное общежитие школы-интерната. Оставался этот вопрос нерешенным в г. Петропавловске¹⁷⁰.

В крае проводилась значительная работа по улучшению санитарно-эпидемиологического обслуживания населения. Открывается краевая СЭС, которую возглавил Ю.Я. Зеликман, а с 1964 г. – Т.К. Каирбеков.

Дальнейшему улучшению санитарного благополучия страны, снижению заболеваемости инфекционными болезнями, улучшению дела санитарной охраны объектов окружающей среды, санитарного состояния объектов, благоустройству населенных мест во многом способствовало постановление Совета Министров СССР «О государственном санитарном надзоре в СССР» (1963). Оно внесло организационную четкость в построение санитарно-эпидемиологической службы и значительно расширило права органов здравоохранения в области государственного санитарного надзора.

В крае практически ликвидированы малярия, туляремия, полиомиелит, сибирская язва, сыпной тиф, но остается высокой заболеваемость брюшным тифом, дизентерией, свежим бруцеллезом. Причиной тому является неудовлетворительное санитарное состояние населенных мест, необеспеченность населения доброкачественной водой, плохое содержание объектов общепита, недостаточный санитарный предупредительный надзор [48, 50, 114, 130].

Мероприятия по укреплению базы здравоохранения привели в 1964 г. к усилению мощности областных больниц – в среднем до 313 коек, городских – до 154, ЦРБ – до 100, сельских участковых (СУБ) – до 26, диспансеров – до 68 коек. Но СУБ оставались в основном низкой мощности (из 404 больниц – 106 имели до 15 коек) и плохо укомплектованы врачами (в 94 больницах не было врачей). Только 17% лечебных учреждений размещались в типовых помещениях. Завершена организация детских отделений во всех ЦРБ, но они были маломощными (по 15 – 23 койки). Отсутствуют областные детские больницы. Завершена реорганизация женско-детских консультаций¹⁷¹.

В связи с реорганизацией в 1965 г. были упразднены крайздравотдел, краевая санэпидстанция с оргметодкабинетом, реорганизованы другие подразделения.

За десять лет, прошедших от начала освоения целинных и залежных земель, неузнаваемо улучшились показатели обеспеченности медицинской помощью населения Северного Казахстана. В 1964 г. работало врачей (без зубных) в Kokчетавской обл. – 545, или 93 на 10 000 населения, в Северо-Казахстанской – 541, или 11,5, в Целиноградской – 796, или 10,0. По Казахстану обеспеченность врачами 15,3 на 10 000 населения [36].

Оставались выраженные различия в обеспеченности врачами городского и сельского населения: в Kokчетавской обл. на 10 000 чел. городского населения приходилось 21,2 врача, в сельской местности – 4,1, в Северо-Казахстанской обл. соответственно 19,0 и 4,8, в Целиноградской – 16,7 и 3,3, по Казахской ССР – 25,2 и 4,4.

Всего было развернуто коек для госпитализации в Kokчетавской обл. 5375, или 97,8 на 10 000 населения, в Северо-Казахстанской – 4780, или 94,1, в Целиноградской – 7040, или 103,6; по Казахской ССР обеспеченность 100,7 на 10 000 населения [36].

Расширяется объем и качество специализированных видов помощи сельскому населению. В Северо-Казахстанской обл. онкологическое отделение преобразуется в онкодиспансер; отделение костно-суставного туберкулеза передано в облтубдиспансер. В больнице создаются специализированные отделения: хирургическое (зав. И.А. Моложенко – заслуженный врач КазССР), гинекологическое (зав. Р.И. Сафимова – заслуженный врач КазССР), оториноларингологическое (зав. Т.Г. Загарских – заслуженный врач КазССР), затем открываются в 1961 г. глазное (зав. Н.Ф. Хоменко) и урологическое отделения (зав. М.И. Ладыгина – заслуженный врач КазССР). В 1962 г. организовано отделение торакальной хирургии (зав. Т.С. Гурьянова – заслуженный врач КазССР). К этому времени в больнице было уже 300 коек. С 1962 г. областной больницей руководит В.В. Патютко.

В открытой в 1950 г. Кокчетавской областной больнице к 1954 г. имелось уже 100 коек, а в 1957 г. – 150 коек, развернуты хирургическое, терапевтическое отделения, выделены койки для стоматологических больных (5), с заболеваниями лор-органов (5), мочевыводящей системы (5), для больных неврологического профиля (15), травматологического (10). Работали 10 врачей. В 1962 г. мощность больницы увеличивается до 350 коек, выделяются в самостоятельные стоматологическое, урологическое, травматологическое, оториноларингологическое отделения. В 1964 г. организуется детское отделение на 40 коек.

Отмечены наградами за добросовестный труд и получили звание заслуженного врача КазССР М.А. Бухина, посвятившая свою жизнь охране здоровья детей, Е.Г. Морозова – инфекционист, Г.Ф. Луганский – дерматовенеролог, У.К. Байкенов – хирург-онколог, Т.А. Утюжникова – акушер-гинеколог, А.И. Бекенова – участковый врач, затем главный врач областного детского ревматологического санатория, А.И. Науменко – хирург, награждена орденом Ленина, внесена в книгу «Трудовой славы» облисполкома, А.Г. Сергиенко – терапевт, М.И. Ладыгина – уролог и др.

Целиноградская областная больница была открыта в ноябре 1962 г. на 200 коек (главврач Г.Г. Вакенгут).

Большое внимание уделяется развитию хирургической службы. Так, в 1950 г. в области работало всего 18 хирургов, из них 6 – в сельской местности. Из 12 районов области только в девяти оказывалась экстренная хирургическая помощь. Всего в области было 166 коек хирургического профиля, в том числе на селе – 45. К 1965 г. в области развернуто 65 хирургических блоков, в том числе 42 – в сельской местности. Коечный фонд увеличился в 7,4 раза (1237 коек), в крупных больницах организованы специализированные хирургические отделения (или койки): травматологические, урологические, нейрохирургические, стоматологические, ожоговые, проктологические и др. В области работали 135 хирургов. Большой вклад в развитие хирургической службы внесли заслуженные врачи КазССР О.Л. Ермушкевич и К.В. Овсянникова, врачи И.И. Штильман, Д.М. Соловьев, М.Н. Бычков, П.П. Петров, А.Г. Беспалко, А.К. Визнер и др.

В шестидесятые годы в новом поколении хирургов следует отметить М.Н. Грибанова, Г.Н. Нейкова, М. Рамазанова, Г.Н. Стverченко и др. Из хирургов, работавших в области, защищили кандидатские, а затем докторские диссертации Г.В. Цой, В.А. Редин, Ю.Н. Нейков, Н.А. Волобосев, А.Ж. Абдрахманов, Н.В. Мун, В.П. Григорьевский.

Многие из хирургов внесли большой вклад в организацию здравоохранения. Петр Петрович Петров – главный врач и хирург Шортандинского района, с 1957 г. заведовал Целиноградским городским отделом здравоохранения; в 1963 г. назначает-

ся заведующим Западно-Казахстанским краевым отделом здравоохранения, в 1964 г. переводится в центральный аппарат Министерства здравоохранения Казахской ССР, с 1971 г. – первый заместитель министра. В 1970 г. П.П. Петров защищает кандидатскую, а в 1975 г. – докторскую диссертацию, посвященную вопросам заболеваемости населения Казахстана и проблемам эффективности медицинской помощи. С 1977 г. сочетает работу заместителя министра, начальника IV Главного управления при МЗ КазССР с руководством отделом социальной гигиены и организации здравоохранения НИИ краевой патологии МЗ КазССР. С 1984 г. руководит группой советников-консультантов при Министерстве общественного здравоохранения в Афганистане. Награжден двумя орденами «Знак Почета», медалями, а также афганским орденом «Слава» и Почетной грамотой ЦК НДПА.

Михаил Николаевич Грибанов начинал работать главным врачом и хирургом Астраханского района, главным врачом и хирургом Целиноградского района, зав. хирургическим отделением областной больницы; затем заведовал Целиноградским облздравотделом, был назначен первым заместителем министра здравоохранения Казахской ССР; кандидат медицинских наук.

Целинникам нужны были врачи, и 26 октября 1964 г. Центральный Комитет КП Казахстана и Совет Министров республики (в соответствии с решением Совета Министров СССР от 31 июля 1964 г.) приняли постановление об организации медицинского института в Целинограде. Для размещения института были переданы здания трех типовых школ и школы-интерната. На 1964 – 1965 гг. был установлен план приема студентов: 300 чел. – на первый курс и 100 – на второй. Первым ректором института был назначен Станислав Дмитриевич Полетаев, кандидат медицинских наук, работавший заместителем директора по научной работе Казахского научно-исследовательского института туберкулеза. Проректором по научно-учебной работе назначили доцента, кандидата медицинских наук А.Р. Рашишева (из Карагандинского медицинского института), он же возглавил и одну из первых кафедр – нормальной анатомии. Были организованы кафедры: латинского языка (ст. преподаватель Н.М. Лемпель), биологии (кандидат биологических наук Р.Н. Гагарина), истории КПСС (ст. преподаватель Б.С. Сункарбеков), иностранных языков (ст. преподаватель И.П. Сердюк), физики (преподаватель В.В. Тузовская), неорганической химии (преподаватель М.И. Радюк), физического воспитания (ст. преподаватель Б.И. Кугай).

На второй курс института в феврале 1965 г. были переведены 100 студентов из Алма-Атинского, Карагандинского, Семипалатинского и других медицинских институтов. Начались занятия на кафедрах гистологии (доцент Ф.С. Балакин), нормальной физиологии (доцент Р.Д. Колесинская), философии

(кандидат юридических наук Н.С. Гагарин), микробиологии (кандидат медицинских наук В.А. Файншмидт), биохимии (доцент В.К. Захарова).

В 1965 г. для третьего курса были организованы кафедры патологической анатомии (доцент Б.М. Шапиро), фармакологии (доцент Л.С. Гребнева), патологической физиологии (кандидат медицинских наук В.Р. Файтельберг-Бланк), пропедевтики внутренних болезней (кандидат медицинских наук А.В. Кропельницкая), общей хирургии (кандидат медицинских наук В.М. Удод), оперативной хирургии (доцент В.М. Клебанов).

Первыми ученые звания профессора получили В.Р. Файтельберг-Бланк, В.М. Удод, Е.В. Гурова (зав. кафедрой нормальной физиологии).

Для четвертого курса летом 1966 г. были организованы кафедры рентгенологии и радиологии (кандидат медицинских наук Ю.Г. Шендрик), общей гигиены (кандидат медицинских наук И.И. Филатов), факультетской терапии (профессор И.А. Мельник), факультетской хирургии (профессор Ю.А. Волох), кожных и венерических болезней (доцент А.П. Ващенко-ва).

Летом 1967 г. закончилось формирование остальных кафедр института: глазных болезней (кандидат медицинских наук Н.Д. Кудряшова), лор-болезней (кандидат медицинских наук З.Ш. Шаихов), нервных болезней (доцент Р.В. Мамичев), туберкулеза (доктор медицинских наук С.Д. Полетаев), госпитальной терапии (доцент Г.М. Казантинова), госпитальной хирургии (профессор Н.Ф. Хохлов), инфекционных болезней (доцент В.П. Осипов), акушерства и гинекологии (кандидат медицинских наук Г.И. Забирова), психиатрии (кандидат медицинских наук П.Г. Петраченков), судебной медицины (профессор С.В. Шершавкин), детских болезней (кандидат медицинских наук Д.П. Чучупалов), социальной гигиены (кандидат медицинских наук Ю.Д. Шитиков).

За 10 лет работы института сотрудниками было защищено 15 докторских и 72 кандидатских диссертаций. В 1970 г. медицинскому институту, первому среди вузов Целинограда, было разрешено принимать диссертации к защите. В ученом совете института защищена 21 кандидатская диссертация.

Из выпускников института около 50 чел. стали доцентами и кандидатами наук, 4 чел. – заведующими кафедрами. Основная масса выпускников работает в областях Северного Казахстана. Среди выпускников – заместитель начальника управления Казминздрава, главные специалисты облздравов и горздравов; многие руководят лечебными учреждениями.

В разные годы в институте работали профессора Н.Ф. Хохлов, А.В. Шевалье, Ю.А. Сопильник, В.П. Осипов и др.

В настоящее время возглавляет институт профессор В.Г. Корпачев. Если в 1964 г. в институте работали 1 профессор, 26 доцентов и кандидатов наук, то в 1989 г. – 19 докторов наук и профессоров, 130 доцентов и кандидатов наук. Преобладающее большинство кафедр возглавляется профессорами: зав. кафедрой патологической физиологии В.Г. Корпачев, зав. кафедрой хирургии № 1 Г.В. Цой, хирургии № 2 Н.В. Мун, на этой же кафедре работает профессор Ю.Г. Волох, зав. кафедрой травматологии В.А. Редин, второй профессор этой кафедры проректор по научной работе института А.Ж. Абдрахманов, зав. кафедрой общей хирургии В.М. Удол, зав. кафедрой оперативной хирургии и нормальной анатомии З.С. Ермолова, зав. кафедрой онкологии Н.А. Волобоев, зав. кафедрой туберкулеза Г.А. Вядро, зав. кафедрой гистологии А.Н. Бажанов, зав. кафедрой патанатомии и судебной медицины М.А. Корницкий, зав. кафедрой общей и социальной гигиены Н.И. Ананьев, зав. кафедрой нормальной физиологии Л.З. Тель, зав. кафедрой детской хирургии Г.Н. Нейков.

Целиноградскому медицинскому институту (ЦГМИ) в 1989 г. исполнилось 25 лет. Несмотря на свою молодость, он сумел завоевать хорошую славу, а его выпускники пользуются авторитетом у населения. За эти годы институт окончило около 7 тыс. выпускников. Подготовка ведется на двух факультетах: лечебном и педиатрическом. В 1989 г. на лечебном факультете был 21-й выпуск, на педиатрическом – 5-й.

Сотрудниками института проводится большая научно-исследовательская работа. В первые же годы сотрудники хирургических кафедр активно включились в борьбу с сельскохозяйственным травматизмом. Разработка и внедрение мероприятий по профилактике сельскохозяйственного травматизма Г.В. Цоем, М.Н. Грибановым, В.А. Рединым, П.П. Петровым, Г.Н. Нейковым и другими позволили в короткий срок резко снизить его показатели.

Ряд кафедр успешно выполнил работы по изучению болезней, относящихся к краевой патологии (эндемический зоб, силикоз, туберкулез и болезни гельминтозоонозной группы). Разработка этих проблем проводится комплексно с участием клиницистов, морфологов, биохимиков, биологов и ветеринарных работников.

Большое значение для практики здравоохранения имеют работы по изучению туберкулеза в Казахстане (С.Д. Полетаев, Г.А. Вядро, В.В. Булгаков и др.), в которую включились и врачи.

Институт выполняет целевую комплексную программу «Патогенез и интенсивная терапия экстремальных и терминальных состояний» (В.Г. Корпачев, Л.З. Тель и др.).

С 1983 г. при ЦГМИ учрежден общесоюзный опорный пункт по изучению персениозов. В союзный план внедрения

вашла работа «Поэтапная система сплошного обследования рабочих и служащих промышленных предприятий с целью выявления заболеваний органов пищеварения» (В.М. Удод, В.Н. Капралов, П.К. Андрунь). В республиканский план внедрения в практику научных достижений Минздрав КазССР включил ряд предложений ученых института: «Временное закрытие наружных губовидных свищей» (В.М. Удод, Э.Г. Карстен); «Методы выявления, диагностики, лечения и профилактики орнитоза в условиях Северного Казахстана» (И.Н. Гнутов); «Унифицированный металлосинтез сложных переломов голеностопного сустава» (А.Ж. Абдрахманов); «Диагностика оперативного лечения открытых коротких ротаторов плеча» (А.Ж. Абдрахманов, Н.Б. Орловский); «Способ восстановления передней крестообразной связки» (А.Ж. Абдрахманов, А.В. Реддин) и др.

В настоящее время сотрудниками института проводится комплексное исследование по изучению влияния факторов окружающей среды на формирование здоровья и течение наиболее распространенных заболеваний у отдельных групп населения. Будет разработана программа по совершенствованию медико-санитарного обслуживания населения в регионе Целинного агропромышленного комплекса. В работе участвуют кафедры общей и социальной гигиены, терапии, инфекционных болезней, микробиологии, туберкулеза, дерматовенерологии, неврологии и психиатрии, педиатрии, акушерства и гинекологии и др.

* * *

На территории Северного Казахстана за 1946 – 1965 гг. осуществлены мероприятия по улучшению медицинской помощи населению. Значительно повысилась обеспеченность больничными койками, расширилась сеть женских и детских консультаций и больниц, увеличилась обеспеченность населения медицинскими кадрами. Проводилась большая работа по улучшению организационных форм медицинской помощи сельскому населению (особенно с началом освоения целинных и залежных земель), городскому населению и рабочим промышленных предприятий.

Открытие Целиноградского медицинского института привело к более быстрому снижению дефицита во врачебных кадрах в Северном Казахстане и развитию медицинской науки.

Укрепление материально-технической базы санитарно-эпидемиологических учреждений, увеличение численности врачей санитарно-противоэпидемического профиля, значительное улучшение санитарного состояния городов и сел областей Северного Казахстана способствовали дальнейшему снижению числа инфекционных заболеваний.

В эти годы начато укрупнение сельских стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений, открыты областные больницы, новые районные больницы; увеличилось число лечебных учреждений, размещенных в типовых зданиях.

Однако сеть лечебно-профилактических учреждений была еще недостаточной, а их невысокая мощность, особенно в сельской местности, тормозила развитие специализированной медицинской помощи.

Недостаточно выполнялись требования усиления санитарного надзора за состоянием объектов окружающей среды, условиями труда и быта. Отмечался дефицит в обеспечении кадрами врачей и средних медицинских работников, а также современной медицинской техникой, лечебной и диагностической аппаратурой, оборудованием, инструментарием, медикаментами.

Развитие здравоохранения за годы восьмой – двенадцатой пятилеток (1965 – 1990)

Развитие здравоохранения во второй половине 60-х годов и в 70-е годы проходило под влиянием крупных политических, экономических и социальных мероприятий партии. В материалах XXIII, XXIV и XXV съездов КПСС определены стратегия экономической и социальной политики партии на восьмую, девятую и десятую пятилетки, планы дальнейшего развития советского здравоохранения и совершенствования его работы.

Принципиальное значение для развития здравоохранения имело постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развития медицинской науки в стране».

В этот период расширяется сеть мощных учреждений внебольничной помощи, идет строительство крупных многопрофильных больниц на 300 – 600 коек, ЦРБ – на 250 – 400 коек, создаются медико-санитарные части со стационарами, крупные специализированные лечебно-профилактические центры, оснащенные современным диагностическим и лечебным оборудованием. Принимается комплексная программа мер по охране окружающей среды.

Только за годы восьмой пятилетки (1966 – 1970) на строительство объектов здравоохранения в Казахстане израсходовано 165,5 млн. руб., всего введено в строй более 150 объектов. Обеспеченность койками составила 118 на 10 000 населения. Укрепляется база областных больниц, улучшается деятельность отделений экстренной и планово-консультативной помощи [116].

В системе внебольничного обслуживания возрастает роль скорой медицинской помощи в городах, поселках городского типа и районных центрах. Новым этапом явилось создание специализированных отделений (центров): кардиологических, пульмонологических, нефрологических, реанимационных, аллергологических, эндокринологических, гематологических, челюстно-лицевой хирургии и др. Развивается реанимационно-анестезиологическая служба, служба переливания крови.

В Целинограде создан один из трех в республике нейрохирургических центров (два других – в Караганде, Семипалатинске).

Начинают внедряться передвижные формы медицинского обслуживания: клинико-диагностические лаборатории, врачебные амбулатории, рентгенофлюорографические установки, стоматологические кабинеты и др. Уменьшается удельный вес принятых амбулаторно больных у средних медицинских работников [15, 27, 31, 95, 97, 109, 127, 133, 135].

В 1970 г. санэпидотделы были преобразованы в санэпидстанции, в их структуре организуются и укрепляются лаборатории и отделы: бактериологические, дезинфекционные, паразитологические, гигиены труда, по определению остаточных ядохимикатов в пищевых продуктах, вирусологические, физико-химических методов исследования, радиологические [24, 26, 32, 44, 49, 131].

Остро стоит проблема организации специализированной помощи детям: по ревматологии, урологии, сурдологии, логопедии, эндокринологии и др., а также выделении при соответствующих диспансерах детских психоневрологических, противотуберкулезных, дерматовенерологических и других отделений [103].

Большое внимание уделяется деятельности ЦРБ. Идет наращивание коечного фонда. Так, за период с 1965 по 1972 г. средняя мощность районных больниц увеличилась в Kokчетавской обл. со 126 до 168 коек, в Северо-Казахстанской – со 112 до 134, в Целиноградской – со 137 до 172 коек. В республике имелось 6 больниц высокой мощности, из них две – в Северном Казахстане: Атбасарская ЦРБ – в Целиноградской обл. (350 коек) и Щучинская – в Kokчетавской обл. (345 коек) [96].

Проводятся модернизация и расширение поликлиник, увеличивается объем специализированной внебольничной помощи. Осуществляются меры по разукрупнению территориальных участков, укомплектованию участковой службы кадрами.

Ставятся задачи полного охвата стационарной помощью женщин во время беременности и при родах, удовлетворения потребности в госпитализации гинекологических больных [4, 10, 121].

Благодаря проведению в широких масштабах мер профилактики, ранней диагностики и лечения инфекционных боль-

ных в республике в 1970 г. по сравнению с 1965 г. снизилась заболеваемость дифтерией в 8,3 раза, корью – 5,7, коклюшем – в 13,3, паратифами – в 2,6 раза [48, 74, 133].

За период с 1958 по 1968 г. в Целиноградской обл. заболеваемость дизентерией на 100 000 населения снизилась в 2,4 раза, бруцеллезом – в 2,2, брюшным тифом – в 2,8, кишечными инфекциями – в 1,8, дифтерией – в 70 раз [135].

В 1974 г. отмечалось двадцатилетие освоения целинных и залежных земель. Подводили итоги работы и медицинские работники.

Общими для всех областей Казахстана были значительные преобразования, произошедшие в организации медицинской помощи. Расширилась лечебно-диагностическая и профилактическая работа в поликлиниках. Одновременно осуществлялось укрупнение участковых больниц или их реорганизация в отделения ЦРБ, СВА или ФАПы. Дальнейшее развитие получила охрана здоровья матери и ребенка, чему способствовали принятые постановления: «Об улучшении обеспечения пособиями по беременности и родам и по уходу за больным ребенком» (1973), «О дальнейшем увеличении материальной помощи малообеспеченным семьям, имеющим детей» (1974) и др.

Однако обеспеченность врачами в областях Северного Казахстана в 1974 г. была несколько ниже, чем в среднем по республике: в Kokчетавской обл. было 1147 врачей, или 18,9 на 10 000 населения, в Северо-Казахстанской – 1200 врачей, или 21,6, в Целиноградской – 1858, или 22,9 врача на 10 000 населения (по КазССР – 26,2). В связи с бурным ростом больничной сети, особенно в годы освоения целинных и залежных земель, обеспеченность населения койками для госпитализации была выше, чем в целом по республике: в Целиноградской обл. была развернута 10 321 койка, или 127,0 на 10 000 населения, в Северо-Казахстанской – 7010, или 126,1, и в Kokчетавской – 7600, или 125,3 соответственно; в Казахстане обеспеченность койками в среднем составляла 122,6 на 10 000 населения [74].

О преобразованиях, происходящих в медицинском обслуживании сельского населения, можно получить наглядное представление на примере Kokчетавской обл. Медицинская помощь сельскому населению оказывалась в 5 областных лечебно-профилактических учреждениях, в 15 ЦРБ, в 48 СУБ, в 4 СВА, в 6 противотуберкулезных больницах, в 367 фельдшерско-акушерских пунктах. Работали 57 аптек и 340 аптечных пунктов. Для обслуживания детей в каждой районной больнице имелись детские отделения мощностью от 25 до 45 коек, в лечебных учреждениях сельской местности работали 39 врачей-педиатров. Имелись три областных санатория для детей на 500 мест. В более благоустроенные помещения были переведены детские отделения в Арыкбальской, Кзылтусской и Щучинской районных больницах. Открыто 27 молочных кухонь, в том числе 15 – в

участковых больницах. В 1968 г. медицинская помощь на базе лечебных учреждений оказывалась по 17 видам, а в 1973 – 1974 гг. – по 23. Были открыты детские отделения: ортопедотравматологическое, детской хирургии, нейрохирургическое, челюстно-лицевой хирургии и др.

Большое внимание уделяется вопросам борьбы с туберкулезом, онкологическими и инфекционными заболеваниями, охране материнства и детства. Только с 1971 г. в Kokчетавской обл. построены и сданы в эксплуатацию типовая городская больница в Kokчетаве и три участковые больницы (Целинная, Срымбетская и Ельтайская), завершено строительство Чкаловской районной больницы на 125 коек, начато строительство типового здания больницы на 125 коек в Зеренде, корпуса областной больницы на 200 коек. В области хозяйственным способом построено 8 корпусов на 285 коек, выделено 6 корпусов на 145 коек и 16 помещений для ФАПов. В новые здания перешли областная психобольница на 300 коек, областной противотуберкулезный диспансер, Арыкбалауская и Чкаловская туберкулезные больницы, Kokчетавское туберкулезное отделение и амбулатория Щучинского противотуберкулезного диспансера.

За большие заслуги в деле охраны здоровья населения 76 медицинских работников области награждены орденами и медалями, 330 – значком «Отличник здравоохранения», 22 – присвоено звание заслуженного врача КазССР [33, 34, 46, 89, 101].

За двадцать лет освоения целинных земель в Целиноградской обл. были построены новые больничные учреждения, оснащенные современным медицинским оборудованием и аппаратурой (в Алексеевке, Астраханке, Атбасаре, Вишневке, Балкашино, Ерментау). Построены новые больницы в 14 совхозах. В областном центре введены в эксплуатацию типовой родильный дом, областная больница, туберкулезный диспансер, ряд поликлиник, продолжается строительство областной психиатрической больницы, районных больниц в Кургальджино, Краснознаменке и Шортандах. Орденами и медалями награждены в области 97 медицинских работников, а 15 было присвоено почетное звание заслуженного врача КазССР. Большой вклад в развитие сельского здравоохранения области внесли врачи В.М. Мансветошвили, Г.В. Цой, М.Ф. Абрамова, В.Н. Бородий, В.С. Пагабело, Н.Г. Голинская, В.Ф. Ковалев, В.В. Федоров, С.Т. Темирбулатов, А.И. Блейбас, М.С. Темкин, Л.А. Заславская, О.И. Филимонова, Ш.К. Кайназаров, В.Н. Нагаев, М.Н. Пак, Ф.Л. Купферман, Г.Г. Вакенгут, Т.К. Каирбеков, Т.М. Пак, К.А. Абувов, В.И. Куда, В.М. Власова, В.И. Дудник, И.И. Скотникова и многие другие [16].

В Целиноградской обл. большое внимание уделяется улучшению медицинского обслуживания детей. В детской больнице организованы хирургическое и травматологическое отделения. В детской специализированной поликлинике ведут прием ре-

вматолог, оториноларинголог, уролог, невропатолог, окулист и другие специалисты, функционируют кабинеты по лечению конъюнктивита, нарушения речи, осанки у детей и др.

В Северо-Казахстанской обл. в эти годы значительно активизировалась работа по развитию материальной базы учреждений здравоохранения. Ежегодно на их нужды отчисляется 25% областного бюджета. В 1984 г. это составило 29 млн. руб. Только за одиннадцатую пятилетку в области введены в строй противотуберкулезный диспансер в Булаево, детская стоматологическая поликлиника, областная детская больница на 300 коек и при ней поликлиника на 500 посещений, терапевтический корпус в Сергеевке, поликлиника в Явленке, больница в Вознесенске и др. Новые благоустроенные помещения получили 4 СВА и 12 ФАПов [47, 79, 88].

В областях отмечено резкое снижение заболеваемости полиомиелитом, дифтерией, коклюшем, корью, зоонозными и другими инфекциями. Ликвидированы малярия, трахома, парша, туляремия и др. [44, 133].

В областях Северного Казахстана находят дальнейшее развитие передвижные формы медицинского обслуживания сельского населения.

Проводится укрепление санитарно-профилактических учреждений, улучшение их материальной и лабораторной базы. Больше внимания уделяется охране и оздоровлению внешней среды, благоустройству городов и сел.

Одновременно получает развитие сеть специализированных стационаров, расширяется объем и качество амбулаторно-поликлинической помощи, открываются при крупных предприятиях медико-санитарные части. В целях улучшения уровня медицинского обслуживания сельского населения продолжается дальнейшая реконструкция сети уже существующих мелких учреждений, укрупняются областные больницы, диспансеры, ЦРБ. Расширяется объем и улучшается качество диспансерного наблюдения отдельных профессиональных групп населения и по нозологическим формам заболеваний.

Однако осталось и остается еще много нерешенных проблем, среди которых вопросы борьбы за снижение сердечно-сосудистых заболеваний и развертывания отделений сердечно-сосудистой хирургии, усовершенствования организационных форм противотуберкулезных мероприятий, а также внедрения современных методов лекарственного и патогенетического лечения больных. Необходимо было развивать и совершенствовать специализированные виды медицинской помощи населению, расширять объем и качество амбулаторно-поликлинической помощи, добиваться максимального сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению. Особого внимания требовали вопросы охраны материнства и детства.

В 1984 г. отмечалось тридцатилетие освоения целинных и залежных земель. В Казахстане за эти годы было построено более 150 типовых центральных районных больниц, 18 областных, 170 участковых больниц, десятки родильных домов, 18 областных противотуберкулезных диспансеров, 5 психоневрологических больниц, много фельдшерско-акушерских пунктов, десятки санитарно-эпидемиологических станций, аптеки и аптечные склады и другие учреждения [17].

В Кокчетавской обл. в 1953 г. не было ни одной типовой больницы. За 30 лет построены типовые районные больницы в Кзылтуском, Чкаловском, Щучинском, Валихановском, Куйбышевском, Красноармейском районах, 14 сельских участковых больниц. В г. Кокчетаве выстроены два корпуса областной больницы, городская больница, роддом. На базе лечебных учреждений защищены докторская и две кандидатские диссертации. Работали 16 заслуженных врачей Казахской ССР. Внедряются современные методы лечения. Так, в отделении челюстно-лицевой хирургии одними из первых в республике стали применять лазерное лечение. Энтузиастом внедрения этого метода был врач Г.Ф. Носач, имеющий ряд авторских свидетельств за рационализаторские предложения.

В настоящее время для диагностики и лечения больных во всех областях Северного Казахстана начинает применяться лазерная и ультразвуковая техника.

В Северо-Казахстанской обл. в одиннадцатой пятилетке за счет средств коммунистического субботника построен прекрасный корпус детской областной больницы, а в день открытия XXVII съезда КПСС начало функционировать новое здание второй городской больницы¹⁷².

Среди многочисленных лечебных учреждений, введенных в эксплуатацию за эти годы в Целиноградской обл., следует отметить областную больницу, областной психоневрологический диспансер, городской родильный дом № 2.

Значительно укрепилась участковая служба в областях Северного Казахстана. В 1953 г. участковым врачом-терапевтом обслуживалось 4000, в 1984 г. – 1900 чел. взрослого населения; у педиатров в 1984 г. на одном участке было в среднем 780 детей.

Средняя мощность областных больниц в 1953 г. составляла 246 коек, в 1984 г. – 612; мощность центральных районных больниц в городах выросла в три, а на селе – в четыре раза. Население получало в ЦРБ специализированную медицинскую помощь по 12 – 15 специальностям.

Построены типовые здания областных санэпидстанций, имеющие бактериологические, санитарно-гигиенические, вирусологические и другие лаборатории.

Окрепла служба скорой медицинской помощи, выполнена задача организации станций и отделений скорой и неотложной

помощи во всех центральных районных больницах. Проводится курс на преимущественное обслуживание вызовов врачами [1, 25, 29, 132].

В Северо-Казахстанской обл. в 1939 г. на скорой помощи работали 8 фельдшеров, а для обслуживания вызовов имелись 2 лошади. В 1950 г. вызовы периодически обслуживали врачи и была выделена первая карета скорой помощи. В 1965 г. скорая помощь выделяется в самостоятельное учреждение. В 1986 г. работают 20 круглосуточных бригад, из них 6 специализированных: три педиатрические, две кардиологические и одна травматологическая.

В 1987 г. имелось самостоятельных станций скорой помощи в Kokчетавской и Северо-Казахстанской обл. – по одной, в Целиноградской – три, а отделений скорой медицинской помощи – 17, 16, и 15 соответственно. Работают специализированные бригады: кардиологические, психиатрические, педиатрические. В Целиноградской обл. работают четыре анестезиолого-реанимационные, в Северо-Казахстанской – четыре травматологические бригады [37].

Начато осуществление поэтапного перехода к ежегодной диспансеризации населения. В отдельных хозяйствах проведен полный охват населения диспансеризацией: в течение ряда лет в участковой больнице совхоза «Акмолинский» Целиноградской обл. проводится диспансеризация всего населения.

Для помощи здравоохранению привлекается общественность. Так, в Володарском районе Kokчетавской обл. для приглашения населения на медосмотры за каждыми 10 дворами закреплялся санактивист, специально подготовленный по 10-часовой программе. В результате показатель охвата медосмотрами вырос с 59,6 до 93,9% [32].

В крупных поликлиниках создаются отделения профилактики, усилились темпы разукрупнения территориальных участков. Все учреждения первичного звена ориентированы на обязательное расширение масштабов диспансерной работы. Большое место в профилактической работе занимают вопросы гигиенического воспитания с целью формирования у населения, особенно у подрастающего поколения, здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, и прежде всего от пьянства и курения, формирования привычки к занятиям физкультурой.

Особое место в последние годы занимает борьба с пьянством и алкоголизмом. Расширена сеть наркологических диспансеров, значительно увеличилось число врачебных кабинетов и фельдшерских пунктов, улучшились условия оказания стационарной помощи больным алкоголизмом, в том числе в лечебных учреждениях при промышленных предприятиях. Однако в этом имеются существенные недостатки. Мало внимания уделяется совершенствованию деятельности и дальнейшему развитию наркологической службы. Наркологические диспансер-

ры, кабинеты и пункты слабо занимаются профилактикой пьянства, не используются в должной мере возможности социально-трудовой и медицинской реабилитации больных хроническим алкоголизмом. Уровень обследования и лечения больных не удовлетворяет современным требованиям. Недостаточна работа по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, скрытого пьянства, а также по оказанию своевременной и тактичной помощи тем, кто искренне стремится избавиться от этого пагубного пристрастия.

В областях созданы ревматологические центры, работают гематологические, эндоскопические, аллергологические кабинеты и отделения.

В г. Целинограде открыта консультация «Семья и брак», межобластной ожоговый и офтальмологический центры, отделение по лечению зоонозных инфекций.

Получает некоторое развитие создание на базе специализированных отделений крупных лечебных учреждений консультативно-диагностических и реабилитационных центров, прежде всего по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Развивается и совершенствуется онкологическая помощь, возросло число и увеличилась мощность отделений реанимации и интенсивной терапии.

Осуществляются меры по развитию и совершенствованию системы охраны здоровья женщин и детей, снижению заболеваемости женщин и материнской смертности, усилинию профилактической работы с детьми, укреплению их здоровья, снижению заболеваемости детей, расширению сети и укреплению материально-технической базы внебольничных и стационарных акушерско-гинекологических и педиатрических учреждений, укомплектованию их кадрами, внедрению в практику новых, более эффективных форм и методов лечебно-диагностической и профилактической работы. Укрепляется материально-техническая база стационарной акушерско-гинекологической помощи. Увеличилось число акушерских и гинекологических коек, мощность родильных и гинекологических отделений в ЦРБ, развернуты межрайонные отделения акушерско-гинекологического профиля в сельской местности (Атбасарская ЦРБ в Целиноградской обл. и др.). Завершена в целом работа по разукрупнению территориальных педиатрических участков. Улучшились показатели профилактической работы детских поликлиник. В ряде детских поликлиник организованы кабинеты здорового ребенка.

Как пример можно привести Северо-Казахстанскую обл.; в 1982 г. завершено строительство областной детской больницы на 300 коек, улучшены условия размещения первой детской больницы, Дома ребенка, пяти женских и детских консультаций, детское отделение Булаевской районной больницы размещено в новом корпусе.

В 1935 г. в помещении бывшей конторы горторга г. Петропавловска начала действовать первая детская лечебно-профилактическая амбулатория, а в 1985 г. первая детская поликлиника получила новое благоустроенное здание; в городе работают три детские поликлиники, обслуживающие 48 тыс. детей. В Целиноградской обл. за период с 1970 по 1985 г. сданы в эксплуатацию новые здания больниц в Атбасарском, Краснознаменском, Макинском, Селетинском и других районах, позволившие значительно улучшить базу для лечения детей. Число педиатрических участков, обслуживаемых врачами, увеличилось с 45,7% в 1970 г. до 100,0% в 1985 г. Всего в 1984 г. работало женских консультаций, детских поликлиник и амбулаторий в Целиноградской обл. - 74, в Kokчетавской - 44, в Северо-Казахстанской - 38; число коек для беременных и рожениц соответственно составило 870, 604 и 514 [76].

Для приближения специализированных видов медицинской помощи к сельскому населению открываются межрайонные отделения в более мощных ЦРБ. В Рузаевской больнице открыты межрайонные травматологическое и детское ревматологическое отделения для обслуживания жителей Куйбышевского, Чистопольского и Рузаевского районов. В Щучинском тубсанатории обслуживаются больные дети со всей области, а также взрослые из Щучинского, Валихановского и Енбекшильдерского районов. В туботделении Ленинской райбольницы обслуживаются также жители Ленинградского района [29]. Во многих больницах установлена селекторная и внутренняя телефонная связь, внедрен диктофонный метод ведения истории болезни, организованы доврачебные приемы.

В 1984 г. в Целиноградской обл. работали 2956 врачей разных специальностей, что составило 34,6 на 10 000 населения; в Kokчетавской - 1820, или 28,3, в Северо-Казахстанской - 1801, или 29,8 соответственно. Это несколько ниже, чем в среднем по республике (36,0 - на 10 000 населения). Выше других обеспеченность койками была в Северо-Казахстанской - 137,7, затем в Целиноградской - 136,3 и в Kokчетавской - 135,3 койки; по Каражской ССР - 133,1 койки на 10 000 населения [76].

В последующие годы осуществляется дальнейшее развитие профилактического направления и массовых видов медицинской помощи, оказываемой в первичных звеньях здравоохранения, службы охраны здоровья женщин и детей, рабочих ведущих отраслей промышленности и сельского хозяйства. Организуются отделения восстановительного лечения, укрепляется и совершенствуется цеховая участковость с прикреплением рабочих и служащих предприятий, не имеющих медико-санитарных частей, к территориальным поликлиникам. Расширена сеть сельских врачебных амбулаторий, увеличилась мощность сельских больничных учреждений, открываются профилактории. По инициативе руководителей хозяйств, профсоюзных ко-

митетов и органов здравоохранения Кзылтауского района в Кокчетавской обл. первые сельские медицинские профилактории были открыты в 70-х годах. В комплекс профилактория входят помещения для водо- и грязелечения, комнаты отдыха и массажа, грязехранилище. В конце одиннадцатой пятилетки в области имелось 17 профилакториев, а в 1988 г. – 60. Ежегодно составляются планы оздоровительных мероприятий, утверждаемые дирекцией и профсоюзными комитетами совхозов. Повышена ответственность работающих в сельском хозяйстве за свое здоровье. В коллективные договоры вносится пункт об обязательном ежегодном оздоровлении в профилактории. В этом разделе работы еще много проблем: нет типовых проектов подобных учреждений, недостаточно аппаратуры, оборудования. Отсутствуют методические указания и медицинская литература. При подготовке специалистов в вузах и техникумах данному разделу не уделяется должного внимания [57].

Следует заметить, что остается очень важным вопрос о доступности квалифицированной и специализированной медицинской помощи сельскому населению. В Кокчетавской обл. была введена новая форма учета обращаемости населения за медицинской помощью: на обращающихся в текущем году в ЦРБ и областную поликлинику карточки хранятся отдельно. Такой учет позволил провести анализ обращений жителей по районам. В результате выяснилось, что на 1000 человек взрослого населения и подростков в среднем за год в районные поликлиники было 521 обращение, у жителей райцентра этот показатель составлял 826, на прилегающих терапевтических участках – 499, а обращаемость населения остальной части района – 372. Обращаемость в сельские участковые больницы в среднем 543 на 1000 жителей, но в селах, имеющих пункты, – 568, а в случае отсутствия пунктов – 490. На каждую 1000 взрослого населения области в 1982 г. в областную поликлинику обратились 32 чел. Эти данные убедительно подтверждают необходимость совершенствования передвижных видов медицинского обслуживания сельского населения [25, 30].

Большое внимание уделяется повышению эффективности использования больничных коек, укреплению преемственности работы стационарных и внебольничных учреждений, расширению объема догоспитального обследования больных, совершенствованию режима работы амбулаторно-поликлинических учреждений, лечебных и диагностических служб стационаров.

Одно из центральных мест заняла работа, направленная на поэтапный переход от диспансеризации отдельных контингентов к диспансеризации всего населения. В крупных поликлиниках создавались отделения профилактики. Охват профосмотрами контингентов, подлежащих периодическим осмотрам, составил в 1987 г. в Северо-Казахстанской обл. 95,1%, Целиноградской – 92,7, Кокчетавской – 92,2%

Усилились темпы разукрупнения территориальных участков: в 1987 г. в Kokчетавской обл. было 88 территориальных участков, в Северо-Казахстанской – 112, Целиноградской – 143; средняя численность взрослого городского населения, приходящегося на одного штатного участкового терапевта, составляла от 1400 до 1600 чел.

В основу расширения сети и увеличения мощности стационарных учреждений был положен принцип наиболее рационального сочетания интеграции и специализации медицинской помощи. Средняя коочная мощность областных больниц в 1987 г. составила (без детских больниц): в Kokчетавской – 690 коек, в Северо-Казахстанской – 540, в Целиноградской – 600 коек. Областные детские больницы были в Kokчетавской обл. на 500 коек и Северо-Казахстанской обл. – на 400 коек. Средняя мощность городских больниц в Северо-Казахстанской обл. – 518 коек, в Kokчетавской – 210, в Целиноградской – 141 койка. В ЦРБ, расположенных в городах, средняя мощность составила в Целиноградской обл. – 267 коек, в Kokчетавской – 251, в Северо-Казахстанской – 236 коек; в сельской местности – 177, 211 и 160 соответственно. Произошло укрупнение СУБ, средняя мощность их в Целиноградской обл. – 36 коек, в Северо-Казахстанской – 30 и в Kokчетавской – 27 коек.

Развернуто 88 больничных учреждений в Kokчетавской обл. и в них 9240 коек, обеспеченность на 10 000 населения – 140,3; в Северо-Казахстанской – 80 и 8935 коек, обеспеченность – 140,3; в Целиноградской – 96 и 11 620 коек, обеспеченность – 133,9. В целом по Казахской ССР обеспеченность койками составляет 133,1 на 10 000 населения.

Что касается специализированных видов стационарной службы в Северном Казахстане, то отмечается отставание не только от среднеазиатского, но и от республиканского уровня. В Целиноградской обл. ниже среднереспубликанского уровень обеспеченности терапевтическими, хирургическими, неврологическими, педиатрическими койками. В Kokчетавской обл. недостает коек кардиологического, урологического, травматологического, психиатрического, наркологического, инфекционного профилей. В Северо-Казахстанской обл. отмечена недостаточная обеспеченность койками кардиологического, травматологического, психиатрического, инфекционного, офтальмологического профилей. Койки проктологического профиля отсутствовали во всех трех областях, а пульмонологического – в Северо-Казахстанской и Целиноградской обл.

Во всех областях интенсивно открываются анестезиолого-реанимационные отделения и палаты интенсивной терапии. В 1987 г. в Целиноградской обл. работали 66 врачей-анестезиологов (0,8 на 10 000 населения) в Северо-Казахстанской – 45, или 0,7 на 10 000 населения [37].

В соответствии с постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» (1981) и «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» осуществлялись меры по развитию и совершенствованию системы охраны здоровья женщин и детей. В 1987 г. в Целиноградской обл. работали 262 педиатра, или 3,0 на 10 000 населения, в Кокчетавской – 234, или 3,5, в Северо-Казахстанской – 188, или 3,1 на 10 000 населения. Это ниже уровня по республике (4,9) и среднесоюзного уровня (5,2 – на 10 000 населения) [37].

Показатели детской смертности в 1987 г. составили в Кокчетавской обл. 22,7 случаев на 10 000 родившихся, в Северо-Казахстанской – 23,5, в Целиноградской – 25,0. Это ниже уровня показателей по республике (29,4) и по стране (25,5) [37].

В женских консультациях получает развитие система дифференцированного диспансерного наблюдения за беременными «группы риска». Организуется медико-генетическое консультирование.

Увеличилось число детских поликлиник, во многих улучшена материально-техническая база, что можно проиллюстрировать на примере Целиноградской обл. За последние годы в области выделены дополнительные помещения для городской детской больницы и дневного стационара для детей. В новые здания переведены детские городские поликлиники № 3, 4, 5. Проводятся мероприятия по улучшению материально-технической базы акушерско-гинекологической службы. Расширено отделение гинекологии при больнице скорой помощи до 60 коек. Завершено строительство родильного отделения в г. Атбасаре. С вводом в строй Мариновской районной больницы получило новое помещение родильное отделение. Предоставлены новые помещения детской консультации и детскому отделению. В течение 1987 – г. в Целиноградской – обл. открыты две участковые больницы и восемь врачебных амбулаторий. Осуществляются мероприятия по укомплектованию детских и родовспомогательных учреждений аппаратурой, медицинской техникой и оборудованием.

Но имеют место и нерешенные проблемы. Например, в Ерементауской райбольнице на площади, достаточной для работы всего 15 акушерских коек, развернуто 60. Аналогичная ситуация в ряде районов всех областей Северного Казахстана. Нередко из-за отсутствия подрядчиков, ассигнований и материалов на длительные сроки откладывается проведение капитального ремонта лечебных учреждений. В некоторых районных больницах, в связи с отсутствием площадей, не развернуты родильные обсервационные отделения, еще не решен вопрос о выделении резервных помещений на период закрытия родильных отделений и роддомов для обеспечения плановых, текущих и капитальных ремонтов и дезинфекций.

Продолжается работа по улучшению охраны здоровья и медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий, сельского хозяйства, строительства, транспорта. Расширена сеть и укреплена материально-техническая база здравпунктов, медико-санитарных частей и санаториев-профилакториев.

На территории республики сохраняют свою актуальность вопросы борьбы с туберкулезом, поиск путей совершенствования организационных форм борьбы с этим социальным явлением.

Остается высокой заболеваемость острыми кишечными инфекциями, острыми инфекциями верхних дыхательных путей, вирусным гепатитом, в том числе сывороточным гепатитом.

В 1987 г. медицинская помощь населению оказывалась широкой сетью амбулаторно-поликлинических учреждений: в Kokчетавской обл. - 174, в Северо-Казахстанской - 116 и в Целиноградской - 169 учреждений. В Kokчетавской обл. работали 1987 врачей, или 30,2 на 10 000 населения, в Северо-Казахстанской - 1960, или 31,9, в Целиноградской - 3211, или 37,0 на 10 000 населения; обеспеченность врачами по республике составляет 38,7, а по СССР - 42,7 на 10 000 населения [37].

Большую известность и популярность не только в республике, но и в стране имеет Щучинско-Боровская курортная зона, включающая Боровое - крупнейший климатокумысный курорт в Казахской ССР. Здесь круглогодично работают санаторий «Боровое» и детский туберкулезный санаторий. Работают два санатория для лечения больных с заболеваниями органов дыхания нетуберкулезного характера, болезнями органов движения и опоры, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Большое количество отдыхающих принимают турбазы, зоны отдыха, пионерские лагеря. В Щучинском санатории получают лечение больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, открыт реабилитационный центр для больных, перенесших инфаркт миокарда. Для больных с заболеваниями органов движения и опоры и органов дыхания нетуберкулезной этиологии развернут пансионат «Светлый». Открытый в 1927 г. санаторий «Бормашин» для больных с открытыми формами туберкулеза в 1967 г. реорганизован в общетерапевтический санаторий [52, 58].

За вклад в охрану здоровья населения, по итогам одиннадцатой пятилетки, большая группа медицинских работников Северного Казахстана получила высокие правительственные награды. Награждены орденом Ленина в Целиноградской обл. Т.И. Селянко, в Северо-Казахстанской - Н.Я. Тетерина. Среди удостоенных звания заслуженного врача Казахской ССР в Северо-Казахстанской обл. З.А. Михайлова, А.А. Колязов, К.К. Еслямов, Т.С. Гурьянова, М.И. Ладыгина, Р.Г. Баисова; в Kokчетавской обл. - Г.И. Ионова, К.К. Куманбаев, В.П. Семенов, В.И. Алюягин, В.А. Маслов, К.А. Азнатиров, Ф.А. Насырова, Н.А. Киселев.

ва; в Целиноградской обл. А.Р. Эстерле, Кафар-Оглы, В.И. Куда, Н.К. Тыныбаева, Т.Я. Конькова.

* * *

В 70 – 80-е годы в здравоохранении был сделан акцент на развитие сети амбулаторно-поликлинических учреждений, как за счет типового строительства, так и за счет укрупнения и модернизации существующих поликлиник. Улучшилось оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений современным лечебно-диагностическим оборудованием. Расширена внебольничная специализированная помощь, создается служба реабилитации. С целью укрепления участковой службы, расширения возможности проведения профилактической работы с 1977 г. проводится разукрупнение территориальных терапевтических и педиатрических цеховых участков, увеличивается их число и проводится первоочередное укомплектование врачебными кадрами. Развивается и углубляется специализированная амбулаторно-поликлиническая помощь.

Получает дальнейшее развитие профилактическое направление и диспансерный метод, больше внимания уделяется проведению мероприятий по предупреждению заболеваний. В сельской местности развертываются медицинские профилактории.

Особое внимание уделено укрупнению многопрофильных и специализированных болниц, ЦРБ, реорганизации бесперспективных сельских участковых больниц во врачебные амбулатории, а в ряде случаев в ФАПы. Одновременно с количественным ростом коечного фонда продолжались процессы его специализации.

Развивается противотуберкулезная, онкологическая, кардиологическая, стоматологическая, нефрологическая, наркологическая, травматологическая и другие специализированные службы. Совершенствуется система организации экстренной стационарной помощи.

На базе крупных больнично-поликлинических отделений создаются специализированные центры разного уровня (областные, межобластные, межрайонные), позволяющие проводить полноценные обследование и лечение больных, наиболее эффективно использовать дорогостоящее медицинское оборудование.

Происходила специализация и интеграция медицинской помощи в системе скорой помощи, создавались специализированные бригады и отделения в больницах, организуются консультативные центры с дистанционной регистрацией ЭКГ.

Рост сети медицинских учреждений, кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения не привел, одна-

ко, к существенным сдвигам – улучшению медицинской помощи и профилактической работы. Отстает модернизация материально-технической базы здравоохранения, обеспечение лечебно-профилактических учреждений современной медицинской техникой, оборудованием, лекарственными средствами. Слабо внедряются в практику достижения научно-технического прогресса. Не отвечают современным требованиям планирование и управление здравоохранением, распределение ресурсов, подготовка, усовершенствование и идеально-нравственное воспитание кадров. Всего сильнее эти недостатки отразились на работе первичного звена здравоохранения, учреждений охраны материнства и детства, сельского здравоохранения. Уровень, качество и культура массовых видов лечебно-профилактической помощи начали отставать от растущих потребностей населения. Эффективность проводимых профилактических мероприятий все еще на низком уровне.

Остаются нерешенными вопросы улучшения санитарно-гигиенических условий на производстве и в быту, оздоровления внешней среды. Эффективность государственного санитарного надзора недостаточна. Низка результативность воспитательной работы по формированию здорового образа жизни, слабо проводится борьба с пьянством, алкоголизмом, курением и другими вредными привычками. Значительная часть населения не привлечена к систематическим занятиям физкультурой и спортом.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Объективный анализ состояния экономического и социального развития страны, проведенный на апрельском (1985 г.) Пленуме ЦК КПСС и XXVII съезде партии, выявил неблагоприятные тенденции в экономике и социально-духовной сфере жизни общества. Замедление темпов экономического роста и внедрения научно-технических достижений сказалось на объеме выполнения программы социального развития, явилось одной из основных причин отставания материально-технической базы науки и образования, здравоохранения и культурно-бытового обслуживания населения. Недостатки в деятельности органов и учреждений здравоохранения – следствие замедления темпов прироста расходов на здравоохранение, отставания в использовании достижений научно-технического прогресса, новых форм и методов работы. В здравоохранении имеются серьезные недостатки в организаторской работе, планировании, подборе и расстановке кадров, рациональном использовании выделяемых ресурсов.

Крупной вехой, определившей первоочередные задачи современного этапа социально-экономического развития советского общества, был июньский (1987 г.) Пленум ЦК КПСС. Намечена радикальная реформа экономического управления. «Суть коренной перестройки управления экономикой страны – переход от преимущественно административных к экономическим методам руководства на всех уровнях, к управлению интересами и через интересы – к широкой демократизации управления, всемерной активизации человеческого фактора... На всех уровнях предусматривать приоритетное выделение средств на сконцентрированное решение жилищной проблемы, укрепление здоровья человека, удовлетворение его культурных и духовных потребностей... Назрела необходимость перестройки хозяйственного механизма функционирования социально-культурного комплекса – образования, культуры, здравоохранения, физической культуры и спорта»¹⁷³.

Предусматривается начиная с тринадцатой пятилетки до 2005 г. увеличить ассигнования на приобретения оборудования и инвентаря в 6,8 раза, на капитальный ремонт зданий и сооружений – в 5, на приобретение медикаментов – в 4, на питание больных – в 3 раза. Ассигнования на медицинское обслуживание в тринадцатой пятилетке должны составить 155 руб. на человека против 80 руб. в двенадцатой пятилетке¹⁷⁴.

Всесоюзный съезд врачей, проходивший в октябре 1988 г., явился большим событием в жизни медицинской общественности нашей страны. Съезд наметил пути перехода от экспенсивных методов и показателей работы к показателям качества. Начата перестройка в системе медицинского образования, на-

правленная на углубление теоретической подготовки студентов, овладение ими практическими приемами работы, расширение знаний в области медицинской техники. Особое внимание уделено необходимости подготовки участковых терапевтов в связи с осуществлением ими функции «семейных» врачей.

Предстоит осуществить коренные преобразования в сфере планирования и управления, пересмотреть идеологию управления здравоохранением. Необходимо предоставить большую самостоятельность руководителям органов и учреждений на местах как в решении кадровых вопросов, так и в определении приоритетов в развитии служб и основных направлений деятельности.

На современном этапе большое значение придается комплексному оснащению техническими средствами всего профилактического и лечебно-диагностического процесса.

Итак, читатель! Несмотря на значительные успехи нашего здравоохранения, мы все еще в пути, пути нелегком. Да и как может быть иначе, если необходимо выполнить программную задачу по расширению масштабов профилактической работы, коренному улучшению медицинской помощи населению. Решить эту задачу только совместными усилиями социальных и медицинских служб, при широком внедрении достижений медицинской науки в практику здравоохранения. От медицинских работников требуются не только профессиональные знания, но и безмерная увлеченность, самоотверженность, активная общественная деятельность, влюбленность в свое дело.

Автор надеется, что, познакомившись с такими замечательными людьми, о которых, конечно, далеко не исчерпывающе говорилось в данной работе, читатели проникнутся их убежденностью и любовью к своему делу. Это поможет будущим медикам идти вперед в профессиональном творчестве.

А для того, чтобы идти вперед, надо внимательно взглянуться в прошлое, хранить преемственность традиций и верность своему предназначению – служению народу.

СНОСКИ

1 См.: Хроника важнейших событий Великой Октябрьской социалистической революции в Казахстане (25 октября – 7 ноября 1917 г. – 4 октября 1920 г.). Алма-Ата, 1960. 59 с.

2 См.: Госархив Омск. обл., ф. 284, оп. 1, д. 26, л. 33.

3 См.: Хроника важнейших событий Великой Октябрьской социалистической революции в Казахстане (25 октября – 7 ноября 1917 г. – 4 октября 1920 г.). Алма-Ата, 1960. 59 с.

4 См.: Госархив Омской обл., ф. 308, оп. 1, д. 1, л. 10.

5 См. там же, л. 43.

6 См.: Госархив Омской обл., ф. 308, оп. 1, д. 1, л. 43.

7 Госархив Омской обл., ф. 308, оп. 1, д. 209, лл. 98 – 99.

8 См.: ГАКО, ф. 46, оп. 1, д. 5, л. 17.

- 9 См.: Госархив Омской обл., ф. 308, оп. 1, д. 316, л. 69.
 10 См.: Госархив Омской обл., ф. 308, оп. 1, д. 209, л. 168.
 11 Там же, д. 38, лл. 105 – 106.
 12 См.: ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 16, лл. 10 – 12, 19, 24, 25, 36.
 13 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 17, л. 73.
 14 См.: ГАЦО, ф. 212, оп. 1, д. 1, лл. 113, 217.
 15 ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 148, лл. 212 – 214.
 16 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 1, л. 2.
 17 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 1, лл. 336 – 338.
 18 См.: Стат.-эконом. обзор Кирг. АССР. Оренбург, 1923. С. 102 – 149.
 19 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 17, лл. 443, 446.
 20 Шамов М.С. Народное здравоохранение в Киргизской АССР//Степная правда. 1922. 20 окт.
 21 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 32, л. 86.
 22 ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 1, л. 67.
 23 См.: Стат.-эконом. обзор Кирг. АССР. Оренбург, 1923. С. 102 – 149.
 24 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 17, л. 357.
 25 См.: Госархив Омской обл., ф. 308, оп. 1, д. 153, лл. – 52 – 60; там же, д. 290, лл. 4, 15, 48, 493.
 26 См.: ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 87, л. 1, 12.
 27 ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 54, лл. 2 – 4.
 28 См.: Михеев. Борьба с холерой//Мир труда. 1921. 23 июля.
 29 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 14, л. 231.
 30 См.: ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 87, лл. 8 – 9.
 31 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 3, д. 1, л. 13.
 32 См.: Степная правда. 1923. 1 февр.
 33 См.: ЦГА КазССР, ф. 82, оп. 1, д. 42, л. 58.
 34 См.: Степная правда. 1923. 25 янв.
 35 См. там же. 31 марта.
 36 ГАКО, ф. 76, оп. 1, д. 534, лл. 8 – 9.
 37 См.: Ревзон М. Медпомощь и губздрав//Мир труда. 1922. 25 окт.
 38 См.: ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 96, л. 1.
 39 ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 96, лл. 9 – 10.
 40 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 1, л. 38.
 41 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 10, лл. 4 – 5.
 42 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 1, л. 184.
 43 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 4, л. 235.
 44 ГАЦО, ф. 322, оп. 1, д. 8, лл. 28, 88.
 45 ГАСКО, ф. 234, оп. 3, д. 1, л. 34.
 46 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 13, л. 16.
 47 См.: Колодзейчик В. Санаторий «Боровое»//Луч. 1977. 7 апр.
 48 См.: Вестник здравоохранения Казахстана. 1927. № 1. С. 1 – 16.
 49 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 13, лл. 11 – 12.
 50 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 3, д. 20, лл. 149, 153.
 51 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 13, л. 32.
 52 См. там же, д. 36, лл. 36, 144, 145, 149, 159.
 53 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 25, л. 175.
 54 ГАСКО, ф. 243, оп. 3, д. 11, лл. 86 и 86 об.
 55 ГАСКО, ф. 343, оп. 1, д. 26, л. 67.
 56 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 20, лл. 85, 88.
 57 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 1, д. 26, л. 74.
 58 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 11, л. 31.
 59 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 4, л. 242.
 60 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 4, лл. 242 – 246.
 61 См.: ГАКО, ф. 76, оп. 1, д. 751, л. 223.
 62 См. там же, ф. 322, оп. 1, д. 7, лл. 30 – 33.

- 63 См. там же, ф. 78, оп. 1, д. 34, лл. 8 – 10.
 64 См.: ГАКО, ф. 78, оп. 1, д. 11, л. 27.
 65 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 10, лл. 13 – 14.
 66 См.: Яковлев А. Жизнь сирот и детей киргизской бедноты // Мир труда 1922. 24 авг.
 67 Известия НКЗ. 1923. С. 33.
 68 Постановление Пленума ЦК РКП(б) «Об очередных задачах партии в работе среди работниц, крестьянок и тружениц Востока» (январь, 1925 г.).
 69 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 3, д. 1, лл. 3, 7.
 70 См.: Шкрыль П. Для здоровья народа // Степной маяк. 1988. 3 марта.
 71 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 32, л. 56.
 72 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 2, д. 4, лл. 247, 248.
 73 См. там же, лл. 248 – 249.
 74 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 32, лл. 27 – 28; д. 11, л. 31.
 75 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 1, д. 7, лл. 9 – 11.
 76 ГАСКО, ф. 234, оп. 3, д. 23, л. 65 об.
 77 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 11, л. 36.
 78 См.: ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 18, лл. 32 – 34.
 79 См. там же, д. 16, л. 22.
 80 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 34, л. 1.
 81 ГАЦО, ф. 322, оп. 1, д. 1, л. 41.
 82 ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 2, л. 14; ф. 322, оп. 1, д. 3, лл. 38 – 43.
 83 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 1, д. 1, л. 41.
 84 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 39, лл. 191 – 193; ф. 322, оп. 1, д. 2, лл. 38 – 43;
 д. 7, лл. 3 – 8.
 85 ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 3, л. 249; д. 11, л. 18.
 86 См.: ГАКО, ф. 57, оп. 1, д. 121, лл. 3 – 4.
 87 См.: Справочник по г. Петропавловску Акмолинской губернии на 1925 г.
 С. 49.
 88 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 1, д. 12, л. 56.
 89 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 13, лл. 61 – 66.
 90 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 1, д. 10, л. 8.
 91 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 1, д. 10, л. 8.
 92 См.: ГАСКО, ф. 243, оп. 1, д. 12, л. 58.
 93 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 2, д. 25, л. 192.
 94 См.: ГАСКО, ф. 17, оп. 1, д. 11, лл. 21 – 23.
 95 См.: ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 1, лл. 352 – 357.
 96 ГАЦО, ф. 31, оп. 1, дц. 8, лл. 138 – 139.
 97 См. там же, оп. 1, д. 18, л. 41.
 98 См.: ГАСКО, ф. 17, оп. 1, д. 1, л. 793.
 99 См.: Осипова О. По формуле милосердия // Ленинское знамя. 1980.
- 27 дек.
- 100 См.: ГАКО, ф. 218, оп. 1, д. 2, лл. 36 – 42.
 101 См.: ГАКО, ф. 929, оп. 1, д. 1, л. 12.
 102 См.: Звезда Героя // Здравоохранение Казахстана. 1969. № 4. С. 81 – 83.
 103 См.: Дубовицкий Н. Они были первыми // Луч. 1985. 13 июня.
 104 См.: Кокчетавская обл. 6-ца. Материалы по истории больницы.
 105 См.: ГАСКО, ф. 1087, оп. 3, д. 34, лл. 7, 11 – 13.
 106 См.: ГАЦО, ф. 78, оп. 1, д. 25, лл. 213 – 214.
 107 Там же.
 108 Там же.
 109 См.: Медицинский журнал Казахстана. 1935. №1, 2. С. 1 – 18.
 110 См.: ГАСКО, ф. 17, оп. 1, д. 1, л. 140.
 111 См.: ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 18, л. 30.
 112 См. там же, л. 53.
 113 См. там же, л. 28; д. 16, л. 77.

- 114 См.: ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 18, л. 25.
- 115 См. там же, л. 14.
- 116 См. там же, д. 16, л. 16 – 17.
- 117 См. ГАСКО, ф. 17, оп. 2, д. 15, лл. 37 – 44.
- 118 См.: ГАСКО, ф. 17, оп. 1, д. 9, лл. 78 – 88.
- 119 См.: ГАСКО, ф. 17, оп. 1, д. 9, лл. 67 – 70.
- 120 См.: ГАЦО, ф. 31, оп. 1, д. 10, лл. 29 – 31.
- 121 См.: Наркомздрав СССР // Официальный сборник. 1938. № 11, 12.
- 122 См.: Партийная жизнь. 1989. № 8. С. 95.
- 123 См.: Дубовицкий Н. У истоков фтизиатрии // Степной маяк. 1989. 30 июня.
- 124 См.: ГАЦО, ф. 622, оп. 1, д. 4. л. 1.
- 125 См.: Ленинское знамя. 1985. 5 апр.
- 126 См.: ГАСКО, ф. 1087, оп. 3, д. 34, л. 29.
- 127 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1, д. 32, лл. 6 – 19.
- 128 См.: Дубовицкий Н. Эшелоны уходили на фронт // Луч. 1988. 7 мая.
- 129 См.: ГАСКО, ф. 1087, оп. 3, д. 34, лл. 41 – 42.
- 130 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1, д. 34, лл. 18 – 20.
- 131 См.: Награда Красного Креста // Степной маяк. 1973. 6 окт.
- 132 См.: Солдат милосердия // Ленинское знамя. 1985. 5 мая.
- 133 См.: Дубовицкий Н. Академик Л.С. Штерн в Боровом // Луч. 1988. 3 дек.
- 134 См.: ЦГА КазССР, ф. 1473, оп. 3, д. 43, лл. 5, 8, 13, 18, 20, 31.
- 135 См. там же, оп. 2, д. 42, лл. 1 – 20.
- 136 См.: ЦГА КазССР, ф. 1473, оп. 2, д. 71, лл. 14 – 16.
- 137 См. там же, д. 34, л. 198.
- 138 См.: ГАЦО, ф. 622, оп. 1, д. 10, л. 91.
- 139 См.: Народное хозяйство КазССР за 25 лет. Алма-Ата, 1945. С. 22.
- 140 См.: ЦГА КазССР. Приказы КНКЗ за 1945 г. Л. 273.
- 141 См.: ГАЦО, ф. 622, оп. 1, д. 10, л. 91; там же, ф. 322, оп. 7, д. 5, л. 28.
- 142 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2, д. 11. л. 35.
- 143 См.: ГАСКО, ф. 1189, оп. 28, д. 710, л. 157.
- 144 См.: Оргметодкабинет Kokчетавск. обл. б-цы. Справка.
- 145 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2, д. 5. л. 15.
- 146 См.: Здравоохранение Казахстана за 50 лет // Статистические материалы Алма-Ата, 1969. 156 с.
- 147 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2, д. 10, д. 31.
- 148 См.: ЦГА КазССР, ф. 1473, оп. 2. д. 71, лл. 2 – 8.
- 149 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2, д. 15, лл. 11 – 23.
- 150 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2. д. 3. л. 1.
- 151 См. там же, д. 1, лл. 18 – 20.
- 152 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1. д. 31, лл. 175 – 230.
- 153 Там же, ф. 322, оп. 2, д. 4, л. 6.
- 154 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2. д. 6, лл. 31 – 33; там же, д. 11, л. 2.
- 155 См. там же. лл. 4 – 5.
- 156 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2, д. 7, л. 22; там же, д. 11, л. 74.
- 157 См.: ГАЦО, ф. 322, оп. 2, д. 4, лл. 74 – 75.
- 158 См. там же, д. 10, л. 31.
- 159 См.: Архив Kokчетавской обл. б-цы. 1950 – 1989 гг.
- 160 См.: ГАСКО, ф. 1087, оп. 4, д. 90, лл. 1 – 33.
- 161 Аданьевич Е. Врач Яшин // Ленинское знамя. 1968. 5 янв.
- 162 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1. д. 15, лл. 103 – 107.
- 163 См. там же, л. 7.
- 164 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1, д. 15, лл. 9, 23 – 28.
- 165 См. там же, лл. 49 – 51, 56 – 57, 67, 70.
- 166 См. там же. д. 121, лл. 11, 16, 17.

- 167 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1, д. 124, лл. 4, 16.
- 168 См. там же, д. 27, лл. 224.
- 169 См. там же, д. 74, лл. 23, 63.
- 170 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1, д. 74, л. 26.
- 171 См.: ГАЦО, ф. 851, оп. 1, д. 74, лл. 142, 147, 150.
- 172 См.: *Коскин Н.С.* Дело первостепенной важности // Ленинское знамя. 1986. 5 мая.
- 173 Основные положения коренной перестройки управления экономикой // Коммунист. 1987. № 10. С. 55, 70.
- 174 См.: *Кишенко Л.П.* Экономика и планирование здравоохранения на этапе его перестройки // Советское здравоохранение. 1989. № 4. С. 3 – 9.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А. Достижения народного здравоохранения Казахстана // Сов. здравоохранение. 1982. № 12. С. 27 – 32.
2. Алиев М.А. Перестройка в здравоохранении Казахстана // Здравоохранение Казахстана. 1987. № 7. С. 3 – 13.
3. Александровский П.В. К вопросу об изучении туберкулеза и борьбе с ним в Казахстане // Вопр. туберкулеза. 1928. № 5. С. 77 – 84.
4. Аманджолова Р.С., Ибраев Ш.З. Охрана материнства и детства в Казахстане // Вопр. охраны материнства и детства. 1972. № 12. С. 35 – 38.
5. Барабой В.А. Медицинскую службу на целинных землях на уровень современных задач // Сов. здравоохранение. 1956. № 6. С. 17 – 21.
6. Васин В.Я. Россия и казахские ханства в XVI – XVIII веках. Алма-Ата, 1971. 274 с.
7. Белиловский К.А. Женщины инородцев Сибири. Медико-этнографический очерк. СПб., 1894. 103 с.
8. Белиловский Ц.А. Медико-статистический и санитарный очерк г. Петропавловска Акмолинской области (годичный отчет за 1886 г.) Томск, 1887. 120 с.
9. Бердыбаев У.Б. Грибковые заболевания в Казахстане. Алма-Ата, 1959, 238 с.
10. Бисенова А.Б. Успехи в области охраны материнства и детства в Казахстане // Педиатрия. 1972. № 12. С. 28 – 32.
11. Большой Савва. Записки доктора Саввы Большого о приключениях его в плену у киргиз-кайсаков в 1803 и 1804 годах. С замечаниями о киргиз-кайсацкой степи // Сын Отечества. 1820. Ч. 10. Кн. 4. С. 160 – 164; 1882. Ч. 76. С. 168 – 177, 213 – 220, 289 – 303; Ч. 77. С. 24 – 34; Ч. 80. С. 43 – 60.
12. Власов А. Большая жизнь // Здравоохранение Казахстана. 1969. № 3. С. 74 – 75.
13. Галиев В.З. Врачи-казахи // Здравоохранение Казахстана. 1970. № 8. С. 30 – 31.
14. Галиев В.З. Медицинская деятельность ссыльных революционеров в Казахстане (вторая половина XIX века). Алма-Ата, 1982. 159 с.
15. Гнутов И.Н., Темирбулатов С.Т., Говорков В.И. Областное специализированное здравоохранение Казахстана. 1977. № 11. С. 73 – 76.
16. Грибанов М.Н. Годы бурного роста // Здравоохранение Казахстана. 1974. № 3. С. 8 – 10.
17. Грибанов М.Н. Здравоохранение на целине // Здравоохранение Казахстана. 1984. № 2. С. 3 – 9.
18. Грибанов М.Н. О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания сельского населения // Здравоохранение Казахстана. 1979. № 10. С. 3 – 8.
19. Гуткин А.Я. Материалы по голоду в Киргизской республике // Врачеб. дело. 1925. № 7. С. 581.
20. Диваев А.А. Киргизские болезни и способы их лечения // Туркестанские ведомости. 1902. № 80; Там же. 1903. № 43.

21. Диваев А.А. Из области киргизских верований. Баксы, как лекарь и колдун. Казань, 1889. 38 с.
22. Доклад народного комиссара здравоохранения Казахстана т. Кулсартова на IX Всеказахском съезде Советов // Медицинский журнал Казахстана. 1935. № 1 – 2. С. 1 – 18.
23. Жакупова М.А. Эвакогоспитали Казахстана в годы Великой Отечественной войны. Алма-Ата, 1985. 120 с.
24. Задорожный А.П. Задачи санитарно-эпидемиологической службы области в свете решений ХХIV съезда КПСС // Материалы I Юбилейной научно-практической конференции гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов Kokчетавской области. Алма-Ата, 1973. С. 7 – 11.
25. Задорожный А.П. Организация работы в поликлиниках центральных районных больниц Kokчетавской области // Здравоохранение Казахстана. 1982. № 5. С. 3 – 6.
26. Задорожный А.П. Некоторые итоги работы объединенной баклаборатории // Здравоохранение Казахстана. 1972. № 3. С. 4 – 6.
27. Задорожный А.П. Развитие здравоохранения в Kokчетавской области // Здравоохранение Казахстана. 1972. № 8. С. 1 – 3.
28. Задорожный А.П. Год от года крепнуть и совершенствоваться // Здравоохранение Казахстана. 1977. № 11. С. 57 – 59.
29. Задорожный А.П. О состоянии и перспективах улучшения медицинского обслуживания сельского населения // Здравоохранение Казахстана. 1980. № 1. С. 11 – 14.
30. Задорожный А.П. Подход к ежегодной диспансеризации взрослого населения в сельской местности // Здравоохранение Казахстана. 1985. № 4. С. 27 – 30.
31. Задорожный А.П. На службе здоровья // Здравоохранение Казахстана. 1970. № 4. С. 26 – 29.
32. Задорожный А.П. О развитии и улучшении деятельности фельдшерско-акушерских пунктов в Kokчетавской области // Здравоохранение Казахстана. 1975. № 4. С. 61 – 62.
33. Задорожный А.П. Меры по развитию специализации медицинской помощи и рациональному использованию конечного фонда в Kokчетавской области // Здравоохранение Казахстана. 1975. № 8. С. 8 – 11.
34. Задорожный А.П., Грехов Ф.Г. Роль санитарного актива в проведении сплошных флюорографических осмотров населения в сельской местности // Здравоохранение Казахстана. 1978. № 4. С. 86 – 87.
35. Замятин И.С. Курорты Казахстана // Сов. медицина. 1938. № 8. С. 49 – 50.
36. Здравоохранение Казахстана за 50 лет (Статистические материалы). Алма-Ата, 1969. 156 с.
37. Здоровье населения Казахской ССР и деятельность учреждений здравоохранения в 1987 г. (Статистические материалы). Алма-Ата, 1988. 338 с.
38. Золотавин Н.А. Очерки современной постановки кумысолечения ввиду борьбы с туберкулезом // Указат. кумысолечебных заведений, кумысолечебных селений, хуторов и кочевок Российской империи. СПб., 1902. 70 с.
39. Зюзин В.И. Достижения в области борьбы с туберкулезом // Научные известия. 1960. № 17. С. 60 – 67.

40. Зюзин В.И. К истории борьбы с туберкулезом в Казахстане // Тезисы докладов XXX итоговой научной конференции КазМИ. Алма-Ата, 1959. С. 75 – 76.
41. Зюзин В.И. Состояние и перспективы борьбы с туберкулезом в Казахстане // Медицинский журнал Казахстана. 1934. № 3 – 4. С. 49 – 56.
42. Казахская советская энциклопедия. Алма-Ата, 1981. 703 с.
43. Кастанье И.А. Разные киргизские знахари // Вестник Оренбургского учебного округа. 1913. № 6. С. 187 – 196; № 7 – 8. С. 217 – 224.
44. Клебанов А.Я. Санитарная служба республики // Здравоохранение Казахстана. 1977. № 11. С. 36 – 39.
45. Колосов Г.А. О народном врачевании у сартов и киргизов // Известия Военно-медицинской академии. 1902. Ч. IV. № 1. С. 65 – 66.
46. Конюс Э.М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917 – 1940). 1954. 403 с.
47. Коцкин Н.С. Медицинское обслуживание сельского населения // Здравоохранение Казахстана. 1974. № 3. С. 13 – 15.
48. Костина К.А. Заболеваемость брюшным тифом в Казахской ССР и материалы по ее снижению // Материалы одиннадцатой итоговой научно-практической конференции. Алма-Ата, 1970. С. 162 – 164.
49. Костина К.А. Эволюция эпидемиологического процесса полиомиелита в КазССР в поствакцинальном периоде (1960 – 1974) и научно-практические задачи по ликвидации спорадических заболеваний // Материалы конференции, посвященной 50-летию КазНИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний (1925 – 1975). Алма-Ата, 1975. С. 117 – 130.
50. Костина К.А. Пути ликвидации дифтерии в Казахской ССР // Материалы 7-й научно-практической конференции института и конференции врачей областей Северного Казахстана. Алма-Ата, 1966. С. 106 – 110.
51. Крамчанинов Н.Ф. О медицинском обслуживании сельского населения в КазССР // Сов. здравоохранение. 1957. № 3. С. 25 – 29.
52. Кринцин Н.Я. Курорт «Боровое» (Сибирская Швейцария) // Народное хозяйство Казахстана. 1928. № 11 – 12. С. 326 – 328.
53. Кударов Ж.Т. К вопросу о развитии хирургической помощи в Казахстане // Материалы XXXVII итоговой научной конференции КазМИ. Алма-Ата, 1968. С. 55 – 56.
54. Кузнецов Л.А. Краткий исторический очерк г. Петропавловска Акмолинской области. Петропавловск, 1913. 117 с.
55. Кулсартов К.К. За развернутое наступление на фронте здравоохранения // Мед. журн. Казахстана. 1933. № 2 – 3. С. 9 – 10.
56. Кулсартов К.К. О состоянии и перспективах дела здравоохранения в Казахстане // Медицинский журнал Казахстана. 1934. № 3 – 4. С. 1 – 12.
57. Кульжаманов С.Р., Коротков Г.П. Сельские медицинские профилактории и проблемы улучшения их деятельности // Здравоохранение Казахстана. 1988. № 10. С. 5 – 7.
58. Курорты. Энциклопедический словарь. М., 1983. 591 с.
59. Ласков Ю. Статистический и исторический материал по сельской медицине в Акмолинской области за 1884 – 1910 годы. Омск, 1911. 111 с.

60. Легенький И.Г. Об одной санитарной организации в составе переселенческой медицины Сибири // Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск. 1960. С. 220 – 221.
61. Легенький И.Г. Из истории Омского медицинского общества // Материалы к истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1960. С. 164 – 166.
62. Легенький И.Г. О некоторых ошибках в современных историко-медицинских работах // Материалы к истории медицины и здравоохранения в Сибири. Томск, 1960. С. 34 – 35.
63. Лосьев И. Медицина в киргизской степи // Московская медицинская газета. 1874. № 28. С. 863 – 866.
64. Луначарский А.В. Ф.Э. Дзержинский // Народное просвещение. 1926. № 7.
65. Мананникова Н.В. Этапы осуществления ленинских идей по охране здоровья матери и ребенка // Вопр. охраны материнства и детства, 1970. № 4. С. 12 – 17.
66. Маслов С.С. Сифилис и кожные болезни среди казахского населения Акмолинского и Атбасарского уездов по материалам врачебно-обследовательского отряда Акмолгубзздрава в 1928 г. // Омский мед. журн. 1928. № 6. С. 53 – 62.
67. Материалы XXVII съезда Коммунистической партии Советского Союза. М., 1986. 352 с.
68. Материалы к отчету ЦИК КазССР на 3-й сессии ВЦИК 13-го созыва. Кзыл-Орда, 1928. 114 с.
69. Надо добиться перелома! // Мед. журн. Казахстана. 1933. № 2 – 3. С. 1 – 4.
70. Народное хозяйство Акмолгубернии за I полугодие 1924 – 1925 гг. Петропавловск, 1925. 22 с.
71. Народное хозяйство Казахстана. Кзыл-Орда, 1927. 155 с.
72. Народное хозяйство Казахстана в 1925 – 1926 гг. (по материалам конькунктурного бюро Казгосплана). Кзыл-Орда, 1927. 49 с.
73. Народное хозяйство Казахской ССР в 1960 и 1961 гг. Алма-Ата, 1963. 544 с.
74. Народное хозяйство Казахстана в 1974 г. Алма-Ата, 1975. 319 с.
75. Народное хозяйство Казахстана за 60 лет. Алма-Ата, 1980. 272 с.
76. Народное хозяйство Казахстана в 1984 г. // Статистический ежегодник. 1985. 316 с.
77. Небольсин П. Киргизские врачи и чародеи // Журн. для чтения воспитанников военно-учебных заведений. 1851. Т. 91. № 363. С. 340 – 348.
78. Новосельцев В.Н. Все для здоровья человека // Здравоохранение Казахстана. 1970. № 4. С. 23 – 26.
79. Новосельцев В.Н. Коренные изменения // Здравоохранение Казахстана. 1977. № 11. С. 60 – 61.
80. Обзор Акмолинской области за 1885 год. Омск, 1886. 18 с.
81. Обзор Акмолинской области за 1886 год. Омск, 1887. 32 с.
82. Обзор Акмолинской области за 1890 год. Омск, 1891. 44 с.
83. Обзор Акмолинской области за 1897 год. Омск, 1899. 90 с.
84. Обзор Акмолинской области за 1910 год. Омск, 1911. 95 с.
85. Обзор Акмолинской области за 1914 год. Омск, 1915. 76 с.
86. Обзор Акмолинской области за 1915 год. Омск, 1915. 76 с.

87. Обзор народного хозяйства Казахской АССР. 1925. Самара, 1927. С. 18 – 27.
88. Ордена Ленина Северо-Казахстанской области пятьдесят лет (1936 – 1986). Петропавловск, 1986. 70 с.
89. Оспанов Д.О. О развитии материальной базы здравоохранения Кокчетавской области // Здравоохранение Казахстана. 1975. № 1. С. 9 – 11.
90. Отчет о деятельности Акмолинского губернского исполнительного комитета Советов рабочих, крестьянских, красноармейских и киргизских депутатов за 1923 – 1924 хоз. год. Петропавловск, 1925. 130 с.
91. Отчет о деятельности Акмолинского губернского исполнительного комитета Советов рабочих, крестьянских, красноармейских и киргизских депутатов за 1924 – 1925 хоз. год. Петропавловск, 1926. 119 с.
92. Отчет Акмолинского губернского исполнительного комитета Совета рабочих, крестьянских, красноармейских и казахских депутатов за 1925 – 1926 год. Петропавловск, 1927. 123 с.
93. Отчет о работе Петропавловского городского Совета рабочих, крестьянских, красноармейских и казахских депутатов за 1926 – 1927 и 1927 – 1928 гг. Петропавловск, 1928. 69 с.
94. Палкин Б.Н. Очерки истории медицины и здравоохранения Западной Сибири и Казахстана в период присоединения к России (1716 – 1868). Новосибирск, 1967. 579 с.
95. Петров П.П. Некоторые вопросы развития хирургии и травматологии в Казахстане // Материалы 9-й итоговой научно-практической конференции. Алма-Ата, 1968. С. 347 – 349.
96. Петров П.П. Центральные районные больницы – основа дальнейшего улучшения специализированной медицинской помощи сельскому населению Казахстана // Здравоохранение Казахстана. 1973. № 10. С. 1 – 8.
97. К юбилею постановления ЦК ВКП(б) О медицинском обслуживании рабочих и крестьян от 18 дек. 1929 г. // Советское здравоохранение. 1955. № 1. С. 3 – 5.
98. Петропавловск. Алма-Ата, 1985. 285 с.
99. Полянский А.Н. Ликвидация венерических и грибковых заболеваний в Казахстане – важнейшая задача // Здравоохранение Казахстана. 1951. № 7. С. 3 – 9.
100. Потулов Б.М. Великий Октябрь. Ленин. Здравоохранение. М., 1987. 359 с.
101. Пфафф Г.И. Наши успехи // Здравоохранение Казахстана. 1974. № 3. С. 11 – 13.
102. Пятый губернский съезд Советов рабочих, крестьянских, красноармейских и казахских депутатов, 15 – 20 марта 1927 г. Петропавловск, 1927. 11 с.
103. Ради здоровья людей / Под ред. Т.Ш. Шарманова. Алма-Ата, 1980. 167 с.
104. Резолюция V Всеказахского съезда здравотделов и участковых врачей (ноябрь, 1925) // Вестн. здравоохранения Казахстана. 1927. № 1. С. 1 – 16.
105. Русские врачи среди киргизов // Неделя. 1872. № 3. С. 103 – 107.
106. Самарин Р.И. Очерки истории здравоохранения Казахстана. Алма-Ата, 1958. 162 с.

107. *Самарин Р.И.* Здравоохранение республики между VII и VIII съездами КП Казахстана // Здравоохранение Казахстана. 1956. № 2. С. 3 – 6.
108. *Самарин Р.И.* Здравоохранение Казахстана за 40 лет // Научные известия. Алма-Ата, 1960. Вып. 17. С. 10 – 14.
109. *Самарин Р.И., Исмаилов Ш.Н.* Этапы большого пути // Здравоохранение Казахстана. 1970. № 8. С. 2 – 10.
110. С думой о завтрашнем дне. Шаги перестройки // Здравоохранение Казахстана. 1987. № 11. С. 7 – 12.
111. 70 лет советского здравоохранения. 1917 – 1987 / Под ред. Е.И. Чазова, Н.Н. Блохина, И.П. Лидова и др. М., 1987. 510 с.
112. *Сеньков Н.О.* К вопросу о работе медицинской сети в районах освоения целинных земель // Здравоохранение Казахстана. 1956. № 11. С. 6 – 13.
113. *Сеньков Н.О.* Итоги реорганизации и деятельности лечебно-профилактических учреждений и очередные задачи // Здравоохранение Казахстана. 1951. № 6. С. 3 – 8.
114. *Сеньков Н.О.* Развитие здравоохранения на селе Казахской ССР в послевоенные годы (1946 – 1960): Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1962. 28 с.
115. *Сеньков Н.О.* Развитие здравоохранения на селе Казахской ССР в послевоенные годы (1946 – 1960): Дис... канд. мед. наук. М., 1962. 244 с.
116. *Сеньков Н.О., Петров П.П.* По пути дальнейшего роста, совершенствования и специализации медицинской помощи // Здравоохранение Казахстана. 1971. № 3. С. 1 – 12.
117. *Серебряков В.* Материалы по вопросу о распространении сифилиса в Казахстане // Мед. журн. Казахстана. 1935. № 3. С. 89 – 90.
118. Статистико-экономический обзор Киргизской Советской Социалистической Республики / ЦСУ КССР. Оренбург, 1923. 182 с.
119. *Субханбердин С.Х.* Улучшение медикаментозного обслуживания населения // Здравоохранение Казахстана. 1956. № 3. С. 3 – 6.
120. *Субханбердин С.Х.* Сердце, отданное людям (к 100-летию со дня рождения М.М. Чумбалова) // Здравоохранение Казахстана. 1973. № 3. С. 92.
121. *Табанова Ф.Т.* Укреплять службу охраны материнства и детства // Здравоохранение Казахстана. 1973. № 2. С. 17 – 19.
122. *Татимов.* Здравоохранение в социалистическом секторе сельского хозяйства // Здравоохранение в Казахстане. 1930. № 3. С. 3 – 4.
123. *Туранов М.Н., Студницин А.А., Шеклаков Н.Д.* Советской дерматовенерологии – 60 лет // Вестн. дерматологии и венерологии. 1977. № 10. С. 3 – 10.
124. *Усев Ф.* Статистическое описание Сибирского казачьего войска. СПб., 1879. 94 с.
125. *Утегенова К.Д., Грицай В.Ф.* Акушерско-гинекологическая помощь в КазССР за 40 лет // Научные известия. 1960. Т. 17.
126. *Федотов Н.П., Мендрона Г.И.* Очерки по истории здравоохранения Сибири. Томск, 1975. 259 с.
127. *Хайкин Г.И., Носач Г.Ф.* Передвижные амбулатории // Здравоохранение Казахстана. 1970. № 4. С. 48 – 49.
128. *Цой Г.В.* Из истории развития хирургической помощи в Целиноградской области // Здравоохранение Казахстана. 1967. № 10. С. 5 – 9.
129. *Чазов Е.И.* Задачи организаций и учреждений здравоохранения по выполнению «Основных направлений развития охраны здоровья населения и пере-

стройке здравоохранения в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 г.» // Сов. здравоохранение. 1989. № 2. С. 3 – 22.

130. Чокин А.Р. Основные этапы борьбы по ликвидации малярии в Казахстане // XXXVII итоговая научная конференция КазМИ. Алма-Ата, 1965. С. 18 – 19.

131. Чокин А.Р. Очерки развития санитарно-эпидемиологической службы в Казахстане. Алма-Ата, 1975. 175 с.

132. Чокин А.Р. Этапы становления здравоохранения Казахстана // Здравоохранение Казахстана. 1987. № 9. С. 3 – 5.

133. Шарманов Т.Ш. Здравоохранение Казахстана за 60 лет Советской власти // Здравоохранение Казахстана. 1977. № 11. С. 29 – 35.

134. Шиков Г.Т., Ратгауз Л.Г., Аваньевский Н.С. Организация лечебно-профилактического обслуживания населения в районе освоения целинных и залежных земель // Сов. здравоохранение. 1955. № 1. С. 29 – 34.

135. Перспектива развития здравоохранения Целиноградской области / Ю.Д. Шитиков, М.Н. Грибанов и др. // Тр. ЦГМИ. Целиноград, 1968, Т. II. С. 27 – 28.

136. Шкрадюк Ф.Г. Лучше организовать медицинское обслуживание населения совхозов // Здравоохранение Казахстана. 1956. № 1. С. 5 – 10.

137. Яроцкий С.А. Народная киргизская медицина // Друг здравия. 1836. № 10. С. 73 – 74; № 11. С. 83 – 84.

АРХИВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Центральный государственный архив Октябрьской революции (ЦГАОР).
Фонд 792.

Центральный государственный архив Казахской ССР (ЦГА КазССР). Фонды: 5, 64, 82, 338, 345, 374, 1473.

Государственный архив Оренбургской области (ГАОО). Фонд 501.

Государственный архив Омской области (ГАОО). Фонды: 3, 308.

Государственный архив Кокчетавской области (ГАКО). Фонды: 46, 57, 76, 218, 929.

Государственный архив Северо-Казахстанской области (ГАСКО). Фонды: 17, 234, 243, 1087, 1189.

Государственный архив Целиноградской области (ГАЦО). Фонды: 31, 78, 212, 322, 622, 851.

Северо-Казахстанский областной музей (СКОМ). Фонды: НВФ 340, НВФ 1780/2.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абрахманов А.Ж. 135, 139,
Абрамова М.Ф. 143
Абузов К.А. 143
Авдиенко Е.И. 131
Агапова Е. 23
Азгут-Пискун Х.И. 94
Азнатетов К.А. 152
Айтбакин А.Д. 39,40
Айтувганов Д. 41
Акжанов С.А. 131
Акимов 75
Александров А.Ф. 94
Альмендингер А.А. 92
Альман М.Я. 110
Аленников К. 58
Аловягин В.И. 152
Алфимов Н.В. 85, 86
Алыбов У. 13
Ананьев Н.И. 124, 138
Анастасьев Н.М. 38
Андреенко 17
Андрунь П.К. 139
Анищенко 71
Аронов Н.И. 38
Аржанов А. 63

Бабаянц А.А. 116
Бажанов А.Н. 138
Баженов Н. 9
Базаров К. 23
Баисова Р.Г. 152
Байгозин Д. 41
Байкенов У.К. 135
Байтобынов А. 41
Балабеков К. 41
Балакин Ф.С. 136
Баранбаев Н. 42
Барабой В.А. 125, 133
Баржасин Е. 55
Барсов К.А. 9
Батенков Г.С. 9, 49
Бахарева А.Г. 110
Бекарюков Д.Д. 30, 31
Бекенова А.И. 135

Белиловский К.(Ц.)А. 24 – 26,
46
Бендзинский 16
Беспалько А.Г. 135
Бисенов А.Б. 105
Благовещенский Ф.И. 67, 86,
93
Блейбас А.И. 143
Богданов 63
Богородицкая Л.И. 121
Богословский В. 11
Бокин Т. 20
Боровская Н.Ф. 131
Боровский П.П. 107
Бородий В.Н. 131, 143
Боронина Р.С. 130
Богуш Л.К. 109
Бражников 75
Брохович И.И. 29
Брух Г. 60,62
Брякин М.И. 73
Буколова И.А. 108
Булгаков В.В. 138
Буржаксин Е. 86
Буттац Ф. 9,49
Бухина М.А. 135
Бычков М.Н. 135
Бычок М.В. 121

Вакенгут Г.Г. 143
Вақулинский И.В. 9
Варнавский М.Г. 60, 62
Василенко 96
Ващенкова А.П. 137
Величковский Д.П. 46
Визнер А.К. 135
Вишневский А.А. 126
Власова В.М. 116, 143
Волобоеv Н.А. 135, 138
Волох Ю.А. 137
Вядро Г.А. 138

Гагарин Н.С. 137
Гагарина Р.Н. 136

Ганаго Ф.М. 85
Гардт А.Г. 121
Гарин П.С. 121
Гвоздников С.Е. 59
Геннинг М.Ф. 121
Герасимова М. 9
Глаголев М.Н. 12, 55, 56, 86, 93
Глазкова К.М. 116
Глебов А.Г. 59, 86, 93
Гнотов И.Н. 139
Гогниев Н.А. 45, 70, 102
Голод Р.А. 121
Голинская Н.Г. 143
Головин Н.М. 93
Гончаров Н.П. 125
Горланов К.П. 55, 63
Гребнева Л.С. 137
Грибанов М.Н. 135, 136, 138
Григорьевский В.П. 135
Грингот Л.Г. 83
Грицук А.М. 110
Грязнова Ю.Д. 121
Гурова Е.В. 137
Гурьянова Т.С. 134, 152

Давыденко Ф.И. 63
Давыдова Р.В. 121
Дандыбаев О. 41
Двинягин К. 86
Двойрин В.Л. 121
Дейнега М.К. 59
Джангульдин И. 20
Джульджанов О. 42
Джумагулов К. 42
Дмитрисва А.Я. 109
Дмитриевский П.В. 111
Дудник В.И. 143
Дупляков Г. 86

Еременко С. 57
Ермакова 87
Ермолаев В.Г. 105
Ермолова З.С. 138
Емельянов П.Н. 45, 70, 102
Ермушкевич О.Л. 110, 120, 135
Еслямов К.К. 152

Жуков 12
Забиррова Г.И. 137
Загарских Т.Г. 121, 134
Задворин И. 86
Зайцев А.И. 63
Заславская Л.А. 143
Захарова В.К. 137
Зеликман Ю. Я. 125
Земляницкий В. 86
Зикеев В.В. 105
Зорин Е.Т. 94
Зюков И.Ф. 13
Зырянов 63, 75

Иванов В.С. 63
Ивановский А.Н. 38, 86, 93
Имаев В.И. 47
Иманов А. 20
Ионова Г.И. 152
Исаев Н.Т. 93
Искакова А.Ш. 109

Кабанов П.А. 17, 22
Кадыров Д. 18
Казантинова Г.М. 137
Каирбеков Т.К. 133, 143
Кайназаров Ш.К. 131, 143
Капралов В.Н. 139
Карлова В.Ф. 62
Карпинский Н.К. 8
Карпитский 30, 31
Карстен Э.Г. 139
Кафар-Оглы 153
Кацелениебоген Г.А. 85, 86
Качанова С.И. 110
Кейкенов т. 118
Кикибаев К. 42
Киселев А.Г. 58
Киселева Н.А. 153
Клебанов В.М. 137
Кобылин П. 86
Ковалев В.Ф. 143
Козлова 111
Колесинская Р.Д. 136
Колодова Т.Н. 116
Колпаков В.Г. 70, 107
Колязов А.А. 152

- Конькова Т.Я. 153
 Корначева М.И. 131
 Королев Н.Д. 76
 Корпачев В.Г. 138
 Корницкий М.А. 138
 Корниухин П.И. 57
 Кортунова Г.Х. 131
 Косубаев А.К. 131
 Корынбаев С.Р. 126
 Корягин А.А. 125
 Корякин И.С. 110, 126
 Крамидо П.П. 56
 Крашенинникова 96
 Кривоногов 86
 Кропельницкая А.В. 137
 Кугай Б.И. 136
 Куда В.И. 143, 153
 Кудрина Р.И. 107, 116
 Кудряшова Н.Д. 137
 Кузнецов Л.А. 29 – 33, 43
 Кулсартов К.К. 95
 Куманбаев К.К. 152
 Купицкая Л.В. 93, 121
 Купицкий М.Ф. 107, 121
 Куприянов И.Д. 47
 Купферман Ф.Л. 121, 143
 Курунова Н.П. 131
 Курченков А. 19
 Кухтерин 29
 Кушлейко 27
 Крыженцев 14
 Кыстаубаев Т. 13
 Ладыгина М.И. 121, 134, 135, 152
 Лапшин П.П. 58
 Ласков Ю.И. 37, 46
 Левина М. 86
 Лемпель Н.М. 136
 Луганский Г.Ф. 135
 Лызлова А.В. 111
 Люк В. 86
 Майкутов А. 43, 44, 54
 Мальцев Н.В. 55
 Мамичев Р.В. 137
 Мананникова Н.В. 78
 Мансветошвили В.М. 123, 124, 131, 143
 Мариупольский Б.М. 29
 Маслов В.А. 116, 121, 152
 Матвеев В. 86
 Медиокритский Г.М. 9, 12
 Мельник И.А. 137
 Меньшикова П.Д. 121
 Месенев Д. 13
 Метлин 60
 Мечников И.И. 47
 Михайлова З.А. 152
 Моложенко И.А. 134
 Морев Т.З. 63
 Морозов А. 58
 Морозова Е.Г. 135
 Мочутковский О.О. 47
 Мун Н.В. 135, 137
 Музовский А.А. 56
 Мухаметова Ф.Ш. 121
 Мухин А.И. 85, 86
 Нагаев В.Н. 124, 143
 Насырова Ф.А. 152
 Науменко А.И. 116, 121, 131, 135
 Недвойлов И.В. 65
 Незамаев Ф.П. 108
 Нейков Г.Н. 135, 138
 Нестеров 63
 Нефедов П.А. 108, 116
 Ниязов Ш. 42, 43
 Никифоров М.И. 78
 Новосельцев В.Н. 123, 124
 Носач Г.Ф. 145
 Овсянникова К.В. 121, 135
 Овчаренко Г.Н. 135
 Олейников 99
 Орешкевич В.Н. 59, 86
 Орлов Е.В. 32
 Орлов Ф. 9
 Орловский Н.Б. 139
 Осипов В.П. 137
 Остроумова А.Е. 121
 Павлин А.М. 54, 74, 89
 Павловский Н.И. 38

- Пагабало В.С. 143
Пак М.Н. 118, 143
Пак Т.М. 143
Патютко В.В. 134
Пахолков Н.И. 47
Петраченков П.Г. 137
Петров В. 86
Петров П. 86
Петров П.П. 135, 136, 138
Петровский В.В. 55
Пирогов Н.И. 38
Пикурина К.Я. 131
Плотник 75
Погорелый И.А. 124
Подгурский 17
Полетаев С.Д. 136 – 138
Полосухин А.П. 105
Полубинский А.А. 29
Полухин А.И. 56
Попов 87
Попов А.М. 121
Портнягин Д. 65
Приказчиков И.В. 85, 121
Прокофьев 60
- Радюк М.И. 136
Рамазанов М. 135
Рахишев А.Р. 136
Ратгауз Л.Г. 126
Рахматулина Я.С. 110, 121
Редин А.В. 139
Редин В.А. 135, 138
Романов В.С. 121
Рублева Н.И. 108
- Савельев А.Ф. 89
Савин Л.П. 131
Саликов Т.С. 131
Самсонов Т.О. 121, 131
Самсонова Т.Т. 116
Сарджанов И. 22, 41, 42
Сафонов С.Г. 108
Сафимова Р.Г. 121, 134
Сеитов 95
Семашко Н.А. 70, 77
Селянко Т.И. 152
Семенов В.П. 131, 152
Сергиенко А.Г. 135
- Сердюк И.П. 136
Сиверцев И.И. 105
Скиртач В.А. 123, 124
Скотникова Л.И. 143
Смирнова-Кухарская М.П. 109
Соколов 63
Соколова Г.Н. 121, 130
Соловьев 27, 28
Соловьев Д.М. 135
Соловьева Т.П. 116
Сопильник Ю.А. 137
Сошинкова А.П. 78
Сперанский М.М. 9, 49
Старовойтова Г.А. 107
Сукин 18
Сумина О. 86
Сункарбеков Ю.С. 136
Сызганов А.Н. 105
Сэндэк Ю.К. 59, 61
- Танбаев К. 41
Темирбеков Х. 42
Темирбулатов С.Т. 143
Тель Л.З. 138
Темкин М.С. 131, 143
Темперанский Н.Д. 16, 17
Тетерина Н.Я. 152
Тиле 11
Тимирбеков 29
Титова А.И. 121
Тиунова А.И. 121
Тихин Я.М. 75
Тиц Х. 9
Ткаченко И. 24
Тлеубергенов С. 86
Тлеугабылов М.К. 105
Тузовская В.В. 136
Тыныбаева Н.К. 153
- Убугунов Д.М. 102
Удод В.М. 138, 139
Ульяницкий 63
Ундриц О.К. 121
Усов Ф. 8
Успленьева А. 86
Устинова О.Г. 116
Утюжникова Т.А. 135

- Файншmidt В.А. 137
Файтельберг-Бланк В.Р. 137
Фахрутдинов К.И. 76, 93
Фауст Г.Г. 116, 121
Федоров В.В. 143
Фелицина Е.Н. 110
Филатов И.И. 137
Филимонова О.И. 130, 143
Финкелькраут М.Я. 64
- Хавкин В.М. 47
Халанский 60
Халлю А.М. 93
Халлю И.Г. 92
Холмовская Е.П. 119
Хоменко Н.Ф. 121
Хохлов Н.Ф. 137
- Цай Н.И. 131
Цаплин 75
Цветаев А.А. 38, 46
Цой Г.В. 131, 135, 138, 143
- Чатыбеков Б. 29, 42
Чекина П.А. 121
Черезов И.Ф. 116
Черкасов 26
Чернышова В.П. 55
Чесноков С.А. 104
Чиглинский 42
Чумбалов М.М. 40
Чучкин С.Т. 12, 15, 16
Чучупалов Д.П. 137
- Шабаш Е.Г. 131
Шаихов З.Ш. 137
Шаламов К.Е. 94
Шальнов М. 86
Шамаев Г.А. 93
Шамов М.С. 59, 60
Шапиро Б.М. 137
Шевалье А.В. 137
Шендрик Ю.Г. 137
Шершавкин С.В. 137
Шимко П.С. 110
Широкая В.В. 109
Шитиков Ю.Д. 137
Шмаков 9
- Штерн Л.С. 109, 110
Штильман И.И. 135
- Эстерле А.Р. 153
Юнг 18
- Яичкин А.И. 56, 57
Якубовский 70
Яшин А.Д. 121, 124, 125

ОГЛАВЛЕНИЕ

К читателю	3
Г л а в а I. Медицинская помощь населению Северного Казахстана в дореволюционном периоде	5
Медицинские учреждения Пресногорьковской укрепленной линии и внешних округов Омской области (1752 – 1838)	6
Медицинские учреждения на территории Пограничного управления Сибирскими киргизами (1839 – 1853)	12
Организация медицинской помощи в области Сибирских киргизов (1854 – 1868)	15
Система медицинского обслуживания после реформы 1868 года	19
Г л а в а II. Здравоохранение Северного Казахстана за годы Советской власти	54
Организация медицинской помощи в первые годы Советской власти (1917 – 1927)	54
Медицинское обслуживание населения и задачи здравоохранения в годы коллективизации и индустриализации (1928 – 1941)	88
Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1945)	104
Здравоохранение в послевоенный период и в первые годы освоения целинных земель (1946 – 1964)	114
Развитие здравоохранения за годы восьмой – двенадцатой пятилеток (1965 – 1990)	140
Вместо заключения	155
Литература	161
Архивные материалы	168
Именной указатель	169

Научно-популярное издание

СВИРИДОВА Людмила Ефимовна

**ВГЛЯДИМСЯ В ПРОЙДЕННОЕ.
из ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ
СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА**

Зав. редакцией *Т.А. Рыкова*

Редактор *К.Г. Парсаданова*

Младшие редакторы *Е.В. Бурова, Е. И. Попова*

Художник *В.Н. Хомяков*

Художественный редактор *Т.А. Коленкова*

Технический редактор *С.В. Талагаева*

Корректор *Л.А. Исаева*

Оператор *М.Н. Паскарь*

ИБ 9190

Изд. № Е-627. Сдано в набор 27.04.90. Подп. в печать 26.07.90. Т-12605.

Формат 60x88¹/₁₆ Бум. офс. № 2. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.

Объем 10,78 усл. печ. л. 11,03 усл. кр.-отт. 11,63 уч.-изд. л.

Тираж 5000 экз. Зак.№ 605. Цена 2 руб.

Издательство "Высшая школа", 101430, Москва, ГСП-4, Наглинная ул., д. 29/14.

Набрано на персональном компьютере издательства.

Отпечатано в московской типографии № 8 Госкомпечати СССР

101898, Москва, Хохловский пер., 7

C24

Свиридова Л.Е.

Вглядимся в пройденное. Из истории здравоохранения и медицины Северного Казахстана. – М.: Высш. шк., 1990. – 174 с.

В книге приведены материалы по созданию и становлению здравоохранения и медицины на территории Северного Казахстана (архивные материалы и исследования автора). Вопрос рассматривается исторически – от появления первых сведений о народной медицине в XIX в. и до настоящего времени, данные о медицинских работниках республики и другие сведения во взаимосвязи с общенисторическими процессами, происходящими в Казахской ССР.

Книга будет интересна специалистам, студентам и широкому кругу читателей.

C 4102000000 - 467
001(01) - 90 без объявления

ББК 5г
610

