

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

---

*На правах рукописи*

**Батоев Сергей Дашидондович**

**ЗАРОЖДЕНИЕ ОСНОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В  
ЗАБАЙКАЛЬЕ (XVIII - КОНЕЦ ПЕРВОЙ ЧЕТВЕРТИ XX ВВ.)**

07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

**Научный консультант:**  
доктор медицинских наук,  
доктор исторических наук,  
профессор Балалыкин Дмитрий Алексеевич

Москва – 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТОЧНИКОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
ГЛАВА 2. ЗАРОЖДЕНИЕ ОСНОВ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ В XVIII – НАЧАЛЕ XIX ВВ.	
2.1. Общая характеристика Забайкалья.....	65
2.2. Оспопрививание в Забайкалье.....	77
2.3. Первые медицинские учреждения и медицинские работники в Забайкалье...	93
2.4. Первые медицинские школы и подготовка кадров для Забайкалья.....	115
ГЛАВА 3. СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬЕ В XIX-НАЧАЛЕ XX ВВ.	
3.1. Создание медицинского управления Забайкальской области.....	129
3.2. Развитие городской медицины в Забайкальской области.....	137
3.3. Деятельность окружных, уездных комитетов общественного здоровья Забайкальской области.....	178
3.4. Организация и роль Забайкальского общества врачей в развитии здравоохранения.....	193
3.5. Развитие ведомственной медицины в Забайкалье.....	204
3.6. Военная медицина в Забайкалье.....	216
ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО УПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА	
4.1. Открытие Забайкальского местного управления и местных комитетов Российского общества Красного Креста.....	243
4.2. Зарождение Читинской и Верхнеудинской общины сестер милосердия Красного Креста.....	253
4.3. Создание Читинского и Верхнеудинского лазаретов Красного Креста.....	266
4.4. Деятельность бурятского лазарета № 245 в Санкт-Петербурге, первый врач- бурят лазарета Лыксок Жабэ.....	274

## ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ЗАРОЖДЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ И КОРЕННОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗАБАЙКАЛЬЯ СО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX В. И ДО НАЧАЛА 20-х ГГ. XX В.

5.1. Характеристика медицинской помощи сельскому и коренному населению Забайкалья.....282

5.2. Организация первой сельской больницы в Агинском аймаке (Восточное Забайкалье) .....337

## ГЛАВА 6. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬЕ В ПЕРИОД СУЩЕСТВОВАНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОЙ РЕСПУБЛИКИ И ДО МОМЕНТА УПРАЗДНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

6.1. Организация медицинской помощи в Забайкалье в период существования Дальневосточной Республики.....344

6.2. Начало создания советской модели здравоохранения в Забайкалье .....369

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....400

ВЫВОДЫ.....408

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....411

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.....412

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ.....416

ПРИЛОЖЕНИЯ.....446

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы.** Преемственность и серьезное осмысление основополагающих этапов цивилизационного развития России необходимы для эффективного реформирования такой стратегической отрасли как здравоохранение. В современных проблемах системы здравоохранения Забайкалья стали проявляться причины, кардинально препятствовавшие, более быстрому внедрению и полному охвату медико-санитарными мероприятиями всего населения Забайкалья в дореволюционный период, а именно дефицит квалифицированных кадров и лечебно-профилактических учреждений, особенно в сельской местности.

Адекватная оценка богатого многообразного исторического наследия, имеющегося в каждом регионе большой страны, поможет сегодня избежать ошибок и просчетов при решении крупных социальных задач. Одним из стратегических направлений вектора государственной политики становится обеспечение равной доступности медицинской помощи населению Российской Федерации, которая по объему и разнообразию природных ресурсов является одной из наиболее богатых стран мира.

Из этой лишенной предвзятости реальности вытекает первостепенность анализа исторического опыта создания основ системы доступного здравоохранения в российской глубинке. «Несмотря на иные социально-экономические условия и качественно иной уровень развития медицины, проверенные временем наиболее прогрессивные формы организации медицинского обеспечения населения не должны быть утеряны»<sup>1</sup>.

Не заостряясь на неоднозначном и противоречивом процессе освоения Забайкалья, нельзя не признать, что правительством Российской империи проводилась политика по созданию региональной системы медицинской помощи для населения. В настоящее время повышается роль субъектов Федерации и

---

<sup>1</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX вв.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 238.

местных органов власти в решении насущных проблем охраны здоровья населения, что и определяет интерес к истории зарождения и становления регионального здравоохранения в нашей стране<sup>2</sup>.

Забайкалье наряду с другими субъектами восточной части России сегодня занимает определенное положение в отношении экономической значимости, перспективной рентабельности использования редких, потенциально важных полезных ископаемых, богатых природных ресурсов в общем национальном масштабе. Негативные тенденции в виде продолжающегося оттока из Забайкалья ценных производительных сил и интеллектуальных ресурсов, приводят к депопуляции малых городов, исторических поселений, деревень и сел, что существенным образом сказывается на эффективном социально-экономическом развитии данной пограничной территории.

Восток России, это традиционно территория проживания многих коренных малочисленных народностей. Сохранение их здоровья и жизни всегда были и остаются неизменной составляющей российской цивилизации. Эффективная и устойчивая реализация государственных программ пространственного развития России в сфере геостратегических интересов будет направлена прежде всего на обновление социально-экономического и демографического положения Забайкалья и Дальнего Востока в целом. Одной из приоритетных задач этих программ является создание региональной системы доступного здравоохранения, что позволит сохранить и умножить национальные интересы государства.

Одним из стратегических направлений социальной политики государства должна оставаться система здравоохранения с обязательным учетом региональных особенностей<sup>3</sup>. Снижение уровня смертности, увеличение продолжительности жизни возможны только при росте реальных доходов

---

<sup>2</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 5.

<sup>3</sup> Шильникова Н.Ф. Стратегическое планирование кадровых ресурсов территориального здравоохранения Забайкальского края / Н.Ф. Шильникова, Е.В. Лазарева, Н.А. Куйдина // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 60-летию Читинской государственной медицинской академии. — Чита, 17-18 октября 2013 г.: Материалы конференции. Том 1. — Чита: РИЦ ЧГМА, 2013. — С. 197.

граждан и обеспечении населения равной доступной и качественной медицинской помощью<sup>4</sup>. «При этом веское значение приобретают мощности системы здравоохранения, что определяется адекватностью обеспечения медицинскими кадрами и стационарными койками»<sup>5</sup>. В Российской Федерации число больных, приходящееся на 100 т. населения на 30-50% больше, чем в развитых странах. Соответственно и выше должны быть мощности системы здравоохранения страны. Поэтому, учитывая огромные, порой и труднодоступные территории России, количество медицинских работников и больничных коек должно быть достаточным для оказания медицинской помощи в каждом регионе.

Это свидетельствует о том, как важно на современном этапе учитывать территориальные, климатогеографические, социально-экономические особенности российской действительности. Дифференцированные нормативы по федеральным округам послужат толчком для формирования многоуровневой региональной модели, которая позволит рационально организовать с учетом особенностей расселения сеть межрайонных отделений – важнейшего условия приближения к месту жительства населения специализированной медицинской помощи<sup>6</sup>. Исторический опыт свидетельствует о том, что правильный региональный подход в развитии здравоохранения дает положительные результаты<sup>7</sup>.

Наше историко-медицинское исследование призвано восполнить существующий в настоящее время пробел в комплексном анализе целостной истории зарождения основ системы здравоохранения Забайкалья в

---

<sup>4</sup> Мигунова О.В. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы в России и мире / О.В. Мигунова, Ю.В. Ерофеев, А.Е. Стороженко // Международный научно-исследовательский журнал. — Екатеринбург, 2013. — № 7 (14). — Часть 5. — С. 50-52.

<sup>5</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Краткая версия 2-го издания. / Г.Э. Улумбекова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 11-13.

<sup>6</sup> Стародубов В.И. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — М.: Изд-во Медицина, 2010. — №4. — С. 26.

<sup>7</sup> Стародубов В.И. Концепция Федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации / В.И. Стародубов, А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Здравоохранение Российской Федерации. Медицина, 2004. — № 6. — С. 3-5.

представленных хронологических рамках. Обобщающий многолетний труд отражает новый системный взгляд на характер и условия становления системы медицинской помощи для всех категорий населения на пограничной окраине страны. Принцип историографической традиции нами безусловно, соблюдается<sup>8</sup>.

Многим увлеченным исследователям тема истории медицины Забайкалья на различных этапах развития Российского государства была крайне интересна и важна. Тем не менее, административно-территориальное разделение крупного региона в 1937 году на восточную часть (совр. Забайкальский край, до 2008г. Читинская область) и западную часть (совр. Республика Бурятия), предопределили фрагментарность большинства научных изысканий. Таким образом, своевременность воссоздания истории зарождения системы здравоохранения Забайкалья приобретает актуальное значение по нескольким веским основаниям.

Во-первых, необходимость издания фундаментальной отечественной истории медицины диктует объективное знание процессов становления систем медицинской помощи в многочисленных регионах России. «Строго говоря, чистых «краевых» тем нет. Они всегда отражают историю государства и каждая верная местная деталь – необходимая краска для общей картины, новый вклад в изучение страны»<sup>9</sup>. Поэтому, наша диссертационная работа представляется одним из необходимых комплексных фрагментов, «кирпичиком» для полноценного изложения истории медицины и здравоохранения России (Российской империи, СССР).

Во, вторых, при наличии предыдущих фундаментальных работ по истории здравоохранения Забайкалья (Е.Д. Петряев-1940-50-е гг., К.И. Журавлева-1966г., Р.И. Цуприк-1960гг.-начало XXI вв., Д.Б. Батоев- вторая половина XX-начало XXI вв.), в текущем столетии крупного обобщающего труда с анализом

---

<sup>8</sup> Глянцев С.П. Диссертационное исследование по истории медицины. Методические рекомендации для аспирантов и соискателей ученой степени по специальности 07.00.10 – история науки и техники (медицинские науки). / С.П. Глянцев, Ю.В. Альбицкий – М.: РОИМ, 2016. – С. 15.

<sup>9</sup> Петряев Е.Д. Живая память / Е.Д. Петряев – М.: Молодая гвардия, 1984. – С. 271.

исторического процесса зарождения системы здравоохранения в Забайкалье не представлено.

В-третьих, стратегическое значение Забайкалья для укрепления национальной безопасности государства в XXI веке существенно возрастает. Об этом свидетельствует тот факт, что в начале ноября 2018 года два субъекта Российской Федерации: Республика Бурятия и Забайкальский край переведены из Сибирского Федерального округа в состав Дальневосточного Федерального округа, составляющего 6952,6 т. кв. км – 40,6% территории всей страны. Вопрос хозяйственно-культурного освоения востока России не теряет своей остроты с XVII века по настоящее время. На такой огромной территории проживает 7% населения страны<sup>10</sup>.

Необходимо учитывать активно, происходящие в мире и особенно на сопредельных территориях военно-политические, экономические и демографические изменения. Реальность преобладающей роли Азиатско-Тихоокеанского региона в мировой экономике заставляет обратить пристальное внимание на обеспечение устойчивого социально-экономического положения Забайкалья.

Соответственно, оценка социального самочувствия населения, как во времена имперского периода, так и особенно, сегодня, остается весьма проблематичной. Одно из убедительных подтверждений этому – превышение смертности трудоспособного населения, детской смертности в возрасте 1-17 лет от внешних причин (травмы, суициды, несчастные случаи)<sup>11</sup>, инвалидности в изучаемом регионе. Естественный прирост за 2017 год по сравнению с 2016 годом снизился по Республике Бурятия с 5,2 до 3,9, по Забайкальскому краю с 2,3 до 1,6 соответственно<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Болонев Ф.Ф. Амурская эпопея в XVII и XIX веках. Переселение старообрядцев (семейских) на восток России (XVIII - начало XX века) / Ф.Ф. Болонев: Моногр. / Ин-т археологии и этнографии СО РАН. — Новосибирск, 2013. — С. 5.

<sup>11</sup> Баранова Т.И. Анализ детской смертности в Забайкальском крае / Т.И. Баранова, Е.В. Андреева, Г.В. Копылова // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник, 2017— № 4. — 52-59.

<sup>12</sup> Максим Матвеев, аналитическая служба «Реального времени»  
Источник : <https://realnoevremya.ru/articles/88359-demografiya-v-rossii-v-2017-godu>



На этом основании можно сделать серьёзный вывод, что важнейшие аспекты демографической и военно-политической безопасности самым тесным образом переплетаются между собой<sup>13</sup>.

Медицинская сфера как область сохранения и поддержания здоровья человека неизменно развивалась в тесной связи со всей жизнью общества, с уровнем экономики, образования, общечеловеческой культурой. Разброс показателей социально-экономического развития регионов России предопределяет существенные региональные различия и в основных медико-демографических показателях. Ретроспективный анализ показывает, что не все этапы нынешнего совершенствования отечественной системы здравоохранения проходят гладко.

«Широко обсуждаемая в настоящий момент проблема обеспечения населения квалифицированной доступной медицинской помощью уже в течение нескольких веков находится в поле зрения государства и медицинской общественности нашей страны»<sup>14</sup>. К окончанию первой четверти XX века в Забайкалье при соблюдении преемственности и взаимосвязи по отношению к имперскому периоду была начата организация советской системы здравоохранения, стоявшей на базе дореволюционной системы медицинской помощи, что реально обеспечило в последующем доступность и качество первичной медико-санитарной помощи населению.

«Прошлое - не прошло – об этом свидетельствует история отечественной медицины. Берется на вооружение самая ценная часть прошлого – врачебный опыт»<sup>15</sup>. Важно найти оптимальный вариант эффективного развития государственной медицины в новых условиях мировой цивилизации. Процесс позитивного социально-экономического развития любой территории включает в

---

<sup>13</sup> Извеков Н. Очерк демографического развития России в XX веке / Н. Извеков // Обозреватель-Observer). — Москва, 2001. — №5-6. (136-137). — С. 78.

<sup>14</sup> Егорышева И.В. Проблема доступной медицинской помощи в дореволюционной России / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2012. — № 1. — С. 56.

<sup>15</sup> Петров Б.Д. От Гиппократ до Семашко: преемственность идей (очерки и портреты) / Б.Д. Петров — Москва, 1990. — С. 159.

первую очередь создание и поддержание необходимых условий для достойного проживания и обеспечения охраны здоровья в том числе.

Наш анализ показывает, что государственная политика, проводимая дореволюционным правительством России по освоению, закреплению и военной охране восточных земель, безусловно, имевшая неоднозначный характер, в общем итоге способствовала началу формирования различных форм медицинской помощи коренному и «пришломu» населению Забайкалья.

Одной из причин сравнительно мирного освоения Забайкалья стала напряженная этнополитическая обстановка, вызванная образованием Маньчжурской империи<sup>16</sup>. «Российское государство, включая в свой состав то или иное пространство и народы, на нем проживающие, начинало властное освоение, интеграцию, прежде всего с политико-административных мероприятий, создания опорных военно-промышленных пунктов и оборонительных рубежей. Поэтому, решение задачи социально-экономического освоения новых территорий отодвигалось на второй план, но именно ее осуществление должно было в конечном итоге обеспечить выполнение стратегических целей на Востоке – превращение вновь присоединенных территорий в Россию»<sup>17</sup>.

Таким образом, основную роль в управлении присоединенными землями и коренным населением играла административная власть острогов, которые в дальнейшем становятся городами и соответственно просветительными, торгово-экономическими центрами. В процессе начатых мероприятий по промышленно-ресурсному освоению региона серьезно вставала проблема социокультурной интеграции в Россию<sup>18</sup>.

Появление на карте Российской империи в 1851 году новой административно-территориальной единицы – особой Забайкальской области, объединившей

---

<sup>16</sup> История Бурятии. Т. II. XVII - начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 35, 37, 50.

<sup>17</sup> Сибирь в составе Российской империи / Отв. редакторы Л.М. Дамешек, А.В. Ремнев. — М.: Новое литературное обозрение, 2007. — С. 76.

<sup>18</sup> Ремнев А.В. Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века. Сибирская заимка: история Сибири в научных публикациях. — 2013. — 18 апр. электрон. журн. режим доступа: [http://zaimka.ru/remnev\\_colony](http://zaimka.ru/remnev_colony).

Западное и Восточное Забайкалье, имело, прежде всего, основную стратегическую цель – освоение Амура и Дальнего Востока. Областной центр Чита в конце XIX начале XX вв. становится средоточием научно-методической и организационной деятельности в сфере здравоохранения<sup>19</sup>.

Приоритетное развитие горнорудного дела для страны потребовало открытия новых заводов по добыче серебра, олова, свинца и в дальнейшем золота. С этой целью были приняты государственные меры по более интенсивному заселению Забайкалья. «Для укрепления Российской империи необходимо было создать критическую массу русского населения, которое и станет этнодемографической основой государственной целостности»<sup>20</sup>. В Забайкалье не было создано крепостного права и частного помещичьего землевладения<sup>21</sup>. Необходимое в капиталистический период зарождение промышленности в суровых условиях Забайкалья было прогрессивным явлением, но тем не менее не играло основной роли в экономике региона ввиду слабых мощностей и темпов ее развития.

Начиная, с конца XVIII века малочисленные города Забайкалья постепенно начинают доминировать в зарождении культурно-экономической жизни края. Поэтому именно в городах сосредотачиваются новые производительные, культурные силы, которые постепенно развиваются в прогрессивном направлении. «Торговля, как элемент экономического развития городов обеспечивала социокультурный процесс в Забайкалье»<sup>22</sup>.

Только с хозяйственно-экономическим, социокультурным освоением территории, значительным увеличением количества и разнородности населения, возникновением городской инфраструктуры, повышением благосостояния жителей возникает необходимость становления городской медицины. «Города –

---

<sup>19</sup> Эйльбарт Н.В. Научная деятельность интеллигенции в Забайкалье во второй половине XIX – начале XX вв.: автореф. дис. ... д-ра. ист. наук: 07.00.10. – Москва, 2006. – С. 6.

<sup>20</sup> Яковенко И.Г. Российское государство: национальные интересы, границы, перспективы / И.Г. Яковенко – Новосибирск, 1999. – С. 103.

<sup>21</sup> Гарбуз И.В. Крестьянство Забайкалья второй половины XIX в.: монография / И.В. Гарбуз; М-во сельского хозяйства РФ, ФГОУ ВПО «Бурятская гос. с-х. акад. им. В.Р. Филиппова» – Улан-Удэ: Издательство БГСХА им. В.Р. Филиппова, 2009. – С. 116.

<sup>22</sup> История Бурятии. Т. II. XVII - начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. – Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. – С. 93-94.

это лично свободные горожане, процветание торговли и ремесел, рост благосостояния и спрос на высококвалифицированные услуги специалистов, в том числе врачей»<sup>23</sup>.

До последней четверти XVIII века в стране не была организована система государственного гражданского здравоохранения<sup>24</sup>. «В силу сложившихся на тот период времени вековых традиций, представлений и знаний о болезнях в глубокой древности у коренного населения Забайкалья возникла народная медицина»<sup>25</sup>. Нельзя не отметить и положительной роли организованной традиционной тибетской медицины у коренного населения. Вследствие слабости формирования научной медицины до начала XX века, особенно для сельского и коренного населения, эмчи-ламы, шаманы и знахари заполнили имевшийся вакуум медицинского обеспечения населения региона. Мы можем говорить о серьезной первоначальной конкуренции разных типов медицины в этой борьбе за здоровье человека. Особой недоверчивостью к представителям медицинской общественности также отличались и староверы (семейские), переселившиеся большой группой в Забайкалье во второй половине 60-х годов XVIII века<sup>26</sup>.

Необходимо отметить, что цель нашей работы иная и соответственно мы глубоко не погружаемся в народную медицину, как особый пласт этнической культуры.

Безусловно, отставание научной медицины не являлось новостью для администрации края, но без строительства лечебных заведений и кадрового обеспечения быстро решить проблему медицинского обеспечения было невозможно<sup>27</sup>. «Эпидемии, наносившие ущерб трудовым ресурсам страны, ее

---

<sup>23</sup> Балалыкин Д.А. Зарождение медицины как науки в период до XVII в.: учеб, пособие / Д.А. Балалыкин. — Изд. 2-е. — М.: Литтерра, 2013. — С. 181.

<sup>24</sup> Поддубный М.В. «История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.)» / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 12.

<sup>25</sup> Тибетская медицина у бурят / Т.А. Асеева, Д.Б. Дашиев, А.Д. Дашиев, С.М. Николаев и др. — Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. — С. 13.

<sup>26</sup> История Бурятии. Т. II. XVII - начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Изд-во БНЦ СО РАН, 2011. — С. 108.

<sup>27</sup> Словцов П.А. История Сибири. От Ермака до Екатерины II / П.А. Словцов — М: Вече, 2014. — С. 242.

экономике, международному престижу и представлявшие одинаковую опасность, как для бедных, так и для привилегированных слоев населения, заставляли правительство систематически заниматься проблемами здравоохранения»<sup>28</sup>.

Задача обеспечения медицинской службой приоритетных направлений государственной политики приводила к зарождению основ здравоохранения в регионе. Именно горные и военные лазареты, а позднее городская медицина, становятся первыми компонентами формирующейся системы медицинской помощи в Забайкалье. Но, созданные формы медицинской помощи еще системно не охватывали сельское население, которое было преобладающим. Коренное население пока еще не осознавало преимуществ научной медицины, да и в тот период некому было широко внедрять ее основы. Систематическая подготовка врачебных кадров в России XVIII столетия только начала складываться. Поэтому, первые медицинские специалисты в основном являлись энтузиастами своего дела. С первыми врачами началось актуальное оспопрививание во второй половине XVIII века, которое также не носило организованный характер.

Опыт приказной медицины, как первая попытка охватить медицинской помощью социально не защищенные слои населения, показал необходимость государственного финансирования, особенно в условиях низкого социально-экономического положения регионов. «Сосредоточение приказов на коммерческой деятельности пошло в ущерб их основным обязанностям»<sup>29</sup>.

Уникальный опыт создания во второй половине XIX столетия земской медицины позволил начать реализацию основных ее принципов в начале первого десятилетия в Забайкалье: разделение на врачебные участки, открытие сельских лечебниц, что подразумевало доступность, бесплатность, профилактическое направление медицинской деятельности. Хотя на современном этапе доля сельского населения значительно уменьшилась по сравнению с городскими

---

<sup>28</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 233, 238.

<sup>29</sup> Там же. — С. 234.

жителями, тем не менее, 24% сельских жителей страны сегодня по-прежнему крайне нуждаются в сохранении доступного медицинского обеспечения.

Постепенное улучшение социально-экономического развития Восточной Сибири со 2-ой половины XIX века, способствовало притоку квалифицированных специалистов, в том числе врачей, которое повлекло оживление общественной жизни, объединение научных и культурных сил в Забайкальской области<sup>30</sup>. Начало XX столетия ознаменовывается подъемом системы здравоохранения Забайкалья, как за счет государственного финансирования, так и широкой благотворительной деятельности. Увеличивается отряд медицинских специалистов, уже есть врачи с ученой степенью доктора наук, получает развитие специализированная городская медицина, общественная медицина, усовершенствуются противоэпидемические мероприятия, расширяется спектр услуг частной медицины.

Таким образом, Российская империя с целью рационального освоения, эффективного закрепления территории и обеспечения безопасности границ в течение двух с лишним веков при существенном дефиците финансов, неблагоприятной социально-экономической и политической ситуации в условиях непрекращающихся войн, проводила непрерывную государственную политику по демографическому и социокультурному интегрированию Забайкалья.

По результатам нашего исследования прослеживается явная тенденция в действиях имперского правительства по организации потенциально возможной доступности научной медицины для городского, сельского и коренного населения Забайкалья. Но, следует особо констатировать, что созданные политические, социально-экономические и санитарно-гигиенические условия не позволили в полной мере обеспечить радикальное оздоровление населения Забайкалья. Периодически имели место вспышки опасных инфекционных заболеваний (натуральная оспа, чума, тифы, сибирская язва и т.д.), резко сокращавших

---

<sup>30</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 263.

численность населения. Люди продолжали умирать от пневмонии, ревматизма, туберкулеза, сифилиса, оставалась высокой материнская и детская смертность.

Проблемы социальной политики на окраинах Российской империи не носили сугубо приоритетного направления для всех групп населения, поэтому многие проекты и решения претворялись в реальность со значительным запозданием или в существенно редуцированном виде. Важно отметить, прежде всего, это был определенно новый вид медицинской помощи, к которому коренные и «пришлые» люди Забайкалья должны были привыкнуть и оценить. К началу XX века неоднородное население Забайкалья, веками, применявшего методы и приемы народной, а впоследствии тибетской медицины, начинает постепенно осознавать всеобъемлющее значение научной медицины и гигиены в реальном оздоровлении и сохранении людского потенциала - залога физического и интеллектуального развития нации.

Длительный процесс зарождения и становления медицинского дела дореволюционного Забайкалья происходил не сам по себе или спонтанно, а складывался в рамках общероссийской модели здравоохранения, носил непрерывный характер, но, тем не менее, имел ряд существенных особенностей в отличие от создания системы медицинской помощи в Европейской России.

После вхождения в состав РСФСР в Забайкалье начинает складываться советская система здравоохранения. Охрана здоровья народа была объявлена в советской России одной из важнейших функций государства, организационные принципы здравоохранения были возведены в ранг государственной политики<sup>31</sup>.

На современном этапе неправомерно перекладывается ответственность за здоровье народа с государства на медицинскую отрасль, при этом крайними оказываются врачи<sup>32</sup>. Значительное разрушение основ сельской медицины, отдаление квалифицированной медицинской помощи, в том числе

---

<sup>31</sup> Бородулин В.И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX– первой половине XX века / В.И. Бородулин — М.: МЕД-пресс-информ, 2011. — С. 68.

<sup>32</sup> Комаров Ю.М. Пора камни собирать. Или о том, как разрушалась в стране социальная семашкинская модель здравоохранения / Ю.М. Комаров — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — С. 327-328, 360.

специализированной от населенных пунктов приводит к постепенному возрастанию смертности, инвалидизации людей. «Практика земских врачей показала, что эффективность медико-санитарной деятельности находилась в тесной связи с размерами участков: если на расстоянии от больницы в 5-6 верст обращаемость населения достигала 100%, при расстоянии от 6 до 12 верст ниже 50%, то далее падала до 20% и менее»<sup>33</sup>.

Следует особо отметить, что изучая врачебно-санитарное законодательство других государств, дореволюционные правительственные комиссии России не сочли возможным принять за готовый образец какую-либо из существующих организаций: «своеобразный строй России требует и соответственного устройства ее санитарной части»<sup>34</sup>.

Уровень развития медицины в первую очередь зависит от социально-экономического благополучия государства. Чем больше его вклад в здравоохранение, тем выше культура медицинской деятельности и продолжительность жизни населения. Что касается доступности медицинской помощи, то она законодательно рассматривается как один из основных принципов охраны здоровья населения Российской Федерации. (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, 1993). «При этом под доступностью услуг здравоохранения понимается не просто возможность попасть в лечебное учреждение, но и отсутствие серьезных материальных затрат для гражданина»<sup>35</sup>.

Вот как в начале XX века врачами дореволюционной России подразумевалось слияние целей профилактики и задач лечебной помощи: «не только в том, чтобы лечить, но еще более в том, чтобы предупреждать болезни, повышать работоспособность населения, действовать непосредственно на устранение

---

<sup>33</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 96.

<sup>34</sup> Там же. — С. 209.

<sup>35</sup> Серегина И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И.Ф. Серегина, А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2009. — № 5. — С. 3.



коренных причин, понижающих уровень общественного здоровья и сокращающих человеческую жизнь»<sup>36</sup>.

В современных условиях неблагоприятного социального и экономического положения населения России существенно возрастает влияние различных факторов риска на состояние общественного здоровья<sup>37</sup>. Нарастание смертности наиболее выражено среди активного трудоспособного населения. «Усугубление неравенства в продолжительности и качестве жизни противоречат приоритетам развития человеческого потенциала, который на современном этапе является значимым не только для экономического прогресса, но и вообще для существования государства»<sup>38</sup>.

Общепризнанным фактом является то, что высокий средний уровень квалификации основной массы населения в трудоспособном возрасте (16-60 лет) вкупе с соответствующей трудовой этикой выступают необходимыми предпосылками высокой производительности труда и соответственно экономической мощи государства<sup>39</sup>. Таким образом, активное, здоровое население, является важнейшим компонентом национальной безопасности страны и всегда должно находиться в приоритетных рамках эффективной государственной политики.

Рост показателя ожидаемой продолжительности жизни обусловлен низкой смертностью в молодых возрастах, быстрым ее снижением в пожилых возрастах,

---

<sup>36</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 116-117.

<sup>37</sup> Щепин О.П. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение I. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Р.В. Коротких, Ф.А. Давлетшин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2011. — № 2. — С. 3.

<sup>38</sup> Щепин О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О.П. Щепин, В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2009. — № 6. — С. 3-8.

<sup>39</sup> Извеков Н. Очерк демографического развития России в XX веке // Обозреватель-Observer) / Н. Извеков — Москва, 2001. — №5-6. (136-137). — С. 70.

переносом массовых смертей в самые старшие возрастные группы<sup>40</sup>. Поэтому, не столько низкая рождаемость, сколько именно сверхвысокая смертность и низкая продолжительность жизни является главной причиной процесса депопуляции в России постсоветских десятилетий и на современном этапе. Высокий уровень смертности населения репродуктивного возраста, безусловно, влияет и на рождаемость в стране<sup>41</sup>.

Необходимо все-таки подчеркнуть, что бесконфликтное демографическое развитие возможно только при условии стабильного развития общества. К сожалению, в связи с охватившей современное общество рыночной эйфорией и в здравоохранении, разница между медицинской помощью и медицинской услугой в общественном сознании целенаправленно стирается<sup>42</sup>.

Негативные демографические процессы, понижающие человеческие ресурсы страны, сочетаются с прогрессирующим ухудшением репродуктивного здоровья населения, значительно выросли заболевания новорожденных с высоким риском смертности, и требующие длительного и дорогостоящего лечения, которое не всегда предупреждает глубокую инвалидизацию детей<sup>43</sup>. Увеличивается количество врожденных пороков и аномалий развития, хромосомных болезней, внутриутробных инфекций<sup>44</sup>.

Таким образом, охрана здоровья матери и ребенка по-прежнему играет особую роль в государственных задачах здравоохранения<sup>45</sup>. Все эти факторы указывает на неотложность решения в обществе социальных проблем<sup>46</sup>.

---

<sup>40</sup> Мигунова О.В. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы в России и мире / О.В. Мигунова, Ю.В. Ерофеев, А.Е. Стороженко // Международный научно-исследовательский журнал. — Екатеринбург, 2013. — № 7 (14). — Часть 5. — С. 51.

<sup>41</sup> Калашникова Г.В. Проблемы влияния социально-экономической дифференциации на уровень смертности / Г.В. Калашникова // Молодой ученый. — 2011. — № 11. — Т.2. — С. 74-76.

<sup>42</sup> Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности // СИСП. 2011. — №3 [URL:http://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-uslugi-osobennosti](http://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-uslugi-osobennosti) (дата обращения 18.01.2017).

<sup>43</sup> Ваганов Н.Н. Охрана здоровья женщин и детей в современных условиях / Н.Н. Ваганов // Методическое пособие. — Москва, 1999. — С. 3-4.

<sup>44</sup> Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты / А.А. Баранов // Педиатрия, 1999. — №3. — С. 4.

<sup>45</sup> Шарапова О.В. Основные задачи модернизации службы охраны здоровья матери и ребенка / О.В. Шарапова, О.В. Чумакова, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Здравоохранение. Москва, 2008. — № 8. — С. 19.

В развитых странах отмечается четко выраженная тенденция заботиться не о болезнях, а о здоровье, что полностью соответствует стратегии, ориентированной на приоритет охраны здоровья, то есть забота вместо лечения. Приоритетным остается значение первичной медико-санитарной помощи, что позволяет, как предупреждать заболевания, так и диагностировать их на более ранних этапах.

Для достижения удовлетворительных показателей здоровья населения объем государственного финансирования должен составлять не менее 6,6% ВВП. Повышение доступности бесплатной медицинской помощи в условиях серьезного расслоения населения по уровню доходов сыграет важную роль в достижении социальной и политической стабильности в стране<sup>47</sup>. Сегодня попытка улучшения качества медицинского обеспечения в России только в виде увеличения количества специализированных центров, с закрытием «местных» больниц, подъема доли дорогостоящей высокотехнологической медицинской помощи без серьезных социально-экономических преобразований не совсем эффективна.

Таким образом, именно в плане обеспечения сохранения доступности медицинской помощи населению России, особенно отдаленных и депрессивных регионов, изучаемая тема позволяет глубоко осмыслить ценный исторический опыт сложного пути зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье.

Первоначальное единообразие административно-территориальных, социально-экономических, национальных, религиозных и климатогеографических условий для формирования основ системы здравоохранения в целом по Забайкалью позволяют нам объединить два больших современных региона (Республика Бурятия - 351,3 т. кв. км, Забайкальский край – 431,8 т. кв. км) для успешного выполнения диссертационного исследования, ставящего своей целью анализ истории зарождения системы здравоохранения Забайкалья в рамках единой организационно-территориальной структуры.

---

<sup>46</sup> Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году. Раздел Здоровье матери и ребенка // Здравоохранение Российской Федерации. — Москва, 2003. — № 3. — С. 13.

<sup>47</sup> Улумбекова Г.Э. Научное обоснование стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. — Москва, 2011. — С. 28-29, 31.

Создание основ системы здравоохранения в Забайкалье напрямую связано с эволюцией дореволюционной государственной политики, и до сих пор не получило отдельного комплексного анализа. Впервые, в XXI столетии мы рассматриваем проблему на столь обширной территории всего Западного и Восточного Забайкалья, сначала в составе Российской империи, Дальневосточной республики и затем на начальном этапе строительства советского государства, в беспристрастном, без идеологического давления ключе с учетом новых геополитических, социально-экономических, демографических и научно-методологических реалий.

### **Объект исследования**

Организация системы здравоохранения в Забайкалье.

### **Предмет исследования**

Условия и факторы, имевшие прямое влияние на этапы зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье в период с XVIII в. и до конца первой четверти XX в.

**Хронологические рамки исследования** – XVIII в. – конец первой четверти XX в. В начале XVIII века окончательно определились границы России на востоке, Забайкалье полностью вошло в состав империи. В конце первой четверти XX века Забайкальская область, объединявшая территории западной и восточной частей в результате административно-территориальных изменений, принятых советской властью, была упразднена.

### **Цель исследования**

Исторически достоверная реконструкция обстоятельств зарождения системы здравоохранения в Забайкалье в период от XVIII в. и до конца первой четверти XX в.

### **Задачи исследования**

1. Проанализировать специфику военно-политического, социально-экономического, территориально-демографического положения региона и определить основные направления государственной политики дореволюционного правительства, реально повлиявшие на характер возникновения первых форм квалифицированной медицинской помощи в Забайкалье.
2. Выделить основные этапы зарождения системы здравоохранения в Забайкалье, определить их хронологические рамки и описать соответствующее содержание.
3. Дать оценку государственной системе управления, введенную при создании особой Забайкальской области и роли организации областного комитета общественного здравия в середине XIX века.
4. Охарактеризовать период формирования структуры системы здравоохранения в конце XIX века, связанный с созданием Забайкальского общества врачей, Забайкальского местного управления Российского общества Красного Креста, усовершенствованием городской медицины.
5. Прояснить историю развития ведомственной медицины в Забайкалье и личный вклад первых медицинских работников, трудившихся в регионе.
6. Выявить особенности организации системы медицинской помощи сельскому и коренному населению Забайкалья со второй половины XIX века – до начала 20-х гг. XX века.
7. Исследовать процесс коренных преобразований при формировании основ государственной системы здравоохранения Забайкалья в период существования Дальневосточной Республики.
8. Определить характер преемственности и взаимосвязи развития здравоохранения в Забайкалье при смене общественно-политического строя в начале 20-х гг. XX в., по отношению к предшествующему периоду.

### **Методы, положенные в основу исследования**

В настоящей работе применены следующие методы исторического исследования: 1. Историко-генетический метод позволяет ретроспективно изучить основные предпосылки и обстоятельства для зарождения основ здравоохранения в Забайкалье, выявляет постепенную эволюцию сознания у коренных и «пришлых» жителей от неприятия до востребованности квалифицированной медицинской помощи. 2. Сравнительно-исторический метод доказывает непрерывное развитие медицины на территории Забайкалья, но с некоторыми особенностями и строго в рамках становления российского здравоохранения. 3. Структурно-диахронный метод выявляет динамику постепенного прогрессивного развития медицинского дела в Забайкалье, от дореволюционного периода до создания советской модели здравоохранения.

### **Научная новизна исследования**

Впервые, с начала второй половины XX столетия преодолена фрагментарность предыдущих масштабных исследований, позволившая проанализировать и по-новому систематизировать целостный исторический процесс зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье.

В соответствии с объективной оценкой эффективности медицинских мероприятий на окраине страны, нами представлена эволюция государственной политики дореволюционного правительства России с учетом приоритетности выдвигаемых задач по освоению и эффективному закреплению территории Забайкалья в концепции единого политического, экономического и социокультурного пространства страны.

Это позволило конкретизировать представление об особенностях зарождения научной медицины в Забайкалье в прямой зависимости от торгово-экономической, демографической и военной стратегической безопасности.

На этом основании, нами впервые предложена периодизация зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье, состоящая из трех этапов.

Первый этап с 1742 по 1803 гг. - организация горных и военных лазаретов, соответствующая актуальной задаче торгово-экономической и военной стратегической безопасности на востоке Российской империи. После окончательного закрепления Забайкалья в составе государства в первой половине XVIII века началось ресурсно-сырьевое освоение края, приведшее к открытию первого лечебного учреждения - Нерчинского Горного госпиталя (1742г.) в Восточном Забайкалье. Первые военно-медицинские учреждения организованы во второй половине XVIII века в городах Селенгинске (1765г.) и Верхнеудинске (Улан-Удэ) (конец 80-х гг.) на территории Западного Забайкалья. Широкому началу организации в горных и военных лазаретах научной медицины, мешала нехватка квалифицированных специалистов. Это способствовало открытию при них первых госпитальных школ для подготовки местных медицинских кадров (1762г.).

Второй этап с 1803 по 1852 гг. характеризуется тем, что кроме горнозаводских и военных лечебных учреждений в Забайкалье получает развитие гражданская медицина, прежде всего в городах. Это становится возможным при постепенном укреплении экономического, социокультурного и юридического статуса городской инфраструктуры. В 1803 году открывается первая приказная городская больница в Верхнеудинске. Данное основание послужило для определения нижней границы второго этапа зарождения системы здравоохранения в Забайкалье.

Нами значительно дополнена историография оспопрививания гражданского населения в Забайкалье. Впервые определена дата начала государственных системных медицинских мероприятий по оспопрививанию в Забайкалье – 1811 год. Значение второго этапа заключается в формировании гражданской медицины в городах провинциальной Забайкальской области, что означает постепенный переход государственной политики от сугубо сырьевого использования к началу рационального социально-экономического развития территории.

Третий этап с 1852 по 1925 гг., связан с государственной политикой расширения системы медицинской помощи в Забайкалье с целью организации

региональной доступной медицины для всех категорий населения. Объединение западной и восточной частей Забайкалья в особую Забайкальскую область (1851г.) и определение города Читы областным центром, приводит к введению должности инспектора медицинской части (1852г.). Формируется единое государственное управление военной и гражданской медициной, способствующей началу системной организации первичной лечебной помощи, развитию противоэпидемической, санитарной деятельности, расширению оспопрививания.

Нами впервые подробно представлены сведения об оспопрививании в Забайкальском казачьем войске (1855г.). Особый статус этой государственной медико-профилактической задачи определялся целью сохранения человеческого интеллектуального и производительного потенциала, как гражданского, так и военного сословия, занятого рациональной военной, экономической, аграрной деятельностью на пограничной территории.

В конце XIX века в результате неизбежной интеграции Забайкальской области в единое социально-экономическое и культурное пространство страны, в Чите проводятся меры по организационно-методическому, медико-профилактическому обеспечению развития медицины. В это время, в связи с напряженной политической обстановкой на востоке Российской империи, военная медицина при активном содействии созданного Забайкальского управления Российского Общества Красного Креста (1894г.) начинает формироваться в крупную госпитальную базу, по своей форме гражданскую, но потенциально ориентированную на развертывание в виде тыловой базы обеспечения фронта.

С 1865 до 1917 гг. решение сложной задачи медицинского обеспечения сельских и коренных жителей Забайкалья, представлялось в организации сельского здравоохранения с элементами земской медицины. Следствием этого стало создание врачебных участков с лечебницами (1901г.) и введение бесплатных земских коек сначала в Читинской городской больнице в 1910 году, а в 1916 году открытие областной земской больницы. С начала XX века в Чите получает развитие городская специализированная медицинская помощь, создаются частные медицинские клиники, усовершенствуются



противоэпидемические мероприятия. В имперский период в Забайкальской области общая для страны проблема построения эффективного управления медицинской отраслью отражалась на установлении целостной системы организации городского, сельского здравоохранения, ведомственной, общественной и частной медицины.

При смене общественно-экономической формации в России дореволюционный курс развития системы доступного здравоохранения не был свернут, а рационально продолжен советской властью с учетом местных социальных и партийно-идеологических особенностей, в частности особым акцентом на медико-профилактическую работу среди коренного населения.

В условиях Дальневосточной республики (1920г.) земство, как самоуправляющаяся единица не получило дальнейшего развития, но такие принципы организации системы медицинской помощи, как формирование врачебных участков, доступность, бесплатность, профилактическое направление не только сохранились в советской медицине, но и усовершенствовались. В 1921 году открывается первая сельская больница для коренного населения, организованы местные органы управления здравоохранением - аймздравы.

В течение 1923 года государственное управление системой здравоохранения Забайкальской области было создано, организован Наркомздрав Бурят-Монгольской АССР (1923г.), функционировал Забайкальский губернский отдел здравоохранения (расформирован в апреле 1926г.). В результате административно-территориальных изменений Забайкальская область в дореволюционных границах 4 января 1926 года была упразднена.

Нами установлено, что, несмотря на неоднократную смену политической власти в регионе в 1917-1925 гг., развитие учреждений здравоохранения продолжалось, сохраняя преемственность по отношению к имперскому периоду. Именно поэтому мы не разделяем третий этап по принципу смены государственной власти, т.к. суть политики властей в области здравоохранения не меняется.

Значение третьего этапа зарождения системы здравоохранения в Забайкалье заключается в том, что направление, заданное дореволюционной Россией на развитие и укрепление государственного управления системой здравоохранения для выполнения программы сохранения здоровья населения, воплощается в советской стране.

Подготовка квалифицированных медицинских кадров дореволюционного периода не успела достичь системного планомерного характера, учитывающего все демографические, территориальные особенности такого сложного региона, как Забайкалье. Поэтому, постепенно реализуется кадровый вопрос, при этом используется дореволюционный опыт подготовки национальных медицинских кадров всех уровней, вводится в строй сеть лечебно-профилактических учреждений, усиливается борьба с социально-значимыми заболеваниями, продолжена вакцинация и расширены санитарно-гигиенические мероприятия. Начавшая формирование в условиях имперской России система охраны материнства и детства стала основой решения актуальной задачи снижения материнской и детской смертности в советский период.

Новая государственная социальная политика расширения объема и качества системных медицинских мероприятий в советском Забайкалье, опирается на положительные элементы непрерывного и комплексного процесса создания дореволюционного здравоохранения в регионах большой страны.

Изученный исторический опыт свидетельствует о том, что при организации доступного здравоохранения в дореволюционном Забайкалье, получившего приоритетное значение в конце XIX века, решить кадровую проблему одними финансовыми и льготными рычагами не удалось. Необходимы общие системные, глубокие социально-экономические и культурные преобразования в отдаленном регионе, объединяющие усилия государства и муниципальных органов, которые могут серьезно мотивировать квалифицированных специалистов для устойчивой медицинской деятельности в системе регионального здравоохранения.

### **Научно-практическая значимость исследования**

Выполненная диссертационная работа имеет социально-практическое значение. Для повышения эффективности и доступности системы регионального здравоохранения необходимо строго учитывать местные специфические климатогеографические, дорожные, демографические и социокультурные особенности региона. Данная рациональная позиция позволит поддержать необходимый уровень социально-экономического развития стратегически важного региона страны - Забайкалья, как кладезя ценных редких полезных ископаемых, огромных гидроресурсов и лесных заповедников с уникальной флорой и фауной.

На основании наших данных есть возможность проанализировать особенности и выявить определенные отличия систем здравоохранения Забайкальского края и Республики Бурятия на дореволюционном и современном этапах. Наш труд полезен в процессе преподавания курсов: «История медицины дореволюционного Забайкалья, Республики Бурятия, Забайкальского края», в музейной и краеведческой работе. Для уточнения и дополнения данных при написании фундаментального труда по истории здравоохранения России, а также в справочной и энциклопедической литературе.

Содержание и выводы исследования могут быть использованы при планировании медико-социальной деятельности современных общественных и медицинских организаций. Часть собранных материалов переданы в фонд Краевой научно-медицинской библиотеки Читы, Нерчинского краеведческого музея Забайкальского края, научно-медицинской библиотеки Улан-Удэ и музей истории здравоохранения Республики Бурятия.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Особые торгово-экономические, климатогеографические, конфессиональные, демографические условия предопределили ряд существенных особенностей в

зарождении и развитии медицинского дела в регионе в XVIII веке и первыми лечебными учреждениями стали соответственно горные и военные лазареты.

2. Основная часть медицинских мер, направленных на организацию гражданской медицины на рубеже конца XVIII-первая половина XIX вв., приходилась на окружные города Верхнеудинск (Улан-Удэ), Нерчинск и Троицкосавск (Кяхта). Доступность народной, а впоследствии и охват традиционной тибетской медициной населения Забайкалья, создавали условия сохраняющейся конкуренции научной медицине вплоть до первого десятилетия XX века.

3. Приоритетные меры по охране здоровья населения были направлены, прежде всего, на предупреждение опасных инфекционных заболеваний. Оспопрививание в Забайкалье началось во второй половине XVIII века, а статус государственных систематических мероприятий оспопрививание приобрело в начале XIX века.

4. Законодательное создание сельской участковой медицины и организация земских больниц в Забайкальской области началось только в первом десятилетии XX века в силу ряда регионарных особенностей. Но именно тогда начал решаться кадровый вопрос, получила развитие научно-медицинская и лечебно-диагностическая база Забайкалья.

5. Вследствие сложившегося геополитического положения Забайкальской области к началу XX века медицинская помощь получила развитие в три этапа. В результате этого система здравоохранения Забайкалья возглавлялась государственным областным врачебным отделением и состояла из ведомственной, общественно-благотворительной медицины, городских самоуправлений, сельской медицины с элементами земской и частной врачебной практики.

6. Зарождение основ системы здравоохранения в Забайкалье происходило довольно медленно вследствие непоследовательности государственной политики Российской империи, но носило непрерывный характер и складывалось в общих рамках дореволюционной медицины.

7. Первоначальные преобразования в социальной сфере произошли в период смены общественно-экономической формации и связаны с созданием

Дальневосточной Республики. Впервые в Забайкалье открываются государственные структуры местных органов управления здравоохранением, целиком направленные на организацию бесплатной доступной и профилактической медицинской помощи.

8. Коренные политические, социально-экономические изменения, произошедшие, в советский период, предопределили создание эффективной модели государственного здравоохранения в регионе на подготовленном фундаменте дореволюционной медицины.

### **Соответствие паспорту научной специальности**

Представленные научные положения и выводы диссертации соответствуют паспорту специальности 07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки). Научные результаты проведенного исследования выполнены в соответствии с областью исследования специальности по пунктам: 4 – выявление и исторический анализ неизвестных ранее фактов и нововведений, представляющих научную и историческую ценность. 5 – обобщение историко-научного материала с целью воссоздания целостной картины становления и развития отдельных наук и отраслей научного знания. 8 – исследование основных связей между запросами практики и развитием научного познания.

### **Апробация работы**

Материалы диссертации представлены на XXI Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» совместно с I Всероссийским Форумом «Волонтеры-медики-детям России» (Москва, 2019), на Международной научной конференции «Сточиковские чтения» (Москва, 2018), на Международном симпозиуме «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» (Москва, 2017, 2018), на XI Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи детям», посвященной 140-летию В.Ф. Войно-Ясенецкого (Москва, 2017), XIV съезде Российского общества историков медицины (Москва,

2017), III (XIII) съезде Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ (Москва, 2016), 14-й международной научной конференции «Сточиковские чтения» («Медицинская профессура») (Москва, 2016), на межрегиональном Круглом столе «Первая мировая война в истории Байкальского региона», посвященного 100-летию со дня начала Первой мировой войны (Улан-Удэ, 2014), на историческом конкурсе Союза педиатров России (Москва, 2013), на 10-й международной научной конференции «Медицинская профессура СССР» (Москва, 2012), на III съезде конфедерации историков медицины (Москва, 2009).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 37 научных трудов, в том числе 3 совместные монографии и 15 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ, из них 11 статей, входящих в базы данных Scopus и Web of Science.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, 6 глав основного текста, заключения, выводов, списка опубликованных работ по теме диссертации, списка литературы и источников. Список литературы и источников содержит 384 наименования публикаций в научной и периодической печати, ссылки на 10 документальных источников, 225 архивных документов. Работа изложена на 487 страницах машинописного текста (в том числе 415 страниц основного текста), содержит 28 таблиц, диаграмм, графиков, приложения.

### **Благодарности**

Выражаю искреннюю признательность научному консультанту, ведущему научному сотруднику ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», доктору медицинских наук, доктору исторических наук, профессору Дмитрию Алексеевичу Балалыкину за помощь на всех этапах выполнения диссертационной работы.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА ИСТОЧНИКОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Системный подход к анализу истории зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье на большом отрезке исторического периода времени, начиная от XVIII века и до момента начала создания советской модели здравоохранения в 20-х гг. XX века, требует привлечения к интерпретации публикаций всех исследователей, для которых объектом изучения являлась организация системы медицинской помощи в Забайкалье, как восточной, так и западной ее частей.

Все использованные материалы разделены на две большие группы: историография проблемы и архивные данные, как опубликованные ранее, так и впервые вводимые нами в научный оборот. Опубликованные материалы распределены на три группы в соответствии со временем происхождения представленных источников (дореволюционный, советский и современный).

В первой группе - историография освоения Западного и Восточного Забайкалья с конца XVII века, включает работы Н.Н. Козьмина<sup>48</sup> «Из прошлого Сибири» (1904), «Материалы по Восточной Сибири»<sup>49</sup> (1882), фундаментальный труд В.К. Андриевича<sup>50</sup> «Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года» (Спб, 1887, переиздана в 2013г.), где представлен анализ освоения Западного и Восточного Забайкалья с XVII века, включая военно-политическую, социально-экономическую ситуации, демографическую характеристику, освещаются трудности заселения большой территории края.

В других материалах XIX – начала XX вв., содержатся данные этнографических исследований об уровне медицинской помощи в Забайкалье, оспопрививании, состоянии репродуктивного здоровья жителей Забайкалья.

---

<sup>48</sup> Козьмин Н.Н. Из прошлого Сибири (Бывший генерал-губернатор Восточной Сибири С.Б. Броневский и его мемуары). / Н.Н. Козьмин — Иркутск, 1904. — 29 с.

<sup>49</sup> Материалы по Восточной Сибири. — Санкт-Петербург, 1882. — 119 с.

<sup>50</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — 288 с. — (Моя Сибирь).

В работе врача А.К. Белиловского<sup>51</sup> «Об обычаях и обрядах при родах инородческих женщин Сибири и Средней Азии» (1894), констатируется как факт, что процесс родов у женщин коренного населения протекает легко из-за каких-то природных физиологических особенностей. Но, наблюдатели-путешественники, не занимаются проблемой кажущейся им простоты при родах и уровне пособия при них, не углубляются в изучение особенностей уклада и образа жизни женщин дореволюционной Сибири. Автор лишь вскользь касается высокой материнской и детской смертности у коренных жителей Забайкалья, а ведь это одни из основных показателей эффективности квалифицированных медицинских мероприятий.

Значительный интерес представляют работы врача Н.В. Кирилова, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь населению Забайкалья, как в городе, так и в сельской местности. В статье «Сельская врачебная часть в Забайкалье, ее состояние и нужды»<sup>52</sup> (1886), освещается состояние здравоохранения в Забайкальской области в конце XIX в. Согласно его данным, Военное, Горное и Казачье ведомства имели свои лечебные учреждения, врачи и повивальные бабки жили преимущественно в городах и редко выезжали в сельскую местность. Официально с 1867 года для оказания медицинской помощи сельским жителям числилось 15 лечебных изб. Коренное население в силу своих традиционных бытовых, религиозных особенностей еще не до конца осознавало преимущество организации научной медицины и потому редко пользовалось помощью немногочисленного отряда врачей и фельдшеров до конца XIX века.

В статье «Современное значение тибетской медицины, как части ламаистской доктрины»<sup>53</sup> (1892), Н.В. Кирилов в целом положительно характеризует приемы и методы, лекарства народной и тибетской медицины, используемые при родовспоможении и лечении детского и взрослого населения. В статье «Интерес

---

<sup>51</sup> Белиловский А.К. Об обычаях и обрядах при родах инородческих женщин Сибири и Средней Азии / А.К. Белиловский // Ж. Живая старина, 1894. — Т.4. — № 3—4. — Отд. I. — С. 375.

<sup>52</sup> Кирилов Н.В. Сельская врачебная часть в Забайкалье, ее состояние и нужды / Н.В. Кирилов // Восточное обозрение, 1886. — № 44. — С. 2.

<sup>53</sup> Кирилов Н.В. Современное значение тибетской медицины, как части ламаистской доктрины / Н.В. Кирилов // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1892. — №7. — С.18-26.



изучения народной и тибетской медицины в Забайкалье»<sup>54</sup> (1893), он настойчиво призывает применять в конце XIX века антисептику в родах у коренного населения, при заболеваниях шире использовать научную медицину. Критикуя лам-лекарей, автор справедливо подчеркивает, что в конкурентной борьбе за пациента ламы прибегают к религиозным догмам, тем самым обеспечивая приоритет тибетской медицине.

В другой статье «Борьба с эпидемическими болезнями в Западном Забайкалье»<sup>55</sup> (1893), Н.В. Кирилов характеризует недостатки организации оспопрививания, отмечая, что из-за отсутствия оспенного детрита, приходится вакцинировать детей с риском развития инфекционных осложнений, т.е., используя «оспennyй материал» заболевших детей. Надо признать, что существовавшая проблема дефицита оспенного детрита остается актуальной даже при введении на территории Забайкальской области статуса государственных мероприятий по оспопрививанию в 1811 году.

Характеристика родильной помощи и ухода за новорожденным у бурят и тунгусов дается в статьях «Об акушерстве у Забайкальских инородцев в связи с некоторыми особенностями их быта»<sup>56</sup> и «О преобразовании гражданской медицинской части в Забайкалье»<sup>57</sup> (1897). Н.В. Кирилова как передового представителя европейской медицины, безусловно, беспокоит форма организации квалифицированной медицинской помощи у населения Забайкалья. При серьезном дефиците кадров и лечебных заведений на такой огромной территории невозможно в короткие сроки создать доступную медицину.

---

<sup>54</sup> Кирилов Н.В. Интерес изучения народной и тибетской медицины в Забайкалье / Н.В. Кирилов // Этнографическое обозрение, 1893. — №4. — С. 84-120.

<sup>55</sup> Кирилов Н.В. Борьба с эпидемическими болезнями в Западном Забайкалье / Н.В. Кирилов // Восточное обозрение, 1893. — №17. — С. 8—9.

<sup>56</sup> Кирилов Н.В. Об акушерстве у Забайкальских инородцев в связи с некоторыми особенностями их быта / Н.В. Кирилов // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1897. — №4. — Отд.7. — С. 84-92.

<sup>57</sup> Кирилов Н.В. О преобразовании гражданской медицинской части в Забайкалье / Н.В. Кирилов // Приамурские ведомости, 1897. — №158. — С. 27-31.

Работы П.Г. Мацокина<sup>58</sup> (1892) и П.С. Алексеева<sup>59</sup> (1897), посвященные медицинскому обеспечению населения Забайкальской области в XIX веке, свидетельствуют о том, что медицинская помощь сельскому и коренному населению Забайкалья не носила организованный характер вплоть до конца XIX века и в основном осуществлялась методами наиболее доступной народной и тибетской медицины. Обращения к врачам при их разъездах по участку были спорадическими.

Ценные данные приведены профессором Ю.Д. Талько-Гринцевичем<sup>60</sup>, непосредственно, работавшем в городе Троицкосавске (Кяхта) (Западное Забайкалье) о состоянии репродуктивного здоровья женщин Забайкалья в сравнении с женщинами Киевской губернии. В работе «К вопросу об изучении физиологических явлений половой жизни женщин в Забайкалье» (1903), он отмечает, что в целом течение беременности у женщин Забайкалья протекает не хуже, чем в Европейской части России, а одна бесплодная женщина приходится на 12,58 рождающих (в Киевской губернии 1 на 28,71 рождающих).

В книге казачьего сотника Н.И. Эпова<sup>61</sup> «Забайкальское казачье войско» (1889), дается характеристика «народного здравия» в войске и казачьему населению в конце XIX века, приводится количество врачей и лечебных учреждений. Представляют интерес труды по освещению организации первых лечебных учреждений и медицинских школ на территории Забайкалья. Важному

---

<sup>58</sup> Мацокин П.Г. Медико-санитарное состояние г. Верхнеудинска Забайкальской области / П.Г. Мацокин // Русская медицина, 1892. — №41. — С. 590.

<sup>59</sup> Алексеев П.С. Материалы для медицинской топографии и статистики Забайкальской области П.С. Алексеев // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1897. — Отд.7. — С. 73 -74.

<sup>60</sup> Талько-Гринцевич Ю.Д. К вопросу об изучении физиологических явлений половой жизни женщин в Забайкалье / Ю.Д. Талько-Гринцевич // Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского Русского Географического общества. — СПб, 1903. — Т.6. — В.1.— С. 120.

<sup>61</sup> Эпов Н.И. Забайкальское казачье войско / Н.И. Эпов — Нерчинск. Типография М.Д. Бутина, 1889. — С. 40-43.

событию открытия первой военно-фельдшерской школы в 1872 году при Читинском военном полугоспитале посвящены работы А.П. Васильева<sup>62</sup>.

Полноценным и достоверным источником представляются материалы, опубликованные в сборнике по работе 2-го съезда медицинских работников Забайкальской области в 1917 году<sup>63</sup>. В нем дается подробная характеристика и оценка состояния сельской медицины Забайкалья. Намечены конкретные меры по повышению доступности медицинской помощи, с учетом увеличения численности медицинских сотрудников и возможности улучшения материально-технической базы и непосредственной организации земской медицины в Забайкалье на примере Европейской России.

При этом отмечается существенное отставание в сроках, и соответственно более медленное введение основ земской медицины в отличие от центральных регионов. В десятых годах XX столетия отмечаются предпосылки на фоне финансово-экономических возможностей населения Забайкалья, наличием квалифицированных медицинских кадров и лечебной материально-технической базой в Чите, но земство в Забайкалье характеризовалось, как «чиновничье». Далекая окраина Российской империи в тот исторический период, пока не могла иметь истинное самоуправление со всеми вытекающими возможностями. Первое упоминание о городской гражданской больнице в областном центре городе Чите датируется 1894 годом<sup>64</sup>.

Первоначально вопрос организации лечебного учреждения для сельского населения Читинского уезда возник в 1908 году. Только 16 марта 1916 года в Чите открыли областную земскую больницу на 10 коек штатных и 10 платных. При этом всеми авторами докладов на съезде, а это были практикующие медицинские работники, приветствуется и поддерживается создание земской медицины в

---

<sup>62</sup> Васильев А.П. Забайкальские казаки: исторический очерк: [в 3 т.] / А. П. Васильев. - Чита: Типография Войскового Хозяйственного Правления Забайкальского казачьего войска, 1916-1918.

<sup>63</sup> Труды съезда медицинских работников Забайкальской области. 1-5ноября 1917г. — Чита, 1918. — Электро-Типография Н. Первуницкого. — 134 с.

<sup>64</sup> О городской лечебнице // Газета «Читинский листок». — 1906. — 27 мая.

Забайкальской области для обеспечения прежде всего, доступности медико-профилактических мероприятий.

Во вторую группу отнесена историография советского периода, посвященная анализу медицинских мероприятий в Сибири и Забайкалье, начиная от имперской эпохи XVIII века. Приводятся сведения о борьбе с инфекционными заболеваниями, культурном значении градостроительства, первых элементах системы медицинской помощи.

В труде Н.Н. Козьмина<sup>65</sup> «Бурят-Монгольская АССР-географический и хозяйственный очерк» (1928), говорится о начале противооспенных мероприятий в Иркутской губернии второй половины XVIII века, в состав которой входило Забайкалье. С большим удивлением отмечается желание бурятского населения проводить вакцинацию, особенно детям, несмотря на большие расстояния. Это связано с высокой детской смертностью и относительно низкой рождаемостью у коренного населения.

Серьезный труд «История Сибири с древнейших времен»<sup>66</sup> (1968), помогает осмыслить исторические аспекты освоения Забайкалья. Работа В.И. Кочадамова<sup>67</sup> «Первые русские города Сибири» (1978), дает представление о социокультурном значении градостроительства в Сибири, начиная от первых острогов и затем организацией городов.

В этой группе рассмотрены первые фундаментальные работы по истории здравоохранения Сибири: докторская диссертация Н.П. Федотова<sup>68</sup> «Очерки по истории медицины в Сибири в связи с историей ее колонизации (1585-1861 гг.)», защищенная 28 апреля 1950 года. Диссертация в трех томах. Нас интересует третий том, где 13 глав. По данным Н.П. Федотова: «Для медицинского обслуживания семей казаков существовала участковая система, подобно той,

<sup>65</sup> Козьмин Н.Н. Бурят-Монгольская АССР (географический и хозяйственный очерк). / Н.Н. Козьмин — Иркутск-Верхнеудинск, 1928. — 70 с.

<sup>66</sup> История Сибири с древнейших времен до наших дней / Гл. ред. А.П. Окладников. Т. 2. — Л: Наука. Ленингр. отд-ние, 1968-1969. — С. 308-309.

<sup>67</sup> Кочадамов В.И. Первые русские города Сибири / В.И. Кочадамов — М: Стройиздат, 1978. — С. 132-148.

<sup>68</sup> Федотов Н.П. «Очерки по истории медицины в Сибири в связи с историей ее колонизации (1585-1861 гг.)»: дис. ... д-ра мед. наук: Томск, 1948. — Т.3. — 326 с.

какая была в земских губерниях России». Эти данные подтверждают, что в Забайкальском казачьем войске была внедрена участковая система медицинского обеспечения накануне Первой мировой войны. По поводу первых попыток подготовки врачей на местной базе в Сибири, Н.П. Федотов указывает 90-е года XVIII века. По новым данным известно, что первая лекарская школа в Забайкалье открылась в 1762 году.

Докторская диссертация Г.И. Мендриной<sup>69</sup> «Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.), защищена 31 марта 1965 года. Состоит из двух томов и явилась логическим продолжением труда Н.П. Федотова. Дан скрупулезный анализ развития здравоохранения в целом по Сибири. Также представлены отдельные события по истории медицины Забайкалья. При всем многообразии фактов и материалов достойной работы отмечается влияние идеологии советского периода. На странице 75 указано «Правительство вовсе не интересовалось положением коренных народов».

В хронологической последовательности изучена докторская диссертация К.И. Журавлевой<sup>70</sup> «Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765–1965 гг.)», (1966). Диссертация состоит из 8 глав. Работа представляет большой научный интерес, поскольку стала первым крупным трудом по истории здравоохранения Забайкалья и была посвящена изучению влияния социально-экономических и медицинских мероприятий на показатели здоровья населения Забайкалья в изучаемый период. В первых четырех главах дается обзор дореволюционного здравоохранения в России и в Забайкалье. На странице 58: «Первая аптека была учреждена в Иркутске в 1765 году». По дополненным сегодня материалам известно, что первая горная аптека открылась в Нерчинском Заводе в 1762 году.

По данным К.И. Журавлевой находим подтверждение о том, что «в 1742 было дано разрешение на постройку «гошпиталя». Речь идет о первом Горном

<sup>69</sup> Мендрин Г.И. «Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.)»: дис. ... д-ра мед. наук: Томск, 1964. — Т.2. — 308 с.

<sup>70</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.33. — Чита, 1966. — 731 с.

госпитале Забайкалья, организованным в восточной части. Выводы диссертации свидетельствуют о безусловной победе советского здравоохранения в плане оздоровления населения Забайкалья. На странице 10: «царское правительство фактически сняло с себя всякую ответственность за здоровье народа». Безусловно, необходимо было соблюдения идеологических, партийных норм в исторический период проведения научного анализа.

Первые систематические исследования в области истории медицины и здравоохранения Забайкалья, были предприняты, военным врачом, Е.Д. Петряевым, работавшем в Чите в 1941-1956 гг. В работе «Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки истории культуры края»<sup>71</sup> (1954), представлены первые врачи Верхнеудинска, Селенгинска, Нерчинска. Много материала заслуженно уделено врачу Н.В. Кирилову. Целый раздел посвящен прогрессивной медицинской деятельности декабристов, но, в задачи нашего исследования эта обширная отдельная тема не включалась.

В многочисленных трудах Е.Д. Петряева: «Выдающийся исследователь краевой патологии Забайкалья И.С. Дудченко (1857-1917)»<sup>72</sup> (1956), «Доктор Кирилов (из прошлого)»<sup>73</sup> (1951), «Вклад военных врачей в изучение Забайкалья»<sup>74</sup> (1956), «Декабристы и врачебное дело в Забайкалье»<sup>75</sup> (1952), «Люди и годы. Очерки из истории культуры Забайкалья»<sup>76</sup> (1957) и т.д., где на очень большом фактологическом материале характеризуется быт забайкальцев и состояние медицинской помощи в регионе. Полноценным историко-медицинским документом является библиографический указатель Е.Д. Петряева «Краеведы и

<sup>71</sup> Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края / Е.Д. Петряев — Чита: Читинское кн. изд-во, 1954. — С. 59-116.

<sup>72</sup> Петряев Е.Д. Выдающийся исследователь краевой патологии Забайкалья И.С. Дудченко (1857-1917) / Е.Д. Петряев // Вторая научная конференция Читинского института, Чита, 1956. — 4 с.

<sup>73</sup> Петряев Е.Д. Доктор Кирилов (из прошлого). «Дальний Восток». — № 2. —Хабаровск, 1951. — С. 109-117.

<sup>74</sup> Петряев Е.Д. Вклад военных врачей в изучение Забайкалья / Е.Д. Петряев // Научно-мед. конф. врачей 321-го окружного военного госпиталя. Тезисы докладов. — Чита, 1956. — 6с.

<sup>75</sup> Петряев Е.Д. Декабристы и врачебное дело в Забайкалье. Альманах «Забайкалье» — № 5. — ЧитГИЗ, 1952. — С. 168-205.

<sup>76</sup> Петряев Е.Д. Люди и годы. Очерки из истории культуры Забайкалья / Е.Д. Петряев — Чита: Чит. кн. изд-во, 1957. — 135 с.

литераторы Забайкалья. Дореволюционный период»<sup>77</sup> (1981), «Указатель литературы Евгений Дмитриевич Петряев. Кировская обл. библиотека имени А.И. Герцена»<sup>78</sup> (1973). Е.Д. Петряевым было положено начало изучению истории здравоохранения дореволюционного Забайкалья не только с позиции краеведческого интереса, но и историко-медицинского научного анализа.

По данным Е.Д. Петряева<sup>79</sup> «Нерчинск: очерки культуры прошлого» (1959), первая городская гражданская больница в Восточном Забайкалье была организована в Нерчинске в июне 1827 года. О первых госпитальных школах Нерчинских заводов отмечается в соответствующей работе<sup>80</sup>. Впервые в Забайкалье в 1762 году лекарем-энтузиастом Нерчинско-Заводского госпиталя Егором Томиловым была набрана группа учеников из заводской молодежи в количестве 10 человек для обучения лекарскому искусству.

О повышении роли и востребованности медицинского сообщества Забайкалья, требующего серьезного периодического обмена опытом и накопления новых знаний свидетельствует дальнейшее распространение научной медицинской мысли в Забайкалье и соответственно организация в 1893 году Забайкальского общества врачей<sup>81</sup>. Целью общества, как записано в Уставе, являлось изучение санитарного, эпидемического состояния Забайкальской области, составление медицинской топографии и санитарной карты области, содействие местной администрации в устройстве сельских медицинских учреждений, санитарно-просветительная деятельность. Медицинская стационарная помощь для гражданского населения Читы не была организована вплоть до конца XIX века. В областном центре Чите в этот период функционировали только тюремная

<sup>77</sup> Петряев Е.Д. Краеведы и литераторы Забайкалья: библиографический указатель. Дореволюционный период (Второе исправленное издание) / Е.Д. Петряев — Чита: Читинск. кн. изд-во, 1981. — 146 с.

<sup>78</sup> Указатель литературы Евгений Дмитриевич Петряев. Кировская обл. библиотека имени А.И. Герцена. Составители В.Г. Шумихин, И.Н. Войханская. — Киров, 1973. — 100 с.

<sup>79</sup> Петряев Е.Д. Нерчинск: очерки культуры прошлого / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. Изд-во, 1959. — 124 с.

<sup>80</sup> Петряев Е.Д. Госпитальные школы Нерчинских заводов: науч. ист-мед. конф. Урало-Сиб. областей / Е.Д. Петряев — Пермь, 1963. — Вып. 2 — С. 182-184.

<sup>81</sup> Петряев Е.Д. Из истории врачебных обществ Восточной Сибири / Е.Д. Петряев // Советское здравоохранение. — 1960. — № 3. — С. 51-56.

больница и военный полугоспиталь на 104 койки, но лечение было платным для городских жителей. В 1894 году организовали городскую лечебницу на 10 коек, но количество мест явно не удовлетворяло нуждам 6-ти тысячного города и уже через 2 года стационар расширили до 20 коек.

Большой научный интерес представляет работа Е.Д. Петряева<sup>82</sup> «Н.В. Кирилов-исследователь Забайкалья и Дальнего Востока» (1960), где материал с 13 по 30 страницы посвящен анализу формам и методам медицинской помощи в Забайкалье. Хорошо представлены выводы по радикальному улучшению доступности квалифицированной медицины, особенно сельскому и коренному населению на окраине страны.

Представляем материалы о медицинском обеспечении сельского населения Забайкалья. В монографии Д.В. Горфина<sup>83</sup> (1961) «Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917-1959 гг.)», рассмотрены вопросы организации медицинской помощи в сельской местности страны. Безусловно, присутствует партийный оттенок в оценке дореволюционного здравоохранения России, но расставлены основные акценты постепенного улучшения медицинского обслуживания сельского населения.

Сохраняет историко-медицинское значение статья М.М. Шмулевича<sup>84</sup> «Из истории медицинского обслуживания населения Западного Забайкалья в первой половине XIX века» (1970), где освещена организация первых лечебных учреждений в городе Верхнеудинске, дается характеристика медицинской помощи коренному населению и в частности открытие первой гражданской больницы Верхнеудинска датируется 1805 годом. Мы же в ходе проведенного исследования приходим к выводу, что это первая городская больница всего

---

<sup>82</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов-исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Читинское кн. изд-во, 1960. — 76 с.

<sup>83</sup> Горфин Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917-1959 гг.) / Проф. Д.В. Горфин; под ред. проф.М.И. Барсукова — Москва: Медгиз, 1961. — С. 13.

<sup>84</sup> Шмулевич М.М. Из истории медицинского обслуживания населения Западного Забайкалья в первой половине XIX века / М.М. Шмулевич // Советское здравоохранение. — Москва, 1970. — №5. — С. 60-64.



Забайкалья, и нами определена более точная дата организации Верхнеудинской гражданской больницы - 1803 год.

Статья Ц.Д. Цыдыпова и В.Ю. Альбицкого<sup>85</sup> «Из истории здравоохранения Забайкалья» (1978), представляет интерес в плане краткого обобщения зарождения и развития здравоохранения региона. «О санитарном неблагополучии населения дореволюционного Забайкалья убедительно свидетельствуют показатели его естественного движения: средняя продолжительность жизни составляла 24,1 года».

В работах раннего советского периода И.Д. Подгорного<sup>86</sup> (1931), М.К. Харахинова<sup>87</sup>(1933), Н.А. Абыкова<sup>88</sup> (1939), а также в исследованиях более позднего периода: Ф.А. Кудрявцев, Б.Д. Цыбиков, Г.Н. Румянцев<sup>89</sup> (1959), М.М. Шмулевич<sup>90</sup> (1972), Б.Б. Батуев<sup>91</sup>(1973), С.А. Максанов<sup>92</sup> (1974), В.Р. Боянова<sup>93</sup> (1974), изложены этапы становления и развития здравоохранения в Бурятии (Западное Забайкалье).

В третьей (современной) группе историография новейшего периода российской истории с 1992 года.

Представлены новые источники по организации административно-территориального деления Российской империи, характеристике первых городов

<sup>85</sup> Цыдыпов Ц.Д. Из истории здравоохранения Забайкалья / Ц.Д. Цыдыпов, В.Ю. Альбицкий // Советское здравоохранение. М: Медицина, 1978. — № 1. — С. 83-84.

<sup>86</sup> Подгорный И.Д. 10 лет советского здравоохранения в Бурят-Монголии / И.Д. Подгорный // На фронте здравоохранения. 1931. — № 14. — С. 25.

<sup>87</sup> Харахинов М.К. 10 лет на фронте здравоохранения в БМАССР / М.К. Харахинов // К 10-летию Бурят-Монгольской АССР. — Иркутск, 1933. — С. 8-10.

<sup>88</sup> Абыков Н.А. Успехи здравоохранения трудящихся за 15 лет БМАССР / Н.А. Абыков // 15 лет Бурят-Монгольской АССР: Политико-экономический сборник. — Улан-Удэ, 1939. — С. 36-42.

<sup>89</sup> Кудрявцев Ф.А. Развитие здравоохранения / Ф.А. Кудрявцев, Б.Д. Цыбиков, Г.Н. Румянцев // История Бурят-Монгольской АССР. — Улан-Удэ, 1959. — Т. 2. — С. 365,580.

<sup>90</sup> Шмулевич М.М. Лечебное дело / М.М. Шмулевич // Очерки истории культуры. — Улан-Удэ, 1972. — Т. 2. — С. 218.

<sup>91</sup> Батуев Б.Б. Очерки истории культуры Бурятии: в 2 т. / АН СССР. Сиб. Отд-ние Бурят. фил. Бурят. ин-т обществ. наук; ред. Е.М. Залкинд и др. — Улан-Удэ, 1972. — Т.1. — С. 362.

<sup>92</sup> Максанов С.А. Здравоохранение в условиях войны / С.А. Максанов // Очерки истории культуры Бурятии. — Улан-Удэ, 1974. — Т. 2. — С. 307.

<sup>93</sup> Боянова В.Р. Развитие здравоохранения / В.Р. Боянова // Очерки истории культуры Бурятии. — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1974. — Т. 2. — С. 427, 617.

Забайкалья с конца XVII по XX вв., общей геополитической, медицинской, социально-экономической и демографической ситуации в регионе.

В работах А.В. Федякина<sup>94</sup> «Территориально-политическое устройство и региональная политика Российской империи в середине – второй половины XVIII в.» (2012), И.Б. Батуевой<sup>95</sup> «Административное устройство забайкальских бурят в дореволюционное время» (2012), «Историческая энциклопедия Сибири»<sup>96</sup> (2010), И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева «Очерки истории Забайкальского края» в двух томах<sup>97</sup> (2009), дается исчерпывающая информация по административно-территориальному делению Сибири, организации Иркутской губернии и Забайкальской области, есть сведения об уровне медицинской помощи в населенных пунктах, о создании первого сибирского университета и медицинского факультета в городе Томске в конце XIX века. Экономическое значение для зарождения первых элементов здравоохранения в Забайкалье имело создание Нерчинского Горного округа, послужившего основанием для организации первого лечебного учреждения Забайкалья в конце первой половины XVIII столетия.

В трудах В.М. Пыкина<sup>98</sup> «Удинск - Верхне-Удинск: Статус и население во второй половине XVIII в.» (2014), В.К. Гурьянова, М.В. Гурьянова<sup>99</sup> «Верхнеудинск 17 – начала 20 века. Улицы, городские усадьбы и их обитатели» (2012), описывается

<sup>94</sup> Федякин А.В. Территориально-политическое устройство и региональная политика Российской империи в середине – второй половины XVIII в. / А.В. Федякин // Вестник Российской нации. 2012. — № 4-5. — С. 50-68.

<sup>95</sup> Батуева И.Б. Административное устройство забайкальских бурят в дореволюционное время / И.Б. Батуева // Вестник Бурятского государственного университета. — Улан-Удэ, 2012. — № SB. — С. 18.

<sup>96</sup> Историческая энциклопедия Сибири. / Российская акад. Наук, Сибирское отделение, Ин-т истории, Изд. дом «Историческое наследие Сибири» [гл. ред. В.А. Ламин; редкол.: С.С. Букин и др.] — Т. I. — Новосибирск, 2010. — С. 45. — Т. II. — Новосибирск, 2010. — С. 535.

<sup>97</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — 440 с.

<sup>98</sup> Пыкин В.М. Удинск - Верхне-Удинск: Статус и население во второй половине XVIII в. / В.М. Пыкин // Верхнеудинск: вехи истории: Материалы научно-практич. конференции) — Улан-Удэнская и Бурятская епархия Русской православной церкви, РОО "Общество культуры семейских Республики Бурятия", РОО "Общество русской культуры Республики Бурятия", ГАУК РБ "Национальная библиотека Республики Бурятия". — Улан-Удэ, 2014. — С. 12,15.

<sup>99</sup> Гурьянов В.К. Верхнеудинск 17 – начала 20 века. Улицы, городские усадьбы и их обитатели / В.К. Гурьянов, М.В. Гурьянов — Улан-Удэ, 2012. — С. 48-49.

состояние города Верхнеудинска (Улан-Удэ, 1934г.), дается характеристика его юридического статуса и сословного положения жителей.

Интересные материалы по архивным данным представлены в статье О.В. Бураевой<sup>100</sup> «Новое в истории Удинского зимовья/острога» (2013), где установлена наиболее точная дата постройки Удинского острога – 1679 год, а Удинское зимовье заложено в октябре 1665 года. Таким образом, можно исключить разночтения по поводу даты зарождения города Верхнеудинска. С начала XIX века (1803г) Верхнеудинская городская больница являлась единственным лечебным учреждением Иркутского приказа общественного призрения на всей территории Забайкалья.

Также определена дата постройки Нерчинского (Нелюцкий или Тунгусский) острога – лето 1658 года. По данным Р.И. Цуприк «Энциклопедия Забайкалья: Читинская область» (2006), Нерчинск первым в 1689 году получил статус города в Забайкалье и фактически являлся первой столицей. В 1827 году здесь открыта первая в Восточном Забайкалье гражданская городская больница<sup>101</sup>.

В работе О.В. Бураевой<sup>102</sup> «Новые данные о присоединении Бурятии к России» (2011), отмечено, что Нерчинский (1689 г.) и Буринский (1727 г.) мирные договора окончательно определили границы между Россией и Китаем.

О положительном влиянии различных национальных культур на развитие Забайкалья, отмечается в статье Ф.Ф. Болонева<sup>103</sup> «Ясачные в русских селах Забайкалья» (2013): при разностороннем хозяйственно-культурном взаимодействии разных народов, в результате активного общения, формировались особенности специфической народной культуры и быта жителей Забайкалья.

---

<sup>100</sup> Бураева О.В. Новое в истории Удинского зимовья/острога / О.В. Бураева // Вестник НГУ Серия: История, филология. — 2013. — Том. 12. — Выпуск 1: История. — С. 27-30.

<sup>101</sup> Цуприк Р.И. 180 лет открытия в Нерчинске первой больницы (1827). / Р.И. Цуприк // Календарь памятных и знаменательных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. — Чита, 2007. — С. 96-108.

<sup>102</sup> Бураева О.В. Новые данные о присоединении Бурятии к России / О.В. Бураева // Идеи и идеалы. — №2 (8) — Т. 1. — 2011. — С. 69-76.

<sup>103</sup> Болонев Ф.Ф. Ясачные в русских селах Забайкалья. / Ф.Ф. Болонев // Проблемы археологии, этнографии и антропологии Сибири и сопредельных территорий. Материалы Годовой итоговой сессии ИАиЭТ СО РАН. — Т VIII — Новосибирск, 2002. — С. 537-541.

Монография Т.В. Паликовой<sup>104</sup> «Города Забайкалья второй половины XIX – начала XX в.» (2015), посвящена истории социального, экономического и культурного развития забайкальских городов. На основании этих данных мы можем обосновать необходимые условия для зарождения и развития городской, а также и частной медицины.

Любопытный материал представлен в книге под редакцией К.К. Ильковского<sup>105</sup> «Сретенск / Энциклопедия Забайкалья» (2014), где даются сведения о дореволюционном состоянии медицинской помощи в Сретенске, по тем временам большом культурном и экономическом центре Восточного Забайкалья. Представляют интерес данные о работе Вятского лазарета Красного Креста, который в 1904 году был отправлен в Сретенск и провел большую медико-санитарную работу, оставил хорошую память у местного населения. Значительную информативную ценность имеют материалы по организации региона, географии и статистики, обобщенные в трудах по истории Бурятии, Забайкальской области, Иркутской губернии<sup>106, 107, 108, 109, 110</sup>.

Сведения для анализа и всесторонней оценке экономических, социально-демографических процессов, происходивших, в Забайкалье представлены в работах профессора А.В. Ремнева «Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века» (2013), «Самодержавие и Сибирь. Административная политика во второй половине XIX - начале XX в.» (1997), где отмечено, что «роль

<sup>104</sup> Паликова Т.В. Города Забайкалья второй половины XIX – начала XX в.: источники и историография / Т.В. Паликова – Улан-Удэ: Бурятский государственный университет, 2014. – 328 с.

<sup>105</sup> Сретенск. Гл. ред. К.К. Ильковский / Энциклопедия Забайкалья. – Чита, 2014. ЗабГУ. – 444 с.

<sup>106</sup> История Бурят-Монгольской АССР / И.Я. Златкин, П.П. Старицина – Улан-Удэ: Бурят-Монгольское книжное издательство, 1954. – Т.1. – С. 269-270.

<sup>107</sup> Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. – Новосибирск: Наука, 2000. – Т.1. – С. 13, 241-243, 366.

<sup>108</sup> Буянтуев Б.Р. Советская Бурят-Монголия: (Экон-геогр. обзор) / Б.Р. Буянтуев, Г.Ш. Раднаев: Акад. наук СССР. Вост-Сиб. филиал— Улан-Удэ: Бурят-Монгольское книжное издательство, 1957. – С. 83.

<sup>109</sup> История Бурятии. Т.2. (XVII-начало XX вв.) / Гл. ред. Б.В. Базаров. – Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. – 623 с.

<sup>110</sup> История Бурятии. Т. 3 (XX– XXI вв.) / Гл. ред. Б.В. Базаров. – Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. – 463 с.

и место Сибири в составе Российской империи были более сложными, чтобы их можно было определить, оперируя только понятиями «колония» и «метрополия». В конце XIX - начале XX вв. в правительственных кругах достаточно серьезно рассматривался вопрос о ликвидации генерал-губернаторства в Восточной Сибири. Применительно к Западной Сибири, которая уже в 1882 году была выведена из-под генерал-губернаторского управления, можно говорить, что она превратилась уже в своего рода «внутреннюю окраину», тем самым, повысив свой статус интегрированности в имперское пространство, в отличие от Восточной Сибири»<sup>111</sup>.

Подтверждение тезиса о том, что подъем экономики и соответственно более интенсивное развитие здравоохранения в Забайкалье, в конце XIX века, находим в труде Н.А. Вельяминова «Воспоминание об императоре Александре III» (1994), где отмечено, что вплоть до строительства Транссибирской железной дороги, «Сибирь с экономической точки зрения, оставалась большим «географическим трупом». Смысл дореволюционной правительственной политики до начала XX века сводился к тому, чтобы побольше взять и поменьше дать»<sup>112</sup>.

Оценку состояния социально-экономического развития и организации медицинской помощи Забайкальскому казачьему войску находим в работе Н.Н. Смирнова<sup>113</sup> «Слово о Забайкальских казаках» (1994). Основной вывод делается о серьезных проблемах, а порой и ошибках при формировании участковой медицинской сети для казачьего населения в Забайкальской области вплоть до конца первого десятилетия XX века.

По данным А.А. Власова<sup>114</sup> «Очерки истории хирургии в Сибири» (1999), отмечается недостаток квалифицированных медицинских работников, как

---

<sup>111</sup> Ремнев А.В. Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века. Сибирская заимка: история Сибири в научных публикациях — 2013. — 18 апр. — электрон. журн. — режим доступа: <http://zaimka.ru/remnev> — colony.

<sup>112</sup> Вельяминов Н.А. Воспоминание об императоре Александре III / Н.А. Вельяминов // Российский архив. — М., 1994. — Вып. V. — С. 313.

<sup>113</sup> Смирнов Н.Н. Слово о Забайкальских казаках: Исторический очерк-хроника / Н.Н. Смирнов; под ред. С.И. Рябова, Ю.Ф. Болдырева — Волгоград: Волгогр. ком. по печати, 1994. — 608 с.

<sup>114</sup> Власов А.А. Очерки истории хирургии в Сибири / А.А. Власов — Москва. — Наука. — 1999. — С. 10.

основная причина обращения жителей Сибири к методам народной хирургии, подчеркивается, что она играла важную роль в восстановлении и поддержании жизнедеятельности сибиряков, особенно у коренных народов. Эффективность и доступность методов «народной хирургии», а также достаточно высокий уровень лечения в рамках того времени, определили характер медицинской помощи населению Забайкалья.

В 2-х томнике «Земское самоуправление в России, 1864-1918 гг.» (2005), в главе, написанной Л.А. Жуковой<sup>115</sup>, освещается вопрос развития земской медицины. Из-за постоянного дефицита врачей, среднего и младшего медицинского персонала (фельдшера, повивальные бабки, оспопрививатели) и сравнительно высокой для крестьян платы за лечение сельское население не было обеспечено доступной квалифицированной медицинской помощью и поэтому пользовалось в основном услугами знахарей и костоправов.

В монографии Е.Б. Злодеевой<sup>116</sup> «Роль врачебного сообщества в становлении системы государственного здравоохранения в России в конце XIX - начале XX вв. (на примере Пироговских съездов врачей)» (2006), отмечено, что во второй половине XIX века, в области охраны здоровья населения Россия значительно отставала от европейских стран, чему способствовали неудовлетворительный уровень организации медицинской помощи, крайне неблагоприятные бытовые условия жизни сельского населения, а также отсутствие элементарных санитарно-гигиенических знаний в народе.

По данным Р.И. Цуприк в 1854 году из-за дефицита врачей в Нерчинской городской больнице работают только 3 лекарских ученика<sup>117</sup>. Интересные сведения об открытии первой больницы для бедных в 1903 году в

<sup>115</sup> Земское самоуправление в России, 1864-1918: в 2 кн. / редкол.: Н.Г. Королева (отв. ред.), А.П. Корелин, Л.Ф. Писарькова — Москва, Наука, 2005-(СПб.: ГУП Тип. Наука). — С. 399-410.

<sup>116</sup> Злодеева Е.Б. Роль врачебного сообщества в становлении системы государственного здравоохранения в России в конце XIX - начале XX вв. (на примере Пироговских съездов врачей) / Е.Б. Злодеева, под ред. А.Г. Саркисяна — М.: Вертея, 2006. — С. 26-35.

<sup>117</sup> Цуприк Р.И. 170 лет со дня открытия в Нерчинске первой больницы (1827 г.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1997 г. — Чита, 1997. — С. 53-66.

дореволюционном городе Сретенске Забайкальской области находим в работе Л.А. Белоносовой<sup>118</sup> «90 лет Сретенской районной больницы (1903г.)» (1993).

В период всеобщего подъема патриотизма и частной благотворительности в России, представители Забайкалья не остаются в стороне. В январе 1901 года по инициативе сретенского купца 2-й гильдии Н.С. Павлова зажиточная часть населения организовала Общество пособия бедным. Кроме материальной помощи, средства Общества тратились на оплату лечения и содержания неимущих больных в иногородних больницах. Поэтому решено было открыть собственную больницу на 60 коек и площади это позволяли сделать. Но, из-за больших финансовых затрат на медикаменты, медицинский персонал и отсутствие какой-либо помощи от государства, открыли 10 коек. При этом больница оставалась чрезвычайно востребованной и была постоянно переполнена.

История создания Читинской общины сестер милосердия Российского Общества Красного Креста наиболее полно отражена в работах А.П. Фадеевой<sup>119</sup> (1992), Р.И. Цуприк<sup>120</sup> (1993), Д.В. Скажутина<sup>121</sup> (2017). В 1901 году разрешение на устройство Общины было получено, выделены необходимые средства. В первые годы из-за ограниченности финансовых средств Община сестер милосердия могла принять для обучения не больше 5 женщин, решивших избрать эту нелегкую профессию.

Данные по истории образования и организации деятельности Российского Общества Красного Креста на территории Забайкалья, подготовке медицинского

---

<sup>118</sup> Белоносова Л.А. 90 лет Сретенской районной больницы (1903г.) / Л.А. Белоносова // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. — Чита, 1993. — С. 114-118.

<sup>119</sup> Фадеева А.П. 125 лет со дня организации РОКК / А.П. Фадеев // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1992 г. — Чита, 1992. — С. 27-31.

<sup>120</sup> Цуприк Р.И. 100 лет со дня организации Забайкальского общества врачей / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. — Чита, 1993. — С. 6-14.

<sup>121</sup> Скажутин Д.В. Май-150 лет Российскому Обществу Красного Креста (1867 г.) / Д.В. Скажутин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2017. — С. 102-111.

персонала в Чите, Верхнеудинске, в период русско-японской войны, представлены в монографии Е.В. Оксенюк<sup>122</sup> «Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914)» (2015).

Глубокое изучение исторического опыта возникновения и развития тибетской медицины на территории Забайкалья, представлено в монографии Л.В. Аюшеевой<sup>123</sup> «Тибетская медицина в России» (2007). Отмечена, несомненно, положительная роль более доступной и близкой по вероисповеданию тибетской медицины в поддержании необходимого минимума медицинской помощи коренному населению Забайкалья в дореволюционный период. Это в какой-то мере компенсировало недостаточную организацию системы медицинской помощи на тот отрезок времени. Более полное дополнение значения тибетской медицины для зарождения системы здравоохранения Забайкалья в задачи нашего исследования не входило.

Представляет интерес монография Т.А. Асеевой<sup>124</sup> «Тибетская медицина у бурят» (2008), где дается характеристика методов лечения детей и приемов родовспоможения у бурят еще до появления на территории Забайкалья тибетской медицины. Бурятские костоправы (барячи) помогали роженицам. Только костоправ мог оказать помощь при неправильном прилежании плода, тогда как ламы и шаманы из опасения «оскверниться» даже не подошли бы к женщине. Тибетская медицина заимствовала многое из методов лечения и приготовления лекарств из бурятской народной медицины. Коренные жители Забайкалья эмпирически отличали заразные болезни от незаразных. Только полное незнание причин отдельных заболеваний, характеризовалось ими различными мифологическими, религиозными представлениями.

В статье А.Б. Раднаева «История развития здравоохранения Еравнинского района Бурятии» (2001), где отмечено, что Министерством внутренних дел

---

<sup>122</sup> Оксенюк Е.В. Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914) / Е.В. Оксенюк — М.: Изд-во ПСТГУ, 2015. — 136 с.

<sup>123</sup> Аюшеева Л.В. Тибетская медицина в России / Л.В. Аюшеева — Улан-Удэ: Ринпоче-багша, 2007. — 163 с.

<sup>124</sup> Тибетская медицина у бурят / Т.А. Асеева, Д.Б. Дашиев, А.Д. Дашиев, С.М. Николаев и др. — Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. — 324 с.



России в 1909 году была организована экспедиция по изучению медицинского обслуживания коренного населения. Результаты были доложены канцелярии Иркутского генерал-губернатора, и в них констатируется: «полное отсутствие медицинской помощи в местностях, населенных бурятами, последствием чего является значительное число смертности»<sup>125</sup>. Книга Л. Линховойна «Заметки о дореволюционном быте агинских бурят» (1972) свидетельствует, что «настоящим бедствием в Восточном Забайкалье были детские болезни, которые уносили массу жизней»<sup>126</sup>. Это подтверждает тезис о снижении доли детского населения у бурят.

Среди работ по истории здравоохранения Сибири необходимо отметить совместную монографию Н.П. Федотова, Г.И. Мендриной<sup>127</sup> «Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири» (1975), в которой даны сведения о народной медицине, развитии различных видов медицинской помощи для коренного и «пришлого» населения Сибири. В представленном источнике имеются сведения о состоянии медицинской помощи различным слоям населения на территории Восточной Сибири (Забайкалье).

Многолетний и основательный труд по изучению истории здравоохранения Забайкалья представлен в работе Р.И. Цуприк<sup>128</sup> «Литературное, историческое и медицинское краеведение» (2014). Изложены сведения по дореволюционной организации медицинской помощи в Забайкалье и дальнейшему формированию системы советского здравоохранения. Широко представлены неизвестные ранее биографии медицинских работников, трудившихся в Забайкалье. Обширное комплексное исследование ограничивается в основном одним регионом – Забайкальским краем.

<sup>125</sup> Раднаев А.Б. История развития здравоохранения Еравнинского района / А.Б. Раднаев, В.А. Тарнуев, Б.Л. Дугаров // Избранные вопросы истории медицины Бурятии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 130-летию первого доктора-буряты Базар-Садо Ямпилова. — Сб.ст. — Улан-Удэ, 2001. — С. 19-20.

<sup>126</sup> Линховойн Л. Заметки о дореволюционном быте агинских бурят / Л. Линховойн — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1972. — С. 79.

<sup>127</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендринина — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — 280 с.

<sup>128</sup> Цуприк Р.И. «Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — 456 с — Избранные труды исследователей Забайкалья.

Огромный материал по истории здравоохранения Забайкалья, о первых медицинских учреждениях, жизни и деятельности медицинских работников представлен в изданиях Читинской областной (краевой) научной медицинской библиотеки «Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области (Забайкальского края)<sup>129</sup> за 1991, 1993, 2001, 2002, 2004, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 гг. Но, представленные обширные труды касаются в основном медицинских событий Восточного Забайкалья (ныне Забайкальский край).

В книге В.Р. Бояновой<sup>130</sup> «Краткий очерк развития здравоохранения Бурятии» (1993), упомянуты первые организаторы здравоохранения, работавшие в селах и городах Республики Бурятия.

Первым исследователем истории медицины и здравоохранения Западного Забайкалья является врач Д.Б. Батоев. В 1973 году им защищена кандидатская диссертация «История и современное состояние родовспоможения Бурятской АССР»<sup>131</sup>, где проведен анализ родильной, акушерской помощи, дана оценка прогрессивного развития данной специальности в республике в советский период.

Книга «Сподвижники здравоохранения»<sup>132</sup> вышла в 1982 году, где впервые представлены биографии первых врачей из бурятского коренного населения, получивших медицинское образование в дореволюционный период. Также представлены материалы, характеризующие уровень медицинской помощи в дореволюционный период Бурятии (Западное Забайкалье).

Процесс организации системы медицинской помощи населению Республики Бурятия отражен в коллективном труде Д.Б. Батоева, С.Д. Батоева, Т.Д.

---

<sup>129</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области (Забайкальского края) 1993, 2001, 2002, 2004, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 гг.

<sup>130</sup> Боянова В.Р. Краткий очерк развития здравоохранения Бурятии / В.Р. Боянова — Улан-Удэ, БКИ, 1993. — С. 34-60.

<sup>131</sup> Батоев Д.Б. История и современное состояние родовспоможения Бурятской АССР: автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. — Томск, 1973. — 23 с.

<sup>132</sup> Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения / Д.Б. Батоев — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. — 128 с.

Дугаржаповой<sup>133</sup> «История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – 1960-е гг.)» (2004). Впервые представлен ряд архивных материалов и документов по многим событиям охраны здоровья в республике.

В монографии Д.Б. Батоева, Н.П. Демковой, С.Д. Батоева<sup>134</sup> «Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии» (2009), на основании архивных источников проанализирована общественная и медицинская деятельность первого наркома здравоохранения Бурят-Монгольской АССР. Представлено начало организации советской модели здравоохранения и успешное завершение ее формирования в Бурятии к 40-м годам XX столетия.

В последующей монографии Д.Б. Батоева и С.Д. Батоева<sup>135</sup> «Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.)» (2014), изучена биография одного из первых врачей дореволюционного периода Восточного Забайкалья Лысок Жаповича Жабэ, отражена его деятельность в бурятском лазарете №245 в Санкт-Петербурге. Также представлены некоторые сведения о дореволюционном здравоохранении Забайкалья, организации медицинской помощи в советский период, открытии в 1921 году первой сельской больницы в Агинской степи для коренного населения Восточного Забайкалья.

В монографии С.Ч. Мантуровой<sup>136</sup> «Государственное призрение и благотворительность в социальной и культурной жизни Забайкалья во второй половине XIX-начале XX вв.» (2005), освещен крупный материал по организации медицинской помощи, государственному призрению детей, открытию родовспомогательных учреждений в Забайкалье, в частности в городе Чите.

---

<sup>133</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — 212 с.

<sup>134</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — 342 с.

<sup>135</sup> Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. — 238 с.

<sup>136</sup> Мантурова С.Ч. Государственное призрение и благотворительность в социальной и культурной жизни Забайкалья во второй половине XIX-начале XX вв. / С.Ч. Мантурова; М-во образования и науки Рос. Федерации, Вост-Сиб. гос. технол. ун-т. — Улан-Удэ: Респ. тип., 2005. — С. 78-173.

Также широкий интерес представляет пятый том в серии «Малая энциклопедия Забайкалья»<sup>137</sup> (2011), где изложены материалы по формированию системы здравоохранения в Забайкалье, как в дореволюционный период, советский период так и на современном этапе.

Для соответствующей объективной интерпретации проблемы зарождения и становления отечественной медицины в Забайкалье, с целью выявления неразрывности всех государственных мероприятий, происходивших в стране по формированию системы медицинской помощи населению в разных формах изучены следующие монографии: М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова<sup>138</sup> «Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв.» (2012), М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева и др. под редакцией акад. РАМН Р.У. Хабриева<sup>139</sup> «История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.)» (2014)., И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова<sup>140</sup> «Медицина городских общественных самоуправлений в России» (2017).

С точки зрения новой опубликованной мемуарной литературы большой интерес представляет монография Белявского А.К. «Записки военного врача»<sup>141</sup> (2016). По данным непосредственного участника событий конца XIX-начала XX вв., исполнявшего обязанности военного врача в Забайкалье, мы можем судить об уровне и характере медицинской помощи военному и гражданскому сословию в тот период. Автор книги не обошел вниманием культурно-бытовую среду

<sup>137</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — 628 с.

<sup>138</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова — М.: ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — 152 с.

<sup>139</sup> Поддубный М.В. «История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.)» / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014 — 244 с.

<sup>140</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — 176 с.

<sup>141</sup> Белявский А.К. Записки военного врача / А.К. Белявский — Чита. Экспресс-издательство, 2016. — 212 с.

различных слоев населения, что существенным образом влияло на возможности и сроки успешного распространения научной медицины в условиях Забайкалья.

В работе В.А. Шаламова «Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.)»<sup>142</sup> (2017), дается характеристика здравоохранения в указанный период. В сложнейших условиях гражданской войны и развала государственных структур, в Забайкальской области удалось в целом сохранить лечебную базу и медицинский персонал хоть и с некоторыми потерями. Несмотря на дефицит медикаментов, было налажено производство сывороток и вакцин. А это было актуально в условиях напряженной эпидемиологической ситуации того периода. В советское время медицинские структуры стали необходимой основой для формирования новой системы охраны здоровья. Отмечается преимущество в организации более доступной и качественной медицины в Забайкалье именно в советский период.

По данным В.Ю. Башкуева<sup>143</sup> «Геомедицина и политика здравоохранения в Байкальском регионе: история и современность» (2016), до образования Бурят-Монгольской АССР (1923г.) медицинское обслуживание бурятского населения осуществлялось в основном эмчи-ламами, практиковавшими тибетскую медицину и шаманами, врачевавшими по методам народно-бытовой монгольской медицины. Только при советской власти начинает формироваться доступная медицина для коренного населения.

При изложении исследуемой темы был рассмотрен ряд интересных диссертационных исследований, касающихся различных разделов истории медицины Забайкалья, и, по мнению диссертанта, помогающих понять характер зарождения системы здравоохранения в регионе.

---

<sup>142</sup> Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) / В.А. Шаламов // Вестник Томского государственного университета. — 2017. — № 414. — С. 156–166.

<sup>143</sup> Геомедицина и политика здравоохранения в Байкальском регионе: история и современность / В.Ю. Башкуев, Е.Ю. Башкуева, Б.З. Нанзатов, М.М. Содномпилова, У.В. Башкуева / отв. ред. В.Ю. Башкуев — Иркутск: Отгиск, 2016. — 306 с.

В 2002 г. защищена кандидатская диссертация Д.Б. Батоева<sup>144</sup> «История организации и развития здравоохранения, формирования его кадров в Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.)», в которой широко освещена история становления здравоохранения на территории Бурятии (Западное Забайкалье), обозначены первые русские врачи, фельдшера. Но в исследовании не ставилась задача осветить историю здравоохранения на всей территории Забайкалья, как единого региона от дореволюционного периода до создания советской модели.

Рассмотрена интересная кандидатская диссертация Е.Л. Пономаревой<sup>145</sup> «Ситуационный анализ истории Восточной Сибири генерал-губернаторами в 50-х годах начале 80-х гг. XIX века. (По материалам отчетов генерал-губернаторов)» (2009), где выяснено, что каждый отчет генерал-губернатора начинался с раздела по демографическим процессам в крае и их влиянии на освоение территории и развитие региона. Генерал-губернаторы отмечали низкий естественный прирост населения, сохраняющийся кадровый дефицит врачей и средних медицинских работников, их низкое жалованье, общую неграмотность населения в вопросах гигиены, порождавшую эпидемии и высокую смертность. Руководителями Восточной Сибири констатировалось, что слабое развитие медицинской части мешает освоению территории, социально-экономическому развитию сибирского общества в целом.

В кандидатской диссертации, В.В. Доржиевой<sup>146</sup> «Изменение положения эвенкийских женщин в обществе. Середина XIX – 90 гг. XX века. (На материалах Бурятии)» (1998), показано, что по переписи 1917 года женщины эвенкийки были поголовно безграмотны. До 20-х годов XX века систематическая медицинская помощь тунгусскому населению не оказывалась. Роженицы практически никогда

---

<sup>144</sup> Батоев Д.Б. «История организации и развития здравоохранения, формирования его кадров в Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.): дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 2002. — 212 с.

<sup>145</sup> Пономарева Е.Л. Ситуационный анализ истории Восточной Сибири генерал-губернаторами в 50-х годах начале 80-х гг. XIX века. (По материалам отчетов генерал-губернаторов): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.09. — Улан-Удэ, 2009. — 25 с.

<sup>146</sup> Доржиева В.В. Изменение положения эвенкийских женщин в обществе. Середина XIX – 90 гг. XX века. (На материалах Бурятии): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 1998. — 23 с.

не обращались за медицинской помощью. Причина этому низкий социальный статус женщины и отсутствие понимания важности научного акушерства. Все изменится в лучшую сторону при советском здравоохранении.

В кандидатской диссертации Л.Ю. Дондовой<sup>147</sup> «Положение женщины в бурятском обществе (вторая половина XIX– начало XX века)» (2002), отмечено, что в дореволюционный период у бурят наблюдалась высокая детская и материнская смертность. Поэтому женщина, сумевшая родить, сохранить жизнь себе и своим детям, воспитать их, представляла собой объект особого почтения и уважения. Тяжелые условия и существовавший традиционный быт рано подрывали здоровье женщины, но вместе с тем, значительный вклад бурятки в благосостояние семьи обеспечивал ей большую свободу во многих ее действиях.

В кандидатской диссертации Н.Д. Нагайцевой<sup>148</sup> «Благотворительность в Забайкалье в XIX веке: исторический аспект» (2002), освещена роль благотворительных обществ. Самым влиятельным было Ведомство учреждений Императрицы Марии, которое вело активную деятельность в Забайкалье. С появлением первых детских учреждений купцы Забайкалья, наряду с представителями власти, стали занимать достойное место в составе попечительств приютов и активно участвовать в нравственном воспитании подрастающего поколения.

В исследовании А.В. Бошкетуева<sup>149</sup> «Особенности повышения рождаемости в Бурятии в 1920-1930 гг.» (2002), отмечено, что рост рождаемости в 20-х годах проявился за счет городов, так как слаборазвитая промышленность республики не могла обеспечить женщин рабочими местами, поэтому их занятость была небольшой. Исключительно негативное влияние на уровень рождаемости бурятского населения оказала насильственная коллективизация, что привело к резкому падению уровня жизни. В тот период бурятское население еще

---

<sup>147</sup> Дондова Л.Ю. Положение женщины в бурятском обществе (вторая половина XIX – начало XX века): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 2002. — 24 с.

<sup>148</sup> Нагайцева Н.Д. Благотворительность в Забайкалье в XIX веке: исторический аспект: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 2002. — 23 с.

<sup>149</sup> Бошкетуев А.В. Особенности повышения рождаемости в Бурятии в 1920-1930 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 2002. — 25 с.

продолжало вести кочевой и полукочевой образ жизни. Только к 1937 году удалось компенсировать потери, активно стали работать заводы и колхозы, выросло благосостояние населения, и рождаемость уже составила 46 ‰.

В докторской диссертации В.В. Номогоевой<sup>150</sup> «Исторический опыт социально-культурной модернизации национальных районов Восточной Сибири в 1920-1930-е гг. (На материалах Республики Бурятия)» (2011), на основе проведенного исследования доказано, что с установлением советской власти на территории Бурятии складывается новая государственная система здравоохранения в виде четко соподчиненной и подотчетной структуры. За 2 десятилетия в республике удалось создать эффективную систему охраны здоровья.

Значимый материал для нашего исследования составляет одна из глав докторской диссертации Н.В. Эйльбарт<sup>151</sup> «Научная деятельность интеллигенции в Забайкалье во второй половине XIX – начале XX вв.» (2006), которая посвящена изучению эндемической и эпидемической патологии Забайкалья, характеризуется деятельностью врачей Н.В. Кирилова, Ю.Д. Талько-Гринцевича, Е.В. Бек. Несмотря на чрезвычайную перегруженность ежедневной медицинской практикой, врачи находили время и внимание научным изысканиям для улучшения качества медицинских мероприятий.

Нами был рассмотрен ряд диссертационных исследований, выполненных с середины второй половины XX века по современный период, посвященных изучению становления систем здравоохранения в разных регионах Российской империи.

Рассмотрена работа М.П. Васильевой<sup>152</sup>. «Охрана здоровья детей в Рязанской области» (1975), где отмечено, что Рязанская губерния до октябрьской революции

---

<sup>150</sup> Номогоева В.В. Исторический опыт социально-культурной модернизации национальных районов Восточной Сибири в 1920-1930-е гг. (На материалах Республики Бурятия): автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 2011. — 46 с.

<sup>151</sup> Эйльбарт Н.В. Научная деятельность интеллигенции в Забайкалье во второй половине XIX – начале XX вв.: автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.10. — Москва, 2006. — 42 с.

<sup>152</sup> Васильева М.П. Охрана здоровья детей в Рязанской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. — Воронеж, 1975. — 17 с.



была самой отсталой в центральной части России. Младенческая смертность не падала ниже, чем 276 на 1000 родившихся. При этом земские врачи подчеркивали, что создавшееся положение обусловлено ужасающей бедностью населения, низкой общей и санитарной грамотностью, почти полным отсутствием охраны здоровья матери и ребенка. В Западном Забайкалье в 1923 году младенческая смертность составляла 350,0 на 1000 родившихся.

По данным В.Ю. Альбицкого в дореволюционном Дагестане смертность грудных детей составляла 350 на 1000 родившихся, в Киргизии 300, в Коми крае в отдельные годы доходила до 600-700. Начавшаяся в капиталистических странах в конце XIX начале XX столетий тенденция снижения смертности грудных детей России не коснулась. В 1913 году она составляла 268,6 на 1000<sup>153</sup>. Постепенное снижение детской смертности начинается с периода организации советской модели здравоохранения, но ее основы закладываются в дореволюционный период. Так как, Забайкальская область считалась самой отсталой окраиной на востоке страны, то и проблемы охраны здоровья населения и их решения становятся идентичными, но с учетом региональной специфики.

В исследовании С.Х. Душманова<sup>154</sup> «История здравоохранения Западного Казахстана» (1992), выявлено, что до присоединения Казахстана к России в XVIII веке на его огромной территории не было научной медицины. Лечебная помощь населению также оказывалась средствами и методами народной медицины. Акцент государственной медицинской помощи коренному населению делался также на оспопрививании и оказании экстренной медицинской помощи. Безусловно, отмечался дефицит врачей, фельдшеров, акушерок, повивальных бабок. Этап уездной медицины был организован раньше (период 1868-1898 гг.), но, значительно растянулся во времени, по сравнению с Забайкальской областью. С введением участковой медицины стало постепенно увеличиваться количество больниц, приемных покоев и медицинского персонала.

---

<sup>153</sup> Альбицкий В.Ю. Младенческая смертность в дореволюционной России / В.Ю. Альбицкий // Нижегородский медицинский журнал. — Нижний Новгород., 1994. — № 3. — С. 131-135.

<sup>154</sup> Душманов С.Х. История здравоохранения Западного Казахстана: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 07.00.10. — Москва, 1992. — 29 с.

Докторская диссертация В.П. Николаева<sup>155</sup> «История здравоохранения Якутии в XX веке» (2007), в разрезе исследуемой нами темы, свидетельствует о том, что при вхождении региона в состав Российского государства начинает складываться государственная система здравоохранения. Автор отмечает два этапа развития квалифицированной медицины на территории Якутии. В начале XIX на первом этапе формируются зачатки лечебной помощи, как составной части российского здравоохранения, но растягиваются по времени (1805-1863 гг.). Приказная медицина, возглавляемая Иркутским приказом общественного призрения в виду кадрового и материального дефицита, не носила организованный характер. Выявлено, что местное население не отказывается от научной медицины и финансово поддерживает открытие лечебниц и деятельность врачей. Вторым этапом представлен сельским здравоохранением с 1897 г. К 1909 году реализован переход на участковый принцип медицинского обеспечения сельского и коренного населения. Качественно новый этап охраны здоровья населения складывается в 20-х гг. XX века, после завершения гражданской войны и установления советской власти.

В работе Н.Н. Галкиной<sup>156</sup> «Становление и развитие здравоохранения в Вятской губернии в 60-90 годы XIX века» (1997), установлено, что в XVIII в. первыми медицинскими учреждениями были воткинский и ижевский горнозаводские госпитали. К 1813 г. больницы функционировали почти во всех уездных городах и подчинялись губернскому приказу общественного призрения. К концу XIX в. в Вятской губернии происходят позитивные изменения, связанные с организацией земской медицины. На считавшейся большой территории губернии (169 629 кв. км) проживало 3 611 000 человек. При такой плотности населения было создано 63 медицинских участка с больницами и медицинским персоналом (в Забайкальской области на площади 613 290 кв. км. проживало до 672 037 человек и функционировало 15 врачебных участков до 1913 года).

---

<sup>155</sup> Николаев В.П. История здравоохранения Якутии в XX веке: дис. ... д-ра. мед. наук: 07.00.10. — Москва, 2007. — 353 с.

<sup>156</sup> Галкина Н.Н. Становление и развитие здравоохранения в Вятской губернии в 60-90 годы XIX века: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Ижевск, 1997. — 24 с.

Отмечается, что только введение земской медицины обеспечило доступность медицинской помощи всем категориям граждан губернии.

В докторской диссертации Т.Ю. Шестовой<sup>157</sup> «Становление и развитие здравоохранения на Урале в XVIII- начале XX вв. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний)» (2004), выделяется оспопрививание как первая медико-профилактическая задача, направленная на защиту населения. Владельцы уральских горных заводов предпринимали серьезные меры для сохранения именно квалифицированной рабочей силы. Первые горнозаводские госпитали были созданы по образцу военных. При казенных заводах проводилась лечебная работа в отличие от частных. Гражданская медицина связана с организацией губернских приказов общественного призрения. Оренбургская губерния также, как и Забайкальская область являлась пограничной территорией с наличием коренного населения и полноценной земской медициной не обладала в отличие от Вятской и Пермской губерний.

В исследовании О.А. Гончаровой<sup>158</sup> «История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.» (2002), по дореволюционному здравоохранению делается два вывода: «во-первых, даже периодическая помощь касалась всех сфер охраны здоровья. Царское правительство и миссионеры обращали внимание на социальные и инфекционные заболевания, уделяли внимание профилактике и предотвращению некоторых болезней. Во-вторых, медицинская помощь, оказываемая населению, органично вписывалась в традиционную жизнь, не нарушая уклада и базовых убеждений народа»<sup>159</sup>.

При этом традиционный образ жизни с внесением определенных корректив способствовал устойчивости национального алтайского этноса. С 1797 года по 1897 год коренной этнос увеличился с 4,5-5,0 т. человек до 35,2 т., т.е. в 7 раз. Дореволюционная государственная политика была направлена на сохранение

<sup>157</sup> Шестова Т.Ю. Становление и развитие здравоохранения на Урале в XVIII - начале XX вв. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний): автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Курган, 2004. — 54 с.

<sup>158</sup> Гончарова О.А. История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Томск, 2002. — 324 с.

<sup>159</sup> Там же. — С. 87.

национальных меньшинств на их территории проживания. Государственное влияние на организацию системы медицинской помощи на национальных окраинах страны постепенно усиливалось и осмысливалось. Большая протяженность врачебных участков при существенном дефиците медицинских кадров и лечебниц сдерживали обеспечение доступности научной медицины. При дальнейшем сохранении российской империи можно было ожидать прогрессивное развитие системы здравоохранения.

В кандидатской диссертации Ф.А. Борлаковой<sup>160</sup> «Развитие здравоохранения в Карачае и Черкессии (1860-1941 гг.)» (2002), указано, что после присоединения территории к Российской империи во второй половине XIX века в горских селениях появляются первые лечебные учреждения. Именно с дореволюционным периодом связано начало прогрессивного социального развития горского народа. Начинает формироваться подготовка национальных медицинских кадров. Традиционное использование сильных сторон народной медицины народов Кавказа в этот период компенсирует слабость организации научной медицины. Вообще общий недостаток медицинских кадров и невозможность быстрого введения в строй лечебных учреждений на огромных территориях с низкой плотностью населения становятся главным препятствием на пути обеспечения доступной научной медицины.

В монографии Э.М. Рубаевой<sup>161</sup> «Становление и развитие системы здравоохранения на Северном Кавказе в XIX-начале XX века» (2016), приводятся сведения о первом съезде врачей Терской области в январе 1911 года, где сказано: «в шести округах с населением 605 944 человека имеется по официальным данным 5 врачей и столько же больничных коек»<sup>162</sup>.

---

<sup>160</sup> Борлакова Ф.А. Развитие здравоохранения в Карачае и Черкессии (1860-1941 гг.): дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Черкесск. — 172 с.

<sup>161</sup> Рубаева Э.М. Становление и развитие системы здравоохранения на Северном Кавказе в XIX-начале XX века (на материалах Терской области) / Э.М. Рубаева, Р.Е. Суанова: монография; Северо-Осетинский гос. ун-т: Владикавказ: Изд-во СОГУ, 2016. — 152 с.

<sup>162</sup> Там же. — С. 42.

В другой монографии «Становление и развитие здравоохранения Смоленской губернии (вторая половина XVIII в. – 1917 г.)», по данным Е.Л. Коноплевой<sup>163</sup> (2015), Смоленская губерния во многих отношениях типична для губерний центральной России и на ее примере можно воссоздать общую картину состояния медицины провинциальной России в дореволюционный период<sup>164</sup>. В 1810 году в Смоленске функционирует городская больница. В 1781 г. в Смоленске был сформирован Приказ общественного призрения. В 1797 г. создана губернская врачебная управа<sup>165</sup>.

По нашим данным в 1803 открывается первая городская больница в Верхнеудинске в далекой Восточной Сибири - Забайкалье. По данным М.В. Поддубного начало гражданской медицины Забайкалья связано с введением Иркутского приказа общественного призрения в 1784 г. А по данным М.М. Шмулевича Иркутская губернская врачебная управа начинает функционировать в 1797 г. Эти факты свидетельствуют о реальной заинтересованности в медицинском обеспечении Российским государством своих важных пограничных территорий, населенных в том числе и коренными народами.

При сравнении этапов формирования научной медицины в дореволюционный период в различных регионах страны, можно констатировать, что медицина в Забайкалье формировалась и складывалась в общем контексте организации системы здравоохранения в дореволюционной России, а позже в советской России, но с некоторыми национальными и региональными отличиями.

Диссертантом проведено комплексное обобщение имевшегося и впервые открытого материала на основе нового системного подхода к анализу организации здравоохранения на пограничной территории страны с учетом эволюции государственной политики по рациональному освоению Забайкалья.

### **Общая характеристика источников**

---

<sup>163</sup> Коноплева Е.А. Становление и развитие здравоохранения Смоленской губернии (вторая половина XVIII в. – 1917 г.) / Е.Л. Коноплева, И.В. Отвагин, В.М. Остапенко — Смоленск: «Смоленская город. типография», 2015. — 204 с.

<sup>164</sup> Там же. — С. 6.

<sup>165</sup> Там же. — С. 10.

Отдельную группу источников составили документы нормативно-правового характера и информативно-аналитические материалы.

**1) Источники нормативно-правового характера.** Законодательные акты, регламентирующие деятельность лечебных заведений XIX-начала XX века, содержатся в сборнике Н.Г. Фрейберга<sup>166</sup> «Врачебно-санитарное законодательство в России» (1913), 3-е издание которого охватывает период до 1913 года. Законы и указы, по административно-территориальному делению Сибири, организации медицинской помощи на территории Иркутской губернии и Забайкальской области содержатся в Полном собрании законов Российской империи в трех собраниях<sup>167</sup>.

В сборнике «Положения, циркуляры и инструкции»<sup>168</sup> (1921) Народного комиссариата здравоохранения РСФСР имеются документы, свидетельствующие о том, что организация системы здравоохранения в центре и на местах передается в ведение Наркомздрава и его местных органов. В сборнике «Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа»<sup>169</sup> (1958), представлен перечень указов и законодательных актов, направленных на улучшение охраны здоровья населения. Анализ источников этой группы позволяет исследовать, как и в каком направлении менялась государственная политика в области здравоохранения.

**2) Источники информативно-аналитические:** весомыми фактографическими источниками для данной работы стали исследования Д.Н. Жбанкова «Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России» (1915), где представлена

---

<sup>166</sup> Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России узаконения и распоряжения правительства по гражданской медицинской, санитарной и фармацевтической частям, опубликованным по 1 января 1913 года. — СПб., Издательство Практическая медицина (В.С. Эттингер) Ф.В. Эттингер, 1913. — С. 65,81.

<sup>167</sup> Полное собрание законов Российской империи. Первое, второе, третье собрание. — СПб.

<sup>168</sup> Положения, циркуляры и инструкции Народного Комиссариата Здравоохранения. — РСФСР, 1921. — С. 210-211.

<sup>169</sup> Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. — Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. — 337 с. Составители Калью П.И., Морозов Н.Н.

полная характеристика лечебных учреждений в городах Чита, Верхнеудинск в дореволюционный период.

Полноценным источником представляются материалы, опубликованные в сборнике по работе 2-го съезда медицинских работников Забайкальской области (1917). Дается подробная характеристика и оценка состояния сельской медицины Забайкалья. Намечены конкретные меры по организации земской медицины на примере Европейской России. Все шесть изданных номеров журнала Забайкальского общества врачей «Медицинский журнал» (1922-23 гг.), свидетельствуют о серьезной научно-исследовательской, организационной работе забайкальских врачей.

Сборник М.Л. Айзина «Лечебно-санитарное состояние Сибири за 1923 год» (1924), где систематизировано состояние и уровень лечебной помощи в Забайкалье в 20-е годы XX века.

### **Архивные источники**

В основу диссертации легли документы, введенные нами в научный оборот и полученные из:

1) **Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ):** фондов – 30; описей – 42; дел – 172: Ф. 11. – Верхнеудинская городская управа и городничий; Ф. 101. – Лазарет Верхнеудинского местного комитета Российского общества Красного креста, г. Верхнеудинск, Забайкальской области. 1904-1907 гг.; Ф. 10. – Верхнеудинская городская управа 1874-1875 гг.; Ф. 261. – Троицкосавская городская управа г. Троицкосавск, Троицкосавского округа Забайкальской области (1851-1920 гг.). Ф. 128. – Верхнеудинская городская ратуша; Ф. Р-665. – Министерство здравоохранения Бурят-Монгольской АССР, Бурятской АССР, Республики Бурятия; Ф. 338. – Верхнеудинская приходская гражданская больница 1842-1880 гг.; Ф. 337. – Верхнеудинское окружное полицейское управление 1866-1918 гг.; Ф. 319. – Верхнеудинский окружной комитет общественного здравия; Ф. Р-1778. – Фонд Танских; Ф. Р-248. – Совет Министров Бурят-Монгольской АССР, Бурятской АССР; Ф. Р-196. – Госкомитет по статистике Республики

Бурятия; Ф. Р–475. – Президиум Верховного Совета БМАССР, Бурятской АССР; Ф. Р–469. – Фонд здравоохранения исполнительного комитета Прибайкальской губернии; Ф. Р–92. – Верхнеудинская городская больница; Ф. Р–353. – Верхнеудинский местный военно-хирургический лазарет; Ф. Р–277. – Прибайкальское областное управление ДВР; Ф. 55, 2, 710, 80, 1139, 129, 131, 84; Ф. Р–32, 1250, 353, 89,200, 710, 278.

2) **Государственный архив Забайкальского края (ГАЗК):** фондов – 7, описей – 9; дел – 44: Ф. 111. – Инспектор медицинской части Забайкальской области военного губернатора, г. Чита 1852-1872 гг.; Ф. 1. – Забайкальское областное правление Иркутского генерал-губернатора г. Чита; Ф. Р–200 – Отдел здравоохранения Забайкальского областного Управления (1920-1924 гг.); Ф. Р–1144 – Министерство здравоохранения ДВР г. Чита (1920-1922 гг.); Ф. Р–181 – Главное Управление здравоохранения МВД ДВР (1921-1923 гг.); Ф. Р–76 – Забайкальский областной комитет общественного здоровья 1853-1871 гг.

3) **Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ):** фондов – 2, описей – 2, дел – 2: Ф. Р–8009. Ф.713 – Бадмаев Петр Александрович, врач, пропагандист методов тибетской медицины в России.

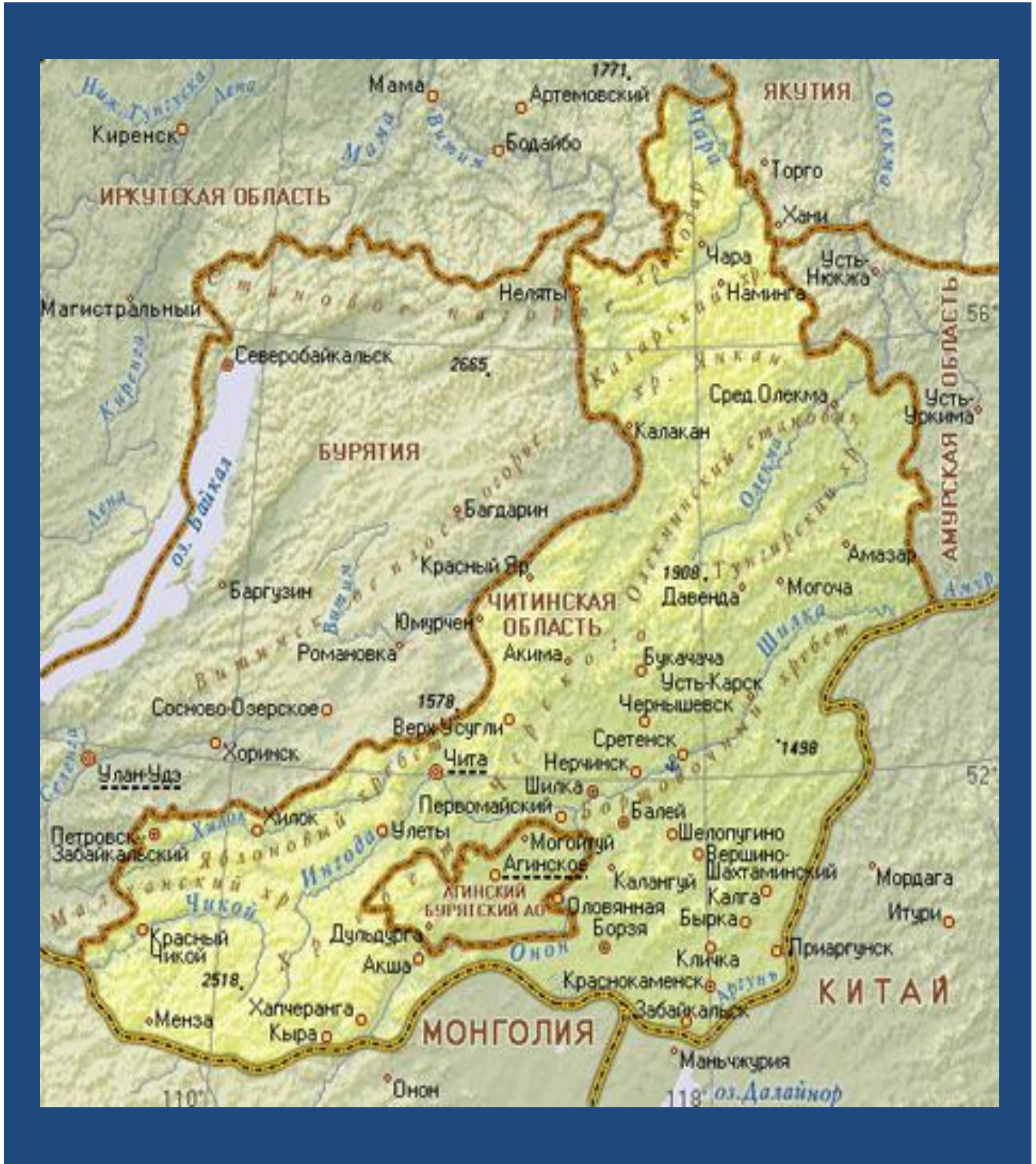
4) **Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА):** фондов – 3, описей – 4, дел – 7: Ф. 879 – Медицинский департамент Военного министерства 1812-1867 гг.; Ф. 14803, 316. Всего изучены документы 4 федеральных и региональных архивов, 42 фондов, 57 описей, 225 дел.

Таким образом, использованные в настоящем исследовании группы опубликованных и впервые, введенных в научный оборот источников, представляются достаточной базой для комплексного освещения целостной истории зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье от дореволюционного периода до начала создания советской модели в конце первой четверти XX века.



## ГЛАВА 2. ЗАРОЖДЕНИЕ ОСНОВ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАБАЙКАЛЬЕ В XVIII – НАЧАЛЕ XIX ВВ.

### 2.1. Общая характеристика Забайкалья.



К Забайкалью относят территории восточнее озера Байкал, вплоть до современной Амурской области. Нерчинский трактат 1689 года зафиксировал закрепление Забайкалья

под властью России. И хотя была оставлена крепость Албазин и часть территории, уже освоенной русскими людьми, начался процесс мирных отношений и торговли между Россией и Китаем<sup>170</sup>. Вопрос южной границы решился Буринским пограничным трактатом 20 августа 1727 г., и окончательно закрепился Кяхтинским договором в июне 1728 г. Вместо монгольских князей России противостоит теперь Китай, и решение спорных вопросов переносится в сферу дипломатических отношений<sup>171</sup>.

Нерчинск (ныне районный центр Забайкальского края), являлся первой столицей Восточного Забайкалья, основан в 1658 году<sup>172</sup>, а в 1689 году после заключения мирного договора с Китаем превратился в крупный торговый и культурный центр Российской империи. Необходимо отметить, что по времени возведения в разряд города Нерчинск старше Читы на 162 года, Сретенска на 180 лет<sup>173</sup>. Расстояние от Нерчинска до Читы 265 км, до Москвы 6447 км, от Читы до Верхнеудинска (Улан-Удэ) 670 км, до Иркутска 1112 км.

На территории Забайкалья в 1655-1658 гг. формируется Нерчинское воеводство, которое становится третьим после Енисейского и Якутского и на четверть века раньше Иркутского. Но, с 1705 г. торговые пути по настоянию русских купцов пошли не через Нерчинск, а через Селенгинск<sup>174</sup> (основан в 1665г., ныне Республика Бурятия<sup>175</sup>) в Монголию и затем в Китай и ведущими торговыми центрами стали Селенгинск и Иркутск, а позднее, спустя 20 лет, Кяхта<sup>176</sup>.

<sup>170</sup> Болонев Ф.Ф. Амурская эпопея в XVII и XIX веках. Переселение старообрядцев (семейских) на восток России (XVIII - начало XX века) / Ф.Ф. Болонев: Моногр. / Ин-т археологии и этнографии СО РАН. — Новосибирск, 2013. — С. 219.

<sup>171</sup> История Бурятии. Т. II. XVII- начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 52-53.

<sup>172</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь). — С. 47.

<sup>173</sup> От острога до города. 325 лет присвоения Нерчинску статуса города. Под редакцией В.Л. Ташлыковой, В.В. Поповой. — Улан-Удэ, 2014. — 12 с.

<sup>174</sup> История Бурятии. Т. II. XVII- начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 88.

<sup>175</sup> Демин Э.В. Селенгинская дорога – первый караван (Первые плавания по Селенге и Хилку и предистория Кяхтинского торгового пути) / Э.В. Демин — Улан-Удэ: ООО «Полигран», 2013. — С. 40.

<sup>176</sup> Гурулев С.А. Первожители Забайкалья / С.А. Гурулев — Иркутск, 2014. — С. 7.

В конце XVII века в Забайкалье было построено около 20 острогов, которые выполняли самые разнообразные функции: военно-оборонительные, административные, тюремные<sup>177</sup>. Важными административными и торговыми центрами Западного Забайкалья являлись Удинский (Верхнеудинский) и Селенгинский остроги<sup>178</sup>, а Восточного Забайкалья - Нерчинский.

Административное группирование Забайкалья состоялось в первой четверти XVIII века со времени деления Сибири на провинции<sup>179</sup>. Западное Забайкалье тесно географически, исторически и этнически сочленено с Восточным Забайкальем<sup>180</sup>.

В начале XVIII века всего русского населения в Забайкалье было примерно от 8400 до 10 600 человек<sup>181</sup>. При такой численности населения, огромная территория не могла быть быстро освоена в экономическом плане. Поэтому территория Забайкалья первоначально имела только торгово-фискальное значение. Так как регион являлся пограничным, то для обеспечения защиты внешних границ, в 1734 году в Забайкалье находились войска, состоявшие из Якутского полка (Тобольский гарнизонный полк Указом от 6 ноября 1727 года переименован в Якутский<sup>182</sup>), находившегося в Нерчинске и Селенгинске в количестве 639 человек. А также нерегулярные войска из дворян и детей боярских и служащих в количестве 882 человек и ясачных подданных – 4803 человека<sup>183</sup>. В

<sup>177</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 37-38.

<sup>178</sup> Батуева И.Б. Административное устройство забайкальских бурят в дореволюционное время / И.Б. Батуева // Вестник Бурятского государственного университета, 2012. — № SB. — С. 18.

<sup>179</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь) — С. 140.

<sup>180</sup> Гурулев С.А. Первожители Забайкалья / С.А. Гурулев — Иркутск, 2014. — С. 5.

<sup>181</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь). — С. 141.

<sup>182</sup> Демин Э.В. Крепость Петропавловская в устье Чикоя. Забытое представительское, таможенное, торгово-караванное и военное предместье древнего Селенгинска / Э.В. Демин — Улан-Удэ: ООО «Полигран», 2017. — С. 43.

<sup>183</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь). — С. 177.

1761 году был дополнительно сформирован казачий полк пятисотенного состава из местных тунгусов для пограничной службы<sup>184</sup>.

В начале XVIII столетия актуальная задача заселения Забайкалья представляла собой большую проблему и первоначально решалась исключительно за счет беглых людей, а также ссыльными<sup>185</sup>. В результате правительственных мероприятий и продолжавшегося стихийного движения населения численность жителей Забайкалья постепенно увеличивалась. К 1761 году насчитывалось пашенных крестьян и податного сословия – 9370 человек, горнозаводских крестьян – 6529, солдат и их семейств – 3343, привилегированного сословия – 300 человек, коренного населения – 12 000. Итого: 31 542 человека. При этом учет коренного населения велся приблизительно, из расчета 1% естественного прироста<sup>186</sup>. Важнейшую роль в российском империостроительстве должны были сыграть не столько военные и чиновники, сколько мирные крестьяне-переселенцы<sup>187</sup>.

Золото в России еще не было открыто, а серебро добывалось в незначительном количестве, и казна вынуждена была покупать драгоценные металлы из Китая<sup>188</sup>. Поэтому, экономически перспективным для страны становилось развитие горнорудного дела в Забайкалье, так как в начале XVIII века в регионе было добыто первое серебро и золото. «Выплавка серебра к первой половине XVIII века развилась настолько, что получила веское значение в смысле поставщика металла в стране для чеканки монет»<sup>189</sup>.

Для более эффективного управления горнодобывающей деятельностью был организован Нерчинский Горный округ, который в XVIII веке становится третьим

---

<sup>184</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь). — С. 223.

<sup>185</sup> Там же. — С. 194.

<sup>186</sup> Там же. — С. 221.

<sup>187</sup> Ремнев А.В. Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века. Сибирская заимка: история Сибири в научных публикациях. — 2013. — 18 апр. — электрон. журн. — режим доступа: <http://zaimka.ru/remnev-colony>.

<sup>188</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь). — С. 232.

<sup>189</sup> Там же. — С. 234.

после Урала и Алтая центром горного и металлургического производства страны<sup>190</sup>.



Соответственно, первоначальной основой государственной медицины в Забайкалье становится горнозаводская медицина. Зарождение промышленности имело экономическое значение, но, это были небольшие производственные структуры, так, как земли в крае принадлежали казне и Кабинету<sup>191</sup>, которые не были серьезно заинтересованы вносить большие капиталовложения в развитие широкомасштабного производства.

Таким образом, военно-административные, фискальные, ресурсно-сырьевые цели до конца XIX века превалировали в сибирском управлении и во многом определяли основное социально-экономическое направление развития региона.

<sup>190</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 46-54.

<sup>191</sup> История Бурятии. Т. II. XVII- начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 73-76.

Дореволюционному правительству едва хватало средств на присоединение, удержание и управление новыми землями и народами на востоке империи<sup>192</sup>. Создание лечебной базы и обеспечение медицинскими кадрами требовало изменения социальной политики правительства и дополнительных значительных финансовых ресурсов. Таким образом, «отдаленность от центра страны, климатогеографические, демографические условия слишком ярко отразились на социально-экономическом развитии края и тормозили его быстрое процветание»<sup>193</sup>.

В XVIII веке в занятиях бурятского населения по-прежнему преобладало кочевое скотоводство. Но, в связи с начавшимся процессом активного освоения Забайкалья русскими людьми постепенно изменяются социальные черты: ограничиваются сроки и интервалы перекочевок, появляются первые элементы земледелия, возводятся деревянные дома<sup>194</sup>. В условиях слабой организации научной медицины для коренного и «пришлого» населения народная медицина, как ветвь традиционной национальной культуры, долгое время оставалась вполне доступным и эффективным средством против различных недугов.

Исследователь Забайкалья Г.М. Осокин в XIX веке отмечал: «Недостаточность в крае докторов и отдаленность послужили громадному развитию здесь знахарства»<sup>195</sup>. А вот так в 1895 году характеризует уровень медицинской помощи в Забайкалье член Восточносибирского Отдела Императорского Русского Географического Общества А.А. Ионин: «Лечение болезней описывается довольно странно, множество заговоров о том, как останавливать кровь, заговаривать зубы, очерчивать чирей и проч. Ими пользуются не только по селам

---

<sup>192</sup> Ремнев А.В. Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века. Сибирская заимка: история Сибири в научных публикациях — 2013. — 18 апр. — электрон. журн. — режим доступа: <http://zaimka.ru/remnev-colony>.

<sup>193</sup> Осокин Г.М. На границе Монголии. Очерки и материалы к этнографии юго-западного Забайкалья / Г.М. Осокин — Спб, издание А.С. Суворина, 1906. — С. 69.

<sup>194</sup> Девель Ф.Д. Рассказы о Восточной Сибири / Ф.Д. Девель — М., 1896. — С. 122.

<sup>195</sup> Осокин Г.М. На границе Монголии. Очерки и материалы к этнографии юго-западного Забайкалья / Г.М. Осокин — СПб, издание А.С. Суворина, 1906. — С. 123.

и деревням, но нередко и в городах. Теми средствами и способами, какими лечились в старину наши предки, простой народ лечится и доныне»<sup>196</sup>.

Такую же характеристику дает Ц.Ж. Жамцарано, научный сотрудник Этнографического отдела Русского музея, вернувшийся после экспедиции 1909-1910 гг. описывая жизнь своего народа: «Тьма царит в степи. И может быть, еще долго буряты будут лечить своих больных посредством кровавых жертвоприношений, шаманских камланий, ламских дорогостоящих ритуалов»<sup>197</sup>.

Но, красота природы края завораживала людей. Забайкалье величается сибирской Италией<sup>198</sup>. Так писал А.П. Чехов, путешествуя на Сахалин, «Селенга – сплошная красота, а в Забайкалье я находил все, что хотел: и Кавказ и долину Псла и Звенигородский уезд и Дон. Днем скачешь по Кавказу, ночью по Донской степи, а утром очнешься от дремоты, глядь уж Полтавская губерния – и так всю тысячу верст. Забайкалье - смесь Швейцарии, Дона и Финляндии»<sup>199</sup>.

Восточная Сибирь составляла 47,29% всех владений России и 64,56% азиатских владений. Она в 3,11 раза больше Западной Сибири<sup>200</sup>. Недаром говорили в Сибири «до Бога высоко, до Царя далеко»<sup>201</sup>.

В 1776 году в составе Иркутской губернии была организована особая Удинская провинция с центром с 31 января 1775 по 1783 г. – в г. Удинск (Верхнеудинск - Улан-Удэ)<sup>202</sup>. Постепенно менялся состав населения, гражданское сословие Верхнеудинска выросло с сотни человек в 1762 г. до 857 человек в 1784 г. Особенно быстрыми темпами росла численность купцов – с 10 до 52, мещан – с 3

<sup>196</sup> Ионин А.А. Новые данные к истории Восточной Сибири XVII века (г. Иркутска, Иркутского Вознесенского монастыря, Якутской области и Забайкалья) / А.А. Ионин – Иркутск, 1895. – С. 4.

<sup>197</sup> Решетов А.М. Наука и политика в судьбе Ц.Ж. Жамцарано / А.М. Решетов // ORIENT. Альманах. Выпуск 2-3. Исследователи центральной Азии в судьбах России. – СПб, 1998. – С. 12.

<sup>198</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич – М.: Вече, 2013. – (Моя Сибирь). – С. 4.

<sup>199</sup> Сретенск. Гл. ред. К.К. Ильковский / Энциклопедия Забайкалья. – Чита, 2014. – С. 130.

<sup>200</sup> Материалы по Восточной Сибири. – Санкт-Петербург, 1882. – С. 6.

<sup>201</sup> Козьмин Н.Н. Из прошлого Сибири (Бывший генерал-губернатор Восточной Сибири С.Б. Броневский и его мемуары). – Иркутск, 1904. – С. 1, 17.

<sup>202</sup> Федякин А.В. Территориально-политическое устройство и региональная политика Российской империи в середине – второй половине XVIII в. / А.В. Федякин // Вестник Российской нации, 2012. – № 4-5. – С. 50-68.

до 162. Сформировалась многочисленная новая категория служивых – насчитывалось 16 различных должностей от Коллежского асессора и дворянского заседателя до копииста и сторожа. В целом социальная структура населения Верхнеудинска значительно усложнилась. Это видно по представленной таблице.

Таблица 1. Состав населения г. Верхнеудинска в 1784 г.<sup>203</sup>

Категория жителей и их дети	Мужского пола	Женского пола	Всего
Служители	49	42	91
Духовные	17	29	46
Купцы	52	64	116
Мещане	168	151	319
Цеховые	49	50	99
Крестьяне	32	9	41
Ясашные (крещеные)	17	9	26
Отставные солдаты	23	35	58
Отставные казаки	15	32	47
Дворовые люди	7	7	14
Итого	429	428	857

22 июня 1822 года императором Александром I был утвержден Указ «Учреждения для управления Сибирских губерний»<sup>204</sup>. В соответствии с этим законодательным актом была проведена очередная административно-территориальная реформа региона<sup>205</sup>. Иркутская губерния разделилась на Нижнеудинский, Верхнеудинский, Нерчинский, Иркутский, Киренский округа<sup>206</sup>.

<sup>203</sup> Пыкин В.М. Удинск - Верхне-Удинск: Статус и население во второй половине XVIII в. // Верхнеудинск: веки истории: Материалы научно-практич. конференции) / В.М. Пыкин — Улан-Удэнская и Бурятская епархия Русской православной церкви, РОО "Общество культуры семейских Республики Бурятия", РОО "Общество русской культуры Республики Бурятия", ГАУК РБ "Национальная библиотека Республики Бурятия". — Улан-Удэ, 2014. — С. 17.

<sup>204</sup> ПСЗРИ. — Т.38. — 1 собрание. — СПб, 1830. — Ст.29125. — С. 345.

<sup>205</sup> Историческая энциклопедия Сибири. / Российская акад. Наук, Сибирское отделение, Ин-т истории, Изд. дом «Историческое наследие Сибири» [гл. ред. В.А. Ламин; редкол.: С.С. Букин и др.] — Т.1. — Новосибирск, 2010. — С. 45.

<sup>206</sup> Историческая энциклопедия Сибири. / Российская акад. Наук, Сибирское отделение, Ин-т истории, Изд. дом «Историческое наследие Сибири» [гл. ред. В.А. Ламин; редкол.: С.С. Букин и др.] — Т.III. — Новосибирск, 2010. — С. 535.



До 1851 г. Верхнеудинск являлся окружным городом Иркутской губернии, вторым по величине после Иркутска городом Восточной Сибири. Этим объясняется первоначальная организация гражданской городской медицины в Западном Забайкалье.

Город Кяхта (Западное Забайкалье, ныне Республика Бурятия) был резиденцией богатых сибирских купцов, занимавшихся крупными финансовыми операциями с Монголией и Китаем. Ключевые позиции международной торговли Кяхта утратила только в конце 90-х гг. XIX столетия в связи с проведением Транссибирской железной дороги.

Статус города Сретенск (Восточное Забайкалье, ныне Забайкальский край) получил в 1775 году, став центром уезда первоначально в составе Удинской (Верхнеудинской) провинции Иркутской губернии, а затем Нерчинской области Иркутского наместничества. В 1782 году население Сретенска составляло 100 человек: 34 купца, 14 мещан, 21 цеховой ремесленник, 29 дворовых людей, священник и приказной человек. Следует отметить, что малочисленностью населения и неразвитостью инфраструктуры Сретенск практически нечем не отличался от остальных городов Забайкалья. В 1798 году Сретенск утратил статус города и был переведен в категорию волостного селения с припиской всех жителей к городу Нерчинск<sup>207</sup>.

Новый областной город Чита насчитывал всего около одной тысячи жителей и имел на тот период неказистый вид. Современники отмечали, что «Нерчинск лучше и многолюднее Читы». Но, став регионообразующим центром, Чита получил социально-экономическое развитие. К концу XIX века увеличился приток врачей из Европейской России, организовалась научно-исследовательская деятельность, расширилась лечебно-диагностическая база в областном центре Чите. Приданием городского статуса Акше (ныне районный центр Забайкальского

---

<sup>207</sup> Сретенск. Гл. ред. К.К. Ильковский / Энциклопедия Забайкалья. — Чита, 2014. — С. 34.

края) было завершено строительство экономического треугольника Нерчинск-Чита-Акша<sup>208</sup>.

Таблица 2. Увеличение численности городского населения Забайкалья с XVIII по XIX вв. (сводная таблица)<sup>209, 210</sup>.

Город	Численность населения в конце XVIII в.	Численность населения в конце XIX в.
Нерчинск	2503	6600
Сретенск	336	1449
Троицкосавск	1352	8800
Верхнеудинск	3191	5041
Чита	300	12 000

Создание особой Забайкальской области обуславливалось необходимостью решения ряда приоритетных внешних, внутренних политических и экономических задач в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке<sup>211</sup>. В 1872 году в состав Забайкальской области входило 8 округов: Баргузинский, Селенгинский, Верхнеудинский, Троицкосавский (большая часть территории современной Республики Бурятия), Читинский, Акшинский, Нерчинско-Заводской, Нерчинский (территория современного Забайкальского края). Общая площадь области была 613 тыс. кв. км, составляла 1/36 всей Российской империи<sup>212</sup>.

С 1884 года Забайкальская область перешла в подчинение Приамурского генерал-губернаторства с центром в Хабаровске. При этом основной акцент был сделан на завоевании Амура и в конечном итоге не были учтены интересы

<sup>208</sup> Паликова Т.В. Города Забайкалья второй половины XIX – начала XX в.: источники и историография / Т.В. Паликова – Улан-Удэ, 2015. – С. 11.

<sup>209</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 18. – Л. 11.

<sup>210</sup> РГВИА. – Ф. 879. – Оп. 2. – Д. 1798. – Л. 7.

<sup>211</sup> Палин А.В. Роль государства в хозяйственном и социокультурном освоении Азиатской России XVII – начала XX века / А.В. Палин // Сборник материалов региональной научной конференции. – Новосибирск, 2007. – С. 276-288.

<sup>212</sup> Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. / СО РАН Чит. ин-т природ. ресурсов. – Новосибирск: Наука, 2004. – Т.2. – С. 366

социально-экономического развития собственно области<sup>213</sup>. Затем с 1906 года Забайкальская область вновь включена в состав Иркутского генерал-губернаторства и оставалась в нем до 1917 года<sup>214</sup>. Забайкалье обеспечивает военно-экономическую поддержку правительственной дальневосточной политики.

Таким образом, Забайкалье к началу XX века оставалась регионом, ценные природные ресурсы, которой мало пока использовались<sup>215</sup>. Это объяснялось прежде всего слабым развитием капиталистических отношений, суровыми климатогеографическими условиями и демографическими факторами.

Таблица 3. Численность населения Забайкальской области в 1897 г.<sup>216</sup>

	Старожилы (душ обою пола)	Поселенцы (душ обою пола)	Ссылные (душ обою пола)	Казакк коренные (душ обою пола)	Казакк позднего происхождения (душ обою пола)	Иностранцы оседлые (душ обою пола)
Западное Забайкалье	129 924	3089	2691	9859	4614	4954
Восточное Забайкалье	48 724	4728	4244	27 893	116 906	125
Всего	178 648	7817	6935	37 752	121 520	5079

Из таблицы видно, что преобладает сельское население, в основном состоящее из крестьян, казаков. Малая доля оставалась за ссылными, поселенцами и ведущими оседлый образ жизни коренными жителями.

<sup>213</sup> Ремнев А.В. Россия Дальнего Востока. Имперская география власти XIX – начала XX веков / А.В. Ремнев – Омск, 2004. – С. 281.

<sup>214</sup> Бурятия XVIII-XIX вв. История. – Вып.4. – Улан-Удэ, 1999. – С. 262.

<sup>215</sup> Михеев Б.В. Социально-экономическое развитие Забайкальской области в начале XX века (1900-1918 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2012. – С. 26.

<sup>216</sup> Гарбуз И.В. Крестьянство Забайкалья второй половины XIX в. / И.В. Гарбуз – Улан-Удэ, 2009. – С. 134.

По переписи 1897 года бурят в Забайкальской области проживало 179 487 человек<sup>217, 218</sup>. Таким образом, общая численность населения территории к началу XX века составляла 537 238 человек обоего пола. Наиболее многочисленными являлись представители трех групп населения: крестьяне - 31,3%, казаки - 30,1% и коренное население - 28,2%, а также городское население, составлявшее 4,6%.



Увеличение населения происходило кроме естественного прироста, за счет постоянного притока в край переселенцев и ссыльнопоселенцев<sup>219</sup>. Уже с большим желанием и меньшим страхом приезжали и медицинские работники.

Вот так описывает свою дорогу из Москвы в Читу врач П.С. Алексеев, когда 25 ноября 1888 года отправился к новому месту работы на должность помощника областного врача Забайкальской области. «В дороге мы пробыли 51 сутки, скорость езды, включая остановки, была 118, а без них 158 верст в сутки. Вообще

<sup>217</sup> Девель Ф.Д. Рассказы о Восточной Сибири / Ф.Д. Девель — М., 1896. — С. 118.

<sup>218</sup> Басаева К.Д. Семья и брак у бурят / К.Д. Басаева — Улан-Удэ, 1991. — С. 4.

<sup>219</sup> Михеев Б.В. Социально-экономическое развитие Забайкальской области в начале XX века (1900-1918 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук 07.00.02. — Улан-Удэ, 2012. — С. 15-16.

за Уралом везде народ избалован простором, неприхотлив, тяжел на подъем и ленив. Этапы и полу этапы среди юрт и убогих изб»<sup>220</sup>.

В начале XVIII века Забайкалье было официально закреплено в составе Российской Империи. Огромная по размерам, сложная по климатогеографическому, демографическому, конфессиональному положению территория требовала эффективного военно-хозяйственного управления. Представляет интерес вывод Владимира Константиновича (Каллистратовича) Андриевича (1838-1898), русского генерала, известного историка Сибири: «Забайкалье наиболее важное и ценное из всех земель Восточной Сибири в смысле экономическом и стратегическом, успел сделаться житницей для Приамурского округа и Иркутской губернии. Обладая более, чем полумиллионным населением, Забайкалье имеет больше права, чем Иркутская губерния, пользоваться губернскими учреждениями»<sup>221</sup>.

Таким образом, присоединение Забайкалья к Российской империи имело стратегическое значение. В результате возникающих новых военно-политических, торгово-экономических и социокультурных предпосылок, происходит изменение вектора социальной политики дореволюционного правительства. Постепенно увеличивающееся население Забайкалья, занятого экономическим освоением территории и военной охраной границ, способствует зарождению основ системы здравоохранения в Забайкалье в первой половине XVIII века.

## 2.2. Оспопрививание в Забайкалье

Продолжительные и тяжелые годы страданий, вызываемых у человечества разнообразными инфекционными болезнями, оставили неизгладимые следы в истории каждого народа как слепая и жестокая сила. «Развитие и совершенствование методов борьбы с эпидемиями отражают в себе социальные и

---

<sup>220</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 278-279.

<sup>221</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь). — С. 4.

материальные условия жизни, а также культурный уровень всякого отдельного государства во всем его прошлом»<sup>222</sup>.

Периодически возникающие эпидемии натуральной оспы приводили к большим человеческим жертвам. «Летописи наши молчат о степенях опустошений, но по изустным сказкам, по соображению бесприютного жилья в жестоком климате и по сравнению поздних утрат, надобно полагать, что оспа во времена своего появления в Сибири в начале XVII века пожинала не 1/10 или 1/7, 1/5 часть жителей, как бывало в Европе до введения искусственного прививания, но инде 1/3, инде 1/2 и даже 3/4. Все отделы племен сократились в людности, и иные даже вымерли, если не вовремя, здесь означенное, то в последовавшие повторения болезни»<sup>223</sup>.

Таким образом, в Забайкалье одной из первых актуальных задач охраны здоровья населения являлось оспопрививание. По данным Т.Ю. Шестовой<sup>224</sup> в Вятской, Пермской и Оренбургской губерниях, оспопрививание также выделяется как первая государственная медико-профилактическая задача, направленная на защиту населения.

В целом буряты хорошо разбирались в болезнях с точки зрения заразные - незаразные. Люди осознавали свое бессилие против эпидемических болезней и поэтому чутко следили за любыми слухами о появлении в округе признаков очередной напасти. Меры принимались чрезвычайные, начиная с изоляции больных и вплоть до массовой откочевки из зараженной местности, при этом оставляли больных с некоторым запасом провизии. «Они удаляются в самые густые леса, чтоб их не мог найти демон воспы». Только благодаря разумному эгоизму по отношению к заболевшим сородичам: «многие по смерть в воспе не

<sup>222</sup> Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России (Материалы и очерки) / под. ред проф. А.И. Метелкина — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1960. — С. 7.

<sup>223</sup> Слобцов П.А. История Сибири. От Ермака до Екатерины II / П.А. Слобцов — М.: Вече, 2014. (Моя Сибирь) — С. 106.

<sup>224</sup> Шестова Т.Ю. Становление и развитие здравоохранения на Урале в XVIII - начале XX вв. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний): автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Курган, 2004. — 54 с.

бывали»<sup>225</sup>. Но, тем не менее, смертность от заболевания натуральной оспой была значительной. «Во второй половине XVIII века оспа сильно опустошала Забайкалье, появляясь здесь периодически лет через десять и похищая множество бурят и тунгусов»<sup>226</sup>. Ни один губернаторский отчет и отчеты городских дум не обходились без доклада о положении с оспопрививанием.

Так в 1772 году состоялось открытие Иркутского оспенного дома в результате представления второго иркутского губернатора Адама Ивановича Бриля (годы работы – 1767-1776) о высокой смертности от оспенных эпидемий<sup>227</sup>. Губернатор А.И. Бриль, по образцу Екатерины II, подал пример, привив на глазах у представителей местного населения оспу своим детям. Даже бурятские тайши (начальники) шли на такой осознанный шаг, понимая жизненную необходимость проведения прививки.

Заслуживает большого внимания тщательная подготовка детей к прививке оспы в тот исторический период: очищение кишечника, изгнание глистов, создание благоприятной гигиенической обстановки, тщательное наблюдение за общим состоянием здоровья, продолжающееся в течение нескольких недель после прививки. В 1772 году в Иркутском оспенном доме оспа была привита 6450 бурятским детям, из коих 28 умерли<sup>228</sup>. Но, необходимо признать, это был все-же успех того времени. При этом, не все бурятское население доверчиво прививало оспу, но желание защитить прежде всего детей, заставляло их приезжать на вариоляцию за 200-300 верст<sup>229</sup>.

Безусловно, необходимо было определенное время для подтверждения положительного эффекта от проведенных медико-профилактических

<sup>225</sup> Тибетская медицина у бурят / Т.А. Асеева, Д.Б. Дашиев, А.Д. Дашиев, С.М. Николаев и др. — Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. — С. 14.

<sup>226</sup> Шашков С.С. Сибирские инородцы в XIX столетии. Исторические очерки. Собрание сочинений. — Т.2. — СПб., Издательство: Типография И.Н. Скороходова, 1898. — С. 622.

<sup>227</sup> Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1946. — С. 192.

<sup>228</sup> История Бурятии. Т.II. XVII-начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 398.

<sup>229</sup> Батуева Т.Б. Народы Сибири в трудах западноевропейских исследователей XVII-XIX вв. / Т.Б. Батуева — Улан-Удэ: БНЦ СО РАН, 1995. — С. 85.

мероприятий. Необходимо понимать, что оспопрививанием занимались врачи-энтузиасты, системного государственного подхода к этому важному делу пока еще не было. Оспопрививание проводилось методом вариоляции, которое не всегда приводило к положительному результату, а порой заканчивалось и гибелью людей. Поэтому этот способ не мог получить широкого распространения, пока не был найден более современный метод предупреждения болезни<sup>230</sup>.

Таким образом, впервые оспопрививание в Западном Забайкалье было осуществлено в городе Баргузине (ныне Республика Бурятия) в 1770 году. Это мероприятие проведено врачом Иваном Гришиным<sup>231</sup>. Также в конце XVIII века в городе Верхнеудинске оспопрививанием занимался врач И.Ф. Ресслейн. По данным Е.Д. Петряева: «он был краеведом-натуралистом до декабристского периода и пионером оспопрививания в Забайкалье»<sup>232</sup>.

По данным С.А. Шер с 1805 года оспопрививание получило силу закона в Российской империи<sup>233</sup>. Все медицинские чиновники гражданского ведомства, повивальные бабки и даже военные врачи были обязаны лично участвовать в оспопрививании. По Указу Александра I, оспопрививание осуществлялось безвозмездно. За период 1804-1815 гг. в России было привито 1 899 260 детей<sup>234</sup>.

В 1808 году правительство России приняло постановление о массовом оспопрививании коренного бурятского населения<sup>235</sup>. В том же году из жителей Хоринского ведомства (ныне Республика Бурятия) отобрали 19 «умных и

<sup>230</sup> Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России (Материалы и очерки) / под. ред. проф. А.И. Метелкина — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1960. - С. 280.

<sup>231</sup> История Бурятии. Т. II. XVII-начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 398.

<sup>232</sup> Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края / Е.Д. Петряев — Чита: Читинское книжное издательство, 1954. — С. 63.

<sup>233</sup> Шер С.А. История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме / С.А. Шер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2011. — № 4. — С. 60.

<sup>234</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 41.

<sup>235</sup> История Бурятии. Т. II. XVII-начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 398.



способных лиц» и отправили в российские лекарские школы для обучения оспопрививанию. Во время учебы они находились на казенном содержании. Получив, соответствующую подготовку они вернулись на родину и стали делать прививки своим землякам. Оспопрививательных учеников, освободили от повинностей и различных казенных нарядов, предоставляли для работы транспорт в виде верховых лошадей и подвод.

По архивным документам, впервые введенных нами в научный оборот, систематическая плановая вакцинация против натуральной оспы в Западном Забайкалье началась в первой четверти XIX века. На основании Указа Императорского Величества самодержца Всероссийского Иркутское губернское правительство в период с 18 по 21 августа 1811 года приняло постановление о проведении предохранительной прививки коровьей оспы<sup>236</sup>. К выполнению постановления приступили с 1 сентября 1811 года на всей территории Забайкалья.

Соответственно Верхнеудинскому городничему Решетникову доложено о начале проведения вакцинации против натуральной оспы 1 октября 1811 года<sup>237</sup>. В Восточном Забайкалье впервые стали прививать оспу в городе Нерчинске в период 1809-1811 годов стараниями штаб-лекаря Гриб<sup>238</sup>.

В первую очередь, 11 октября 1811 года составили список жителей Верхнеудинска, у которых нет прививки<sup>239</sup>. Врачебная управа Иркутской губернии дает предписание лекарю Кларину Шиллингу о подготовке учеников оспопрививателей в селах Верхнеудинского уезда 30 марта 1812 года. Следовательно, оспопрививание получает распространение и в сельской местности<sup>240</sup>. На 1 июля 1812 года в Верхнеудинске проведено прививание

<sup>236</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 22. — Л. 1.

<sup>237</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 22. — Л. 20.

<sup>238</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 366.

<sup>239</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 22. — Л. 38.

<sup>240</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 22. — Л. 57.

коровьей оспы 141 ребенку, у 73 детей прививка эффективно принялась, у 8 нет<sup>241</sup>.

Натуралист Иоганн Готлиб Георги, путешествуя по Бурят-Монголии в XIX в., приводит любопытные сведения о том, как прошло у бурят оспопрививание. «...Без всяких затруднений, как в Париже, доверие бурят к оспопрививанию удивительное»<sup>242</sup>. Из 494 детей, которым была привита оспа в Иркутском оспенном доме, русских детей было около 30, остальные – бурятские. Несколько бурят находились в оспенном доме для ухода за детьми, обучались искусству прививать оспу. Получила распространение прогрессивная идея подготовки национальных кадров для проведения оспопрививания. Безусловно, люди, разговаривающие, на одном языке лучше понимали друг друга. На учебу были направлены уже от 8 селенгинских родов представители буддистской религии – ламы: из Гусиноозерского и Сонгольского дацанов. Вероятно, такое решение было обусловлено некоторой подготовкой и медицинским образованием самих лам, а также большей доверчивостью коренного населения служителям дацанов.

На местах создавались специальные оспенные комитеты<sup>243</sup>. Особенно активно вакцинировалось детское население. По данным городской оспенной комиссии, которая постоянно работала и контролировала оспопрививание, в городе Верхнеудинске с 1-го июля 1831 года по 1 января 1832 г. привито 123 человека<sup>244</sup>. Также за январь 1832 года привита оспа 78 детям города Верхнеудинска, а за февраль — 85<sup>245</sup>. В октябре 1832 года привита оспа 104 детям в возрасте от 2-х до 15 лет<sup>246</sup>. В декабре того же года прививка проведена 112 детям<sup>247</sup>. Также в этот

<sup>241</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 22. — Л. 85.

<sup>242</sup> Янданова Х.Р. Характеристика демографических показателей среди бурят в исследованиях русских и иностранных путешественников XVII-XIX вв. / Х.Р. Янданова // Здоровоохранение и информационные ресурсы: материалы научно-практической конференции. — Улан-Удэ, 2001. — Ч.2. — С. 34-39.

<sup>243</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 41.

<sup>244</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 86. — Л. 1.

<sup>245</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 86. — Л. 8.

<sup>246</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 86. — Л. 53.

<sup>247</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 86. — Л. 63.

период работает Верхнеудинский окружной оспенный комитет. 24 мая 1836 года комитет отчитывался Иркутскому губернскому комитету об успехах оспопрививания, в виде повсеместного обязательного прививания оспы детям. Так, в 1851 году в Троицкосавске прививка против оспы была проведена 257 младенцам<sup>248</sup>.

Несмотря на все государственные и общественные мероприятия, оспенные эпидемии в XIX веке полностью не прекращались. В отчете Министерства внутренних дел за 1845 г. констатировалось неудовлетворительное состояние оспопрививания: «О чем свидетельствует беспрестанно свирепствующая у нас повальная оспа, множество жертв ею похищаемых и ведомости оспенных комитетов, из которых видно, что в 1845 г. целая треть новорожденных в России остались без привитой оспы»<sup>249</sup>. По данным Юлия Гюбнера (прим. автора: периоды жизни 1841-1901 гг., состоял на службе в Санкт-Петербургском городском врачебном управлении, где впервые организовал санитарную статистику) в 1872 г. максимальное количество умерших от оспы составляли дети до четырех лет.

Недостатки в организации обязательного оспопрививания в целом сказывались на результатах медико-профилактических мероприятий. Прививка от натуральной оспы в основном осуществлялась неграмотными «оспенниками» - людьми, зачастую имевшими довольно смутные представления о сущности вакцинации, хотя и обученными<sup>250</sup>. Необходимо отметить, что в условиях общего недостатка квалифицированных медицинских кадров дореволюционной России быстро решить эту проблему было довольно сложно. Поэтому приходилось надеяться на существующих оспопрививателей, что естественно не всегда гарантировало адекватный результат.

---

<sup>248</sup> Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения / Д.Б. Батоев — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. — С. 10.

<sup>249</sup> Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России (Материалы и очерки) / под. ред. проф. А.И. Метелкина — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1960. - С. 286.

<sup>250</sup> Там же — С. 289.

В Забайкалье, как и по всей дореволюционной России, эпидемии, в силу низкой санитарной грамотности населения, религиозных предрассудков не встречали серьезного сопротивления. Среди коренного населения только из-за низкой плотности расселения и большой хозяйственной изоляции, вследствие кочевого образа жизни эпидемии не получали столь губительного распространения. Но, натуральная оспа и дифтерия были страшным бичом семейских (старообрядческих) сел. И причина их распространения была не только в религиозной, бытовой замкнутости, но и в яростном уклонении от прививки старообрядцами, не признающих оспопрививание как «Печать антихриста»<sup>251</sup>.

Оспенный детрит был в ограниченном количестве, ревакцинации делались в редких случаях. В школах прививки проводились следующим образом: прививали вакцину десятку ребят и когда у них созревали пустулы, то содержимое их прививали другим детям, не считаясь с тем, что таким путем был риск внести какую-нибудь инфекцию (сифилис, рожа, сепсис)<sup>252</sup>.

Также во второй половине XIX века описывает оспопрививание врач Н.В. Кирилов, непосредственно работавший в Баргузинском округе Забайкальской области: «Не было даже детрита. Вынужден брать у ребенка с привившейся оспой содержимое гнойных пузырьков и переносить с ручки на ручку»<sup>253</sup>.

В 1890 г. врач Н.В. Кирилов переехал на жительство в Бичуру (ныне районный центр Республики Бурятия), большое село (длиной более 7 верст), населенное старообрядцами – «семейскими». Тогда жители Бичурской волости относились к Верхнеудинскому округу. «Население - писал Кирилов о бичурцах, - считает «грехом» противиться «воле божьей». Приходится слышать такое рассуждение: «Бог дал утеху родителям поласкать детей и потом посылает «госпочку» (оспу), спешит в назначенное время убрать лишних, чтобы не стало тесно остальным». Или: «...Кому назначено вывалывается и сам или «болька» не тронет его. Вот гляди:

<sup>251</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 90. — Л. 9.

<sup>252</sup> Танский М.В. Странички из прошлого. (Верхнеудинск в 70-80 гг. XIX века / М.В. Танский — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1966. — С. 19.

<sup>253</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов — исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Чит. кн. изд-во, 1960. — С. 15.

в Надеиной везде горлянка (дифтерия) ходит, мрут дети, как мухи, а солдатка Акулина таскает своего ребенка по больным, спать вместе кладет, и целовать велит, а он все жив, и не схоронит она свою стыдобушку, пока муж с Владивостока придет»<sup>254</sup>.

При появлении фельдшера «семейские» не только отказывались от медицинской помощи, но даже прятали заболевших. Если же, например ребенку прививалась оспа, то дома взрослые старались нацело высосать у него из насечек на коже весь прививочный материал через соломинку. Изолировать больного, и сделать дезинфекцию было невозможно, так как фанатические старики-начетчики (уставщики) считали это грехом, и запугиваниями крепко держали население в своих руках»<sup>255</sup>.

В зиму 1886-1887 года от натуральной оспы умерло свыше 2000 детей, из перенесших же болезнь осталось 40 детей слепых или с сильно поврежденным зрением. Эпидемия заняла 1/3 территории густонаселенного Верхнеудинского округа, население которого доходило до 145 000 человек. За 1,5 года от дифтерита (дифтерия) на втором участке округа в волостях Тарбагатайской, Куйтунской и Куналейской умерло свыше 300 подростков.

Но, все-таки, несмотря на все препятствия, деятельность подвижников медицины приносила определенные успехи. Постепенно старообрядцы (семейские), тайком от уставщиков стали прививать детей от оспы и, «крадучись», посещать лечебницы<sup>256</sup>. Н.В. Кирилов написал методическое пособие «Наставление о борьбе с горлянкой (дифтерия)». Оно зачитывалось на всех сельских сходах. В одном из пунктов этого наставления перечислялись средства, которые тогда приходилось использовать для лечения: очищенный скипидар и керосин – для смазывания зева у детей<sup>257</sup>.

<sup>254</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев – Чита: Чит. кн. изд-во, 1960. – С. 25-26.

<sup>255</sup> Там же. – С. 26.

<sup>256</sup> Селищев А.М. Забайкальские старообрядцы. Семейские / А.М. Селищев – Иркутск: изд Гос. Иркутского Ун-та: Паровая тип. об-ва потребителей «Сибирское книжное дело», 1920. – С. 14.

<sup>257</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев – Чита: Чит. кн. изд-во, 1960. – С. 26.

Вместе с тем, российское правительство продолжило инициировать мероприятия по предупреждению вспышек натуральной оспы. Особое внимание уделялось осужденным людям и их семьям. Министерство Внутренних дел от 8 февраля 1861 года циркулярным письмом №26 уведомляет инспектора медицинской части Забайкальской области: «большая заболеваемость детей натуральной оспой в арестантских партиях, приходящих в Тобольск, дает большую смертность. Необходимо, чтобы всем детям, находящимся в арестантских партиях и не имеющих на себе ясных следов прививной или натуральной оспы, прививать оную на местах отправления и о результатах докладывать министру МВД два раза в год»<sup>258</sup>.

Также был усилен контроль со стороны инспектора медицинской части по оспопрививанию детей в самой Забайкальской области. Им ежемесячно подается в Забайкальское Областное правление отчет о проведении вакцинации детей всего населения, включая коренных жителей<sup>259</sup>.

Таблица 4. Оспопрививание в Забайкальской области в 1861 году<sup>260</sup>.

Наименование местности	Было не привито детей	Прибыло для вакцинации	Всего вакцинировано	Вакцина принялась (эффективность)
Упраздненные города Баргузин, Селенгинск	4	33	32	100%
Город Чита	-	16	16	100%
Селения Читканской волости	28	90	89	100%
В селениях Татауровской волости	83	218	301	91%
В селениях Усть-Клинской волости	5	125	112	100%
В селениях Мухоршибирской волости	8	151	135	100%

<sup>258</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 16. — Л. 8.

<sup>259</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 16. — Л. 64.

<sup>260</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 16. — Л. 54, 55, 68.

Таблица составлена на основе архивных материалов и в целом отражает эффективность вакцинации. Вакцинацию по-прежнему проводили оспенные ученики из крестьян и представителей бурятского населения.

Поскольку не хватало оспопрививателей, специально для этой цели обучали и лекарских учеников. Учитывая создавшуюся неблагоприятную ситуацию, с целью материальной поддержки оспопрививателей и поощрения их труда Забайкальское Областное правление от 14 июля 1867 года принимает решение об освобождении их от уплаты податей и всех повинностей по истечении 15-летнего усердного труда и повышении жалованья с 17 руб. 50 коп, до 80 руб. в год.

В 1872 году за успехи в прививании детей оспенный ученик Аюша Митиев был награжден серебряной медалью. В 1907 году в Агинской инородческой волости работало 4 оспопрививателя, из которых двое получали жалованье от казны по 22 руб. 40 коп в год каждый. А остальные двое получали по 30 руб. от общества.

Таким образом, половина оспопрививателей была на государственном обеспечении, а другая половина на общественном. Жалованье получали в Читинском уездном полицейском управлении<sup>261</sup>. Агинская территория относилась ко второму врачебному участку Читинского уезда с центром в селе Агинское. Агинское Инородческое Волостное правление направило донесение врачу 2-го участка Читинского уезда: «Так за 1-ю половину 1904 года состояло 9375 мужчин и 9225 женщин в волости. В 1-ю половину года родилось 250 мальчиков и 239 девочек. Привита оспа всем. Совершенно принялась оспа у 454 и не принялась у 35 новорожденных»<sup>262</sup>. В 1906 году было привито 158 мальчиков и 99 девочек. Эффективная вакцинация у 195 детей, не эффективная у 62<sup>263</sup>.

Таким образом, процент привитых составил 75,8. На 24 мая 1907 года была привита оспа 362 мужчинам и 315 женщинам. Эффективность вакцинации у 604 человек - 89%, неэффективная у 73 - 10%<sup>264</sup>. Представляем ведомость Агинской

<sup>261</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 455. — Л. 3.

<sup>262</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 17. — Л. 7.

<sup>263</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 38. — Л. 11.

<sup>264</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 107. — Л. 51.

инородческой волости за 1910 год. Всего состояло жителей 19 338 человек, в том числе 9833 мужчин и 9505 женщин. Была привита оспа 511 мужчинам и 485 женщинам, что составило 63% эффективности - 630 человек. Ответственным за прививочную работу являлся врач 2-го участка Читинского уезда В. Станкевич<sup>265</sup>. Такой разный процент эффективности вакцинации вероятнее всего связан с техническими проблемами и сохраняющимся дефицитом вакцины, способами ее хранения. Но, в тех условиях создание иммунной прослойки играло большую роль. У новорожденных, судя по архивным данным, вакцинация шла, качественнее и это оставалось гарантией сохранения жизни в будущем.

Для продолжения проведения оспопрививания был принят государственный закон от 21 июля 1914 года о предохранительном оспопрививании в собрании Узаконений и распоряжений Правительства за 1914 год № 156, введенном в действие по Забайкальской области Иркутским генерал-губернаторством 4 ноября 1915 года за № 11896, за исключением Якутской области<sup>266</sup>.

Тем не менее, несмотря на все проводимые медико-профилактические мероприятия, натуральная оспа оставалась грозным заболеванием. Так, в улусе Аршантуй Урда-Агинского булука (административная единица коренного населения, включавшая несколько десятков, иногда несколько сотен юрт) 20 мая 1916 года натуральной оспой заболела семья из четырех человек: муж, жена и двое детей. Все умерли. Об этом сообщал Урда-Агинский булучный староста<sup>267</sup>.

Постановлением врачебного отделения Забайкальского Областного правления № 1 от 2 января 1917 года были утверждены оспопрививатели по местам работы<sup>268</sup>. С 1 января 1917 года все оспопрививатели по-прежнему освобождались от всевозможных дополнительных повинностей. Однако объем работы оставался большим.

Так постановлением № 2 Врачебного отделения Забайкальского Областного правления от 3 января 1917 года имеется следующее распоряжение на

<sup>265</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 240. — Л. 9.

<sup>266</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 9.

<sup>267</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 504. — Л. 3.

<sup>268</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 648. — Л. 1.



оспопрививателей Агинского и Хори-Бурятского инородческих волостей<sup>269</sup>. «На оспопрививателей из коренного населения Сынгуева Рабдана, Гомбоева Цырен-Доржи и Балданова Дамбо, согласно ходатайства Агинского инородческого волостного правления от 19 декабря 1916 года за № 4455 и Постановления Агинского волостного старшины от 16 декабря 1916 года за № 28 возлагается персональное обслуживание булуков. 1) На оспопрививателя Сынгуева Рабдана – Кункурского, Будаланского, Судунтуевского, Дылгыровского, Хангинского и пограничную Монголию, населенную инородцами. 2) Гомбоева Цырен-Доржи – Хойто-Агинского и Урда-Агинского. 3) Балданова Дамбо – Алханайского и Табтанайского с производством всем вознаграждения за счет волостных сумм. Подписал: Врачебный инспектор Воскресенский. 5 января 1917 года. Город Чита».

В дореволюционной России для изготовления вакцины существовали общественные и частные оспенные телятники. Большинство отечественных врачей ясно отдавали себе отчет в пользе вакцинации как единственного средства ликвидировать болезнь. В своих работах они убедительно показали, что в результате вакцинации удавалось полностью предупредить вспышки натуральной оспы<sup>270</sup>. Значительным препятствием в распространении оспопрививания в России было несовершенство техники и трудность получения материала для прививки. Поэтому большим шагом вперед явилось введение в употребление телячьей вакцины – оспенного детрита.

Производительность оспенных телятников в России была невелика и стоимость приготовленной вакцины выше, чем за границей. В среднем с одного теленка снимали от 15 до 30 граммов детрита<sup>271</sup>. Первоначально в Забайкалье снабжение вакциной шло из Петербурга. Но, ввиду неудобства и дороговизны такого обеспечения, Генерал-губернатор Восточной Сибири 3 сентября 1880 года

<sup>269</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 648. — Л. 4.

<sup>270</sup> Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России (Материалы и очерки) / под. ред. проф. А.И. Метелкина — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1960. - С. 288.

<sup>271</sup> Там же. - С. 301.

выступил с предложением «об устройстве телятника в Забайкальской области для добывания телячьей оспенной материи»<sup>272</sup>.

К сожалению, устойчивого снабжения вакциной обеспечить так и не удалось. Видимо были какие-то веские причины для этого, тем не менее в городе Красноярске был организован телятник для получения соответствующей вакцины<sup>273</sup>. Забайкальская область снабжалась детритом из частного оспенного телятника ветеринара К. Живописцева в городе Орле, организованного с 16 марта 1887 года. Так, 29 сентября 1914 года Верхнеудинской аптеке Красного Креста сообщается: «Телячья оспенная вакцина (детрит) отправлена 29 сентября 1914 года в количестве 200 трубочек вакцины на сумму 8 руб. 28 коп, наложенным платежом»<sup>274</sup>. В 1910 году в Российской империи было 55 телятников, из них 25 принадлежали частным лицам. Даже земские губернии не все располагали телятниками<sup>275</sup>.

В конце XIX века появилась возможность получать вакцину из Томска. Впервые, вводим в научный оборот архивный документ, датированный 7 ноября 1896 г.: «Дело о пожертвовании городской управой на устройство станции для приготовления предохранительных лечебных прививок. Господину Верхнеудинскому городскому Голове. «При Императорском Томском университете устраивается станция для приготовления предохранительных лечебных прививок и к организации таковых возможно будет приступить только тогда, когда жертвуемые средства будут собраны в достаточном для содержания всего дела количестве, в настоящее время средства эти достигли лишь 2187 руб. 39 коп. В ознаменование исполнившегося 2 минувшего мая и имеющего с высочайшего соизволения, праздноваться в Российской империи, в ноябре месяце сего года, столетия со дня открытия доктором Эдвардом Дженнером предохранительного прививания оспы, Томская городская Дума ассигновала из

<sup>272</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 17. — Л. 1.

<sup>273</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 17. — Л. 18.

<sup>274</sup> ГАРБ. — Ф. 101. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 118.

<sup>275</sup> Мендрин Г.И. «Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: Томск, 1964. — Т. 1. — 450 с. — Т.2. — С. 127.

городских средств 1500 рублей, с уплатою их в течение трех лет, по 500 руб. в год, на поддержание вышеозначенной станции и постановила обратиться и к другим городам Сибири о пожертвовании на тот же предмет, так как плодами этого предприятия будут бесспорно пользоваться жители всей Сибири. Доводя, об этом до сведения просим Вас не отказаться внести на обсуждение Городской Думы вопрос, не признает ли она возможным сделать какое-либо посильное денежное пожертвование на усиление средств упомянутой станции, так как и самая небольшая сумма пожертвования дает все-таки возможность окрепнуть этому крайне необходимому предприятию. Деньги, в случае их ассигнования, благоволите адресовать в Томскую городскую управу, откуда они будут немедленно переданы в правление императорского Томского университета. С истинным почтением городской голова Андрей Корнаков. Томская городская управа. 3 октября 1896 г. № 241 город Томск<sup>276</sup>».

На этот документ наложена резолюция: «Доложить городской думе в декабрьском заседании сего года. Отослано 100 руб. 24 марта 1898 г». Конечно, с задержкой отправили деньги, практически через год. Тем не менее, Ректор Императорского Томского университета 28 мая 1898 года письмом за № 1769 обращается в Верхнеудинскую городскую управу: «...получил 100 рублей для изготовления предохранительных прививок против заразных болезней. Выражаем глубокую благодарность»<sup>277</sup>.

В начале 1880-х годов Вольное экономическое общество начало изготавливать телячий оспенный детрит, который в смеси с глицерином мог храниться длительное время<sup>278</sup>. По данным С.А. Шер, с ноября 1885 года Московский воспитательный дом на правах оспопрививательного центра стал готовить телячий детрит и рассылать в «продажу или во флаконах (по 1 рублю) в количестве достаточном для привития 20 лицам, или профильтрованный детрит в

---

<sup>276</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп.1. — Д. 1142. — Л. 1.

<sup>277</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп.1. — Д. 1142. — Л. 2.

<sup>278</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 126-127.

трубочках (по 40 копеек)»<sup>279</sup>. Необходимый оспенный детрит покупали и крестьяне, и военные, и коренное население, вакцинировали ссыльных, каторжных.

Так, 12 января 1897 года Дуровское станичное правление Акшинского округа высылает 5 рублей во врачебное отделение Забайкальского Областного правления для получения оспенного детрита<sup>280</sup>. Поселковый атаман 28 января 1897 года обращается во врачебное отделение области для получения оспенного детрита для населения поселка<sup>281</sup>. Урульгинская степная дума 25 января того же года сообщает во врачебное отделение Забайкальского Областного правления о получении 10 трубочек и отправляет 3 рубля за полученный детрит<sup>282</sup>. 20 февраля 1897 года окружной сельский врач обращается в Забайкальское Областное правление с просьбой выслать оспенный детрит. При этом он поясняет, что спрос на детрит очень большой, ввиду появления заболевших натуральной оспой.

На основании ст. 776 Устава медицинской части Полицейского управления 1892 года, расходы на детрит принадлежат к предметам земских повинностей<sup>283</sup>. Врач Нерчинской каторги 15 июня 1897 года отправляет во врачебное отделение Забайкальского Областного правления 1 руб. 80 коп, за 6 трубочек оспенного детрита<sup>284</sup>.

Таким образом, нами представлена целостная история оспопрививания в Забайкалье. Установлено, что 1811 год необходимо считать датой начала проведения плановых государственных мероприятий по массовой вакцинации взрослого и детского населения против натуральной оспы на всей территории Забайкалья.

На основе впервые, введенных в научный оборот архивных материалов, представлена общая характеристика состояния привитости детей (эффективность

<sup>279</sup> Шер С.А. История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме / С.А. Шер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2011. — № 4. — С. 61.

<sup>280</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 3.

<sup>281</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 17.

<sup>282</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 6.

<sup>283</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. — Л. 11-12.

<sup>284</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 78.

вакцинации) в Забайкалье против натуральной оспы в разные годы. Также указаны основные проблемы, препятствовавшие оспопрививанию в пограничном регионе Российской империи (нехватка квалифицированных специалистов, недостаточное количество прививочного материала, трудности его доставки в регион и негативное отношение к прививкам жителей старообрядческих сел и др.).

Итак, благодаря систематическим правительственным мероприятиям и организованным усилиям медицинского персонала у жителей Забайкалья постепенно удалось сформировать устойчивое понимание необходимости проведения вакцинации против смертельной болезни исключительно во всех возрастных группах населения. Доказана актуальность оспопрививания в Забайкалье, как первой государственной медико-профилактической задачи, имевшей цель сохранение и усиление людского интеллектуального и производительного потенциала, как гражданского, так и военного сословия на пограничной территории.

### **2.3. Первые медицинские учреждения и медицинские работники в Забайкалье**

Аптекарский приказ вопросами обеспечения гражданского населения медицинской помощью не занимался<sup>285</sup>. В царствование Петра I в 1721 году вместо Аптекарского приказа руководство медицинским делом было возложено на другое государственное образование: в 1721-1762 гг. это была Медицинская канцелярия<sup>286</sup>. Полковые лекари из иноземцев начали приезжать в Сибирь с 1725 года, т.е. по введении военных полков, да и те после отказывались в виду

---

<sup>285</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 12.

<sup>286</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 4.

незначительного жалованья, которое в январе 1733 года Сенат нашел в необходимости увеличить до 160 рублей вместо 120 рублей<sup>287</sup>.

В XVIII веке приоритетом для Российского государства в сложившихся геополитических условиях по-прежнему оставалось медицинское обеспечение армии. Как отмечал профессор В.С. Груздев, «...медицинские школы, существовавшие у нас в первой половине XVIII века при больших военных госпиталях, имели своей главной целью подготовку медицинского персонала для потребностей армии и флота»<sup>288</sup>.

Зарождение основ государственного здравоохранения в Забайкалье начинается с восточной части, в Нерчинском Горном округе. Этот факт не случаен, ибо правительство страны было вынуждено заниматься вопросами медицинского обеспечения горнозаводских рабочих и служащих. По данным Т.Ю. Шестовой<sup>289</sup> на уральских горных заводах предпринимались серьезные меры для сохранения именно квалифицированной рабочей силы.

Площадь Нерчинского горного округа исчислялась почти 240 тысячами кв. км. Высокая заболеваемость и значительное уменьшение числа работающих из-за большой смертности в горнозаводской отрасли серьезно беспокоили Главное правление Сибирских и Казанских заводов. Таким образом, экономическая целесообразность и выгода явились основным условием для организации медицинского обеспечения.

Впервые в 1740 году было принято решение о направлении на Нерчинские заводы (ныне районный центр Забайкальского края) лекаря с необходимыми лекарствами. Первым подлекарем Восточного Забайкалья стал Петр Трумлер, прибывший к месту службы в феврале 1741 года. Через 8 месяцев после настойчивых обращений подлекаря канцелярия Главного правления заводов

---

<sup>287</sup> Словцов П.А. История Сибири. От Ермака до Екатерины II / П.А. Словцов — М.: Вече, 2014. (Моя Сибирь) — С. 242.

<sup>288</sup> Груздев В.С. Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России / В.С. Груздев // Акушерско-гинекологические учреждения России. — СПб: Гос. тип., 1910. — С. 8.

<sup>289</sup> Шестова Т.Ю. Становление и развитие здравоохранения на Урале в XVIII - начале XX вв. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний): автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Курган, 2004. — 54 с.

вынесла решение построить лечебницу и выделить жалованье подлекарю в 80 рублей в год. В начале 1742 года П. Трумлер еще лечил больных по квартирам, но к концу года была дана команда о строительстве госпиталя<sup>290</sup>. По данным К.И. Журавлевой<sup>291</sup> в 1742 году было дано разрешение на постройку «гошпиталя». Горные госпитали строились по образцу военных.

По данным Р.Ф. Гениатулина в том, же 1742 году госпиталь был открыт<sup>292</sup>. В 1744 году в Нерчинский Завод прибыл один из первых выпускников Екатеринбургского госпиталя подлекарь Егор Томилов (1712-1780 гг.). Начальник Нерчинских заводов коллежский советник Н.Г. Клеопин назначил ему увеличенное жалованье за должность лекаря с 84 рублей до 120 рублей. В 1761 году жалованье лекаря и аптекаря на Нерчинских заводах увеличилось и составляло соответственно 360 рублей и 500 рублей<sup>293</sup>.

Функционировавший Нерчинский Горный госпиталь под руководством Е. Томилова был расширен и обновлен<sup>294</sup>. В 1762 году этот госпиталь становится главным среди лечебных заведений Нерчинского Горного округа.

С этого периода Канцелярия Нерчинского горного начальства требует от лекаря подавать статистические данные о количестве больных, их диагнозах, сословном положении. Инспектировавшая госпиталь в 1768 году комиссия обнаружила недостатки в виде отсутствия при госпитале погреба и туалета, лечившиеся люди лежали на войлочных подстилках и нарах, сделанных из досок, больные солдаты и мастеровые находились вместе со ссыльными, не соблюдался температурный режим в помещениях.

При этом заводское начальство указывало лекарю на более тщательный отбор на госпитализацию, и только при наличии лихорадки, горячки и других тяжелых

<sup>290</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 325.

<sup>291</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.33. — Чита, 1966. — С. 61.

<sup>292</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин — Новосибирск: Наука, 2011. Там же. — С. 14.

<sup>293</sup> Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич — М.: Вече, 2013. — (Моя Сибирь) — С. 236.

<sup>294</sup> Нерчинский завод. / Гл. ред. К.К. Ильковский. — Чита: ЗабГУ, 2015. — С. 208-209, 460.

состояний. Если необходимых симптомов не отмечалось, то больные лечились на дому или были вынуждены выходить на работу. Иногда на лечении в горных лазаретах одновременно находилось около тысячи больных<sup>295</sup>. Легко представить какая была нагрузка на медицинский и хозяйственный персонал этих лечебных заведений. В начале XIX века в госпитале Петровского завода не было постельного, нательного белья, пищу для больных не готовили, а выдавали провиант больным на руки. Из-за нехватки врачебных кадров лекари в этих учреждениях чаще всего работали по совместительству<sup>296</sup>.

Первые городские врачи внесли посильный вклад в дело борьбы с эпидемиями и положили начало организации родовспоможения в городах<sup>297</sup>. По данным Е.Д. Петряева лекарь Захар Рик был назначен в город Нерчинск в 1753 году, после опустошительной эпидемии оспы и горячки, которая в 1743-1745 гг. унесла почти две трети населения Нерчинского уезда<sup>298</sup>. Захар Рик, как медицинский специалист мало проявлял себя, у него не было не только госпиталя, но даже и аптеки. Учитывая сложные специфические условия работы, лекари за редким исключением долго не задерживались в Забайкалье.

В 1762 году в Нерчинском заводе основана первая горная аптека, которая располагалась в каменном доме, где имелись две печки для приготовления лекарств, работали 1-2 лекаря с учениками, которые снабжали необходимыми препаратами все лечебные заведения горного округа<sup>299</sup>. Заведовал аптекой Захарий Цахерт. Для нужд аптеки заготавливались пихтовая сера и кедровые

---

<sup>295</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) — Новосибирск, 2011. — С. 325.

<sup>296</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 72.

<sup>297</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 10.

<sup>298</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 366 — Избранные труды исследователей Забайкалья.

<sup>299</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск, 2011. — С. 324.



орехи<sup>300</sup>. В городе Нерчинске первая аптека открылась лишь в 1767 году с приездом аптекаря Самета.

В Западном Забайкалье в городе Селенгинске (ныне Республика Бурятия) лекарь Петр Лебедев в 1765 году первым добился открытия и лазарета, и аптеки. Город Селенгинск обладал особым военно-пограничным статусом и был воздвигнут на торговом пути в Монголию и Китай<sup>301</sup>.

Другим примером творческого отношения к делу охраны здоровья населения и к вопросу научного изучения края может быть деятельность штаб-лекарей Федора и Ивана Ресслейнов<sup>302</sup>. Организация государственной медицинской помощи непосредственно в городе Верхнеудинске (Улан-Удэ) начинается с военного лазарета в конце второй половины XVIII века и связана с лекарем Иваном Федоровичем Ресслейном (1744-1817 гг.)<sup>303</sup>.

Крупной вехой в реформах местного самоуправления было утверждение 8 апреля 1782 года «Устава благочиния или полицейского». В середине XVIII века функции санитарного надзора в городах осуществляли органы полицейского управления во главе с воеводами. Магистраты часто отказывались выполнять предписания полиции о мерах против распространения эпидемий. Неудивительно, что при таком отношении магистратов к вопросам санитарной гигиены санитарная полиция по Указу Екатерины II 1775 года «Учреждения для управления губерний Всероссийской империи» была передана в руки городничего или коменданта, а не городских властей<sup>304</sup>.

Верхнеудинск первым в Забайкалье получил право магистратского управления. Точная дата образования Верхнеудинской городской управы, к сожалению, нами

<sup>300</sup> Нерчинский завод. / Гл. ред. К.К. Ильковский. — Чита: ЗабГУ, 2015. — С. 210.

<sup>301</sup> Демин Э.В. Селенгинская дорога – первый караван (Первые плавания по Селенге и Хилку и предистория Кяхтинского торгового пути) / Э.В. Демин — Улан-Удэ: ООО «Полигран», 2013. — 68 с.

<sup>302</sup> Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края / Е.Д. Петряев — Чита: Читинское книжное издательство, 1954. — С. 51-52.

<sup>303</sup> Плишкин Д.Н. Памяти доктора Ресслейна / Д.Н. Плишкин // Жизнь Бурятии. — 1930. — № 5-6. — С. 158.

<sup>304</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 10-11.

пока не обнаружена, но исходя из самых ранних архивных документов, можно считать 1784 год. Она просуществовала до 1875 года. Во главе ее стоял городничий, а в состав входили квартальные надзиратели, полицмейстеры, приставы, ратманы, писцы. На городовую управу возлагались полицейские и административно-хозяйственные задачи на территории города Верхнеудинска.

В 80-х гг. XVIII в. штаб-лекарь И.Ф. Ресслейн служит врачом Верхнеудинского городского магистрата<sup>305</sup>. Впервые городской лекарь упоминается в Величайшем распоряжении от 22 ноября 1764 года<sup>306</sup>. Медицинское дело в Верхнеудинске этого периода только зарождалось. Функционировал единственный в Верхнеудинске военный лазарет (батальонный), больше похожий на богодельню. Скудность лекарственных запасов сподвигла И.Ф. Ресслейна изыскивать эти запасы на месте, и он от местного суда и городничего требовал выделить людей для сбора трав и кореньев.

Как человек, И.Ф. Ресслейн по свидетельству М.М. Геденштрома «был один из благороднейших мужей своего времени». В полном смысле бесребреник, ни от кого не принимал денег за лечение и даже подарков. У него не было различия к социальному положению, к бедноте он относился с особой любовью, посещал, лечил, давал деньги на лекарства, покупал одежду, питал больных и даже платил за квартиру. Врач-краевед Д.Н. Плишкин назвал И.Ф. Ресслейна «Забайкальским Гаазом».

В Западном Забайкалье И.Ф. Ресслейн проработал с 1780 по 1790 года<sup>307</sup>. После Верхнеудинска И.Ф. Ресслейн служил на Камчатке и затем был назначен главным медиком Якутской области, где на 73 году при исполнении служебного долга умер<sup>308</sup>. Основателями государственного медицинского дела в Забайкалье необходимо считать подлекарей Петра Трумлера, Егора Томилова, аптекарей

<sup>305</sup> Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края / Е.Д. Петряев — Чита: Читинское книжное издательство, 1954. — С. 45, 51, 63.

<sup>306</sup> Ахмадов Т.З. Городовые и городские врачи на северном Кавказе до 1917 года / Т.З. Ахмадов // Материалы III(XIII) съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ. — Москва, 2016. — С. 24.

<sup>307</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 2. — Л. 1.

<sup>308</sup> Геденштром М.М. Отрывки о Сибири / М.М. Геденштром — Санкт-Петербург, типография мед. департамента МВД, 1830. — С. 117-118.

Захария Цахерта и Самета, лекарей Петра Лебедева, Ивана Ресслейна, Ивана Гришина, Захара Рика.

Таким образом, до последней четверти XVIII века в России не существовало системы государственного гражданского здравоохранения<sup>309</sup>. Во второй половине XVIII века произошла очередная реорганизация медицинского дела с созданием приказной медицины<sup>310</sup>. Этот орган здравоохранения и социального обеспечения в России был организован правительством Екатерины II по губернской реформе 1775 года<sup>311</sup>, когда 7 ноября на основании «Учреждения для управления Губерний Всероссийской Империи», в каждой губернии вводился приказ общественного призрения<sup>312</sup>.

На территории Западного и Восточного Забайкалья организация гражданской медицины началась с основания Иркутского приказа общественного призрения в марте 1784 года<sup>313</sup>, т.е. через 9 лет от момента выхода соответствующего Указа в стране.

Таким образом, повсеместное устройство приказов общественного призрения, положило начало единой для всех губерний организации гражданской медицины<sup>314</sup>. В последующем государственную линию здравоохранения продолжили губернские врачебные управы. 19 января 1797 года был принят Указ «Об учреждении врачебных управ в губернских городах»<sup>315</sup>. Это касалось и

<sup>309</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 12.

<sup>310</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 5.

<sup>311</sup> Ханенко Б.И. Приказ общественного призрения / Б.И. Ханенко // Здравоохранение Красноярского края: краткий обзор пути протяженностью в сто лет. — Красноярск, 1991. — С. 4.

<sup>312</sup> ПСЗРИ. — Т.20. — 1 собрание. — СПб, 1830. — Ст.17743. — С. 229, 233.

<sup>313</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 35.

<sup>314</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 23.

<sup>315</sup> ПСЗРИ. — Т.24. — 1 собрание. — СПб, 1830. — Ст.17743. — С. 287-296.

сибирских губерний. Смысл реформы состоял в создании унифицированной структуры управления врачебным делом в губерниях и уездах для обеспечения населения доступной медицинской помощью, организации санитарного надзора и борьбы с эпидемиями<sup>316</sup>.

Административным центром по делам здравоохранения Западного Забайкалья была Иркутская врачебная управа, образованная в 1797 году<sup>317</sup>. Вопросы по медицинской части Западного и Восточного Забайкалья до 13 марта 1852 года решались в Иркутской врачебной управе<sup>318</sup>.

Характерной чертой развития медицинского дела империи в первой половине XIX явилась активация строительства крупных больниц, часто на благотворительные средства, появление специализированных лечебных заведений<sup>319</sup>. Учитывая неблагоприятную демографическую ситуацию в стране, сохраняющуюся высокую детскую и материнскую смертность правительством обращалось особое внимание на организацию родовспоможения на местах. «Вся масса русского населения, притом не только деревенского, но и городского, довольствовалась услугами невежественных повитух, помощь которых зачастую приносила больше вреда, чем пользы»<sup>320</sup>.

В этот период серьезным препятствием для развития приказных лечебных учреждений оставался дефицит медицинских кадров, особенно остро ощущаемый в отдаленных губерниях. Врач, работавший в Забайкалье во второй половине XIX века, Николай Васильевич Кирилов в статье «Интересы изучения народной и тибетской медицины в Забайкалье» отмечал: «...Не только инородцы пользуются

<sup>316</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 32.

<sup>317</sup> Шмулевич М.М. Из истории медицинского обслуживания Западного Забайкалья в первой половине XIX века / М.М. Шмулевич // Советское здравоохранение, 1970. — №5. — С. 60.

<sup>318</sup> ГАЗК. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 5. — Л. 12.

<sup>319</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 45.

<sup>320</sup> Груздев В.С. Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России / В.С. Груздев // Акушерско-гинекологические учреждения России. — СПб: Гос. тип, 1910. — С. 8.

у лам, но и крестьянское население поневоле к ним обращается, потому, что своих знахарей - мокшанов имеет мало, да и лечат они не все болезни, собирают немногие травы и не имеют запаса столь обильного, как у каждого ламы»<sup>321</sup>.

К примеру, обученные в Тибете эмчи-ламы, которые затем работали в Забайкалье, имели определенное представление о лечении детских и акушерско-гинекологических болезней. Врачи тибетской медицины высокой квалификации, как правило, вели прием при дацанах и были мало доступны для жителей улусов и отдаленных кочевий, основная масса которых была бедной<sup>322</sup>. У лам-медиков низкой квалификации, к которым обращалась в основном беднота, отсутствовали специальные знания<sup>323</sup>. Этим пользовались всякие мошенники и шарлатаны, в лучшем случае поверхностно знакомые с тибетской медициной по общераспространенному рецептурнику и которые лечили больше молитвами и магическими заклинаниями<sup>324</sup>.

Известный исследователь Сибири академик В.А. Обручев в своем письме из Иркутска даже в конце XIX века отмечал, что на фоне нехватки аптек, больниц и лекарей, население вынуждено было лечиться народными средствами<sup>325</sup>. От разного рода эпидемических и других заболеваний, широко распространенных в дореволюционной Сибири, «население должно было само по себе оберегаться и само себе помогать»<sup>326</sup>.

В 1790 году в город Верхнеудинск прибыл лекарь Шиллинг и приступил к работе в Верхнеудинском военном госпитале<sup>327</sup>. Госпиталь стал прямым преемником батальонного лазарета, но по-прежнему походил на лазарет-

<sup>321</sup> Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения / Д.Б. Батоев — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. — С. 14.

<sup>322</sup> Аюшеева Л.В. Тибетская медицина в России / Л.В. Аюшеева — Улан-Удэ: Ринпоче-багша, 2007. — С. 67.

<sup>323</sup> Тибетская медицина у бурят / Т.А. Асеева, Д.Б. Дашиев, А.Д. Дашиев, С.М. Николаев и др. — Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. — С. 31-32.

<sup>324</sup> Аюшеева Л.В. Тибетская медицина в России / Л.В. Аюшеева — Улан-Удэ: Ринпоче-багша, 2007. — С. 48.

<sup>325</sup> Обручев В.А. В старой Сибири: сборник статей, воспоминаний и писем 1888-1955 / В.А. Обручев. — Иркутск: Книжное издательство, 1958. — С. 160.

<sup>326</sup> Там же. — С. 168.

<sup>327</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 2. — Л. 2.

богодельню, где большей частью находились дряхлые старики и неизлечимые больные.

В эти годы Удинск (Верхнеудинск) становится административным, военным, торговым и культурным центром всего Забайкалья. Город выгодно располагался на магистральных путях, проходивших из центра страны к Нерчинским серебряным рудникам и юго-восточным границам России с Монголией и Китайской империей.

Необходимость выделения Забайкалья в особую Удинскую провинцию объяснялась трудностями транспортного взаимодействия и хозяйственно-экономическими мотивами. С каждым годом увеличивался поток торговых, промышленных, военных, научных, ссыльных людей, проходивших и проезжающих через Удинск. «...Называемый до сего дня пригород Удинский переименован провинциальным городом, и учрежденная в оном канцелярия будет именоваться провинциальной канцелярией с подчинением Селенгинского, Нерчинского и Баргузинского комиссарств»<sup>328</sup>.

Иркутский приказ общественного призрения отказывался содержать за свой счет больных служащих, колодников, арестантов, военных чинов и казаков, которых должен был принимать военный лазарет Верхнеудинска. В частности, 29 декабря 1790 года для Верхнеудинского «гошпиталя», для поступающих больных было выдано штаб-лекарю Шиллингу медикаментов на сумму 431 руб. 02 копейки. Приказ общественного призрения при этом требует от Шиллинга составить журнал расхода денег, а также вести строгий учет оплаты больных за лечение<sup>329</sup>.

С 9 января 1803 года штаб-лекарь 7-го класса Шиллинг заведует Верхнеудинским больничным домом на 10 кроватей, таково было первоначальное название городской больницы<sup>330</sup>. Соответственно, датой открытия

---

<sup>328</sup> Пыкин В.М. Удинск - Верхне-Удинск: Статус и население во второй половине XVIII в. / В.М. Пыкин // Верхнеудинск: вехи истории: Материалы научно-практич. конференции). — Улан-Удэнская и Бурятская епархия Русской православной церкви, РОО "Общество культуры семейских Республики Бурятия", РОО "Общество русской культуры Республики Бурятия", ГАУК РБ "Национальная библиотека Республики Бурятия". — Улан-Удэ, 2014. — С. 12, 15.

<sup>329</sup> ГАРБ. — Ф. 55. — Оп.1. — Д. 3. — Л. 2.

<sup>330</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.1. — Д. 54. — Л. 16.

Верхнеудинской гражданской больницы необходимо считать 1803 год, а не 1805 год (по материалам М.М. Шмулевича).

По архивным данным, отметим рапорт квартального надзирателя Верхнеудинского городского секретаря Бранта Захара: «С 15 минувшего апреля по 1 число мая сего 1803 года больных в больнице было: мужчин 9 и женщин 4, всего 13. Умерло 2 мужчин и 1 женщина»<sup>331</sup>. Надо полагать, что военный госпиталь продолжал находиться на берегу реки Уда и, постепенно приходил в упадок из-за дряхлости помещений, кадровых и финансовых проблем.

Нами впервые установлено имя лекаря Верхнеудинского больничного дома. 17 февраля 1807 года он подписал один из документов: «Верхнеудинский штаб-лекарь 7 класса Кларин Шиллинг»<sup>332</sup>. В перспективе с целью расширения по требованию К. Шиллинга намечалось дополнительное строительство помещений для Верхнеудинской гражданской больницы. 11 марта 1805 года Иркутским приказом общественного призрения было решено выделить Верхнеудинскому больничному дому 350 рублей. На эти средства Иркутский приказ общественного призрения предлагает, сделать пристрой. В одном помещении разместить, лекаря и учеников, в других помещениях организовать 2 палаты, кухню, пекарню, баню. Принимать на лечение в больницу неимущих и отставных воинских чинов. Строительством пристроя должен заняться Верхнеудинский городничий.

Однако Верхнеудинское казначейство выдало положенные деньги только через полгода. По данному вопросу вышло постановление из Верхнеудинского отдела Приказа общественного призрения Верхнеудинскому городничему Первушину: «Штаб-лекарь Шиллинг рапортом доносит, о необходимости выполнения приказа общественного призрения от 11 марта 1805 года, о дополнительном строительстве первой половины Верхнеудинской больницы»<sup>333</sup>.

При этом, Шиллинг сообщает, что «не может непосредственно заниматься строительством и просит предоставить эту работу господину Городничему»<sup>334</sup>.

<sup>331</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 1. — Д. 56. — Л. 16.

<sup>332</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 5. — Л. 1.

<sup>333</sup> ГАРБ. — Ф. 55. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 3.

<sup>334</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 3. — Д. 33. — Л. 1.

Надо полагать, что у лекаря и так было достаточно прямых служебных обязанностей. Тем временем мероприятия по оснащению больницы продолжались. Так, на мягкий инвентарь лечебного учреждения было выделено серого сукна пятьдесят аршин и синего сукна – двадцать аршин 4 ноября 1805 года<sup>335</sup>. Не осталось в стороне, так как тоже было заинтересовано в открытии больницы и ее деятельности коренное бурятское население.

Верхнеудинскому городничему Первушину, докладывает штаб-лекарь Шиллинг 7 января 1806 года, о том, что «в 1805 году хоринские буряты выдали двадцать пять пудов овечьей шерсти для Верхнеудинской больницы»<sup>336</sup>. Шиллинг в марте 1807 года продолжает работать в Верхнеудинском больничном доме<sup>337</sup>. 29 мая 1807 года Верхнеудинским городничим получено два ящика медикаментов из Иркутска и лекарю рекомендовано составить подробный отчет о расходовании выделенных лекарств<sup>338</sup>. Также Иркутский Приказ общественного призрения требовал ежемесячный отчет о пролечившихся поселенцах, ссыльных и прочих в Верхнеудинской больнице<sup>339</sup>. Из чего можно заключить, что в больнице получали стационарную медицинскую помощь не только местные жители-горожане.

По архивным документам, мы узнаем, что сам Шиллинг страдает хронической болезнью, вероятно эпилепсией. Так, в Иркутское губернское правительство в 1808 году Верхнеудинский Городничий докладывает, что штаб-лекарь 7 класса Шиллинг страдает припадками, но продолжает работать в больнице<sup>340</sup>. Видимо опасаясь своего недуга и возможности остаться населению без медицинской помощи, он подготовил ученика по лекарскому делу Ивана Шунаева. При этом, Шиллинг хлопочет перед Верхнеудинским Городничим об административном подтверждении и выдаче документа о прохождении учебы и характеризует, что И. Шунаев «может работать даже лекарем»<sup>341</sup>. Городничий Карпилович предоставил

<sup>335</sup> ГАРБ. — Ф. 55. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 16.

<sup>336</sup> ГАРБ. — Ф. 55. — Оп.1. — Д. 3. — Л. 21.

<sup>337</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.2. — Д. 90. — Л. 1.

<sup>338</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 33. — Л. 32.

<sup>339</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 33. — Л. 23.

<sup>340</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 33. — Л. 32.

<sup>341</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 201. — Л. 1.



документы И. Шунаева в Иркутское губернское правительство, и способный ученик поступил на курсы лекарских учеников<sup>342</sup>.

Далее Указом Иркутского gubernского правительства от 26 сентября 1807 года утвердили лекарским учеником Ивана Шунаева, исключив его из казачьего звания и передав в Иркутскую врачебную управу<sup>343</sup>. 1 октября 1807 года Иркутская врачебная управа определила И. Шунаева на должность лекарского ученика города Нерчинска (более 800 километров от Верхнеудинска)<sup>344</sup>.

Начало XIX века было отмечено активным больничным строительством в губернских городах<sup>345</sup>. Но, при этом очень медленно строились приказные больницы в уездных и окружных городах. Медицинское обеспечение жителей уездных и прочих (заштатных) городов России находилось на гораздо более низком уровне. Эти города, согласно Указу об общественном призрении, имели право с дозволения властей создавать лечебные учреждения на общих основаниях<sup>346</sup>. После 1803 года приказы общественного призрения перешли в ведение Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Устройством и содержанием больниц, приютов и богаделен по-прежнему распоряжались местные губернские органы – приказа общественного призрения, которые теперь были подчинены Хозяйственному департаменту МВД<sup>347</sup>. Здесь утверждались сметы постройки и ремонта приказных зданий, рассматривались ежегодные отчеты о доходах и расходах приказов и их учреждений<sup>348</sup>. Как было указано

<sup>342</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 11. — Д. 201. — Л. 2.

<sup>343</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 201. — Л. 3.

<sup>344</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 201. — Л. 7.

<sup>345</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 143.

<sup>346</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 12.

<sup>347</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 48.

<sup>348</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 52.

выше, решение по реконструкции Верхнеудинской приказной больницы было принято в 1805 году. Принято, но не осуществлено.

Еще в 1807 году лекарь Шиллинг отмечает: «В здешнем больничном доме не имеется отдельного заразного отделения и само здание по ветхости стен, полов, окон и потолков не приспособлено для лечебной деятельности»<sup>349</sup>. Городская власть понимает проблему и по возможности участвует в процессе строительства.

Больничный дом, по всей видимости, состоял из одного здания. Была составлена смета по материалам и ремонту Верхнеудинского больничного дома, который длиной 20 сажень (1 сажень - 2,13 метра) и шириною 3,5 сажень, высотой 2 сажени. Общая смета составила 300 рублей<sup>350</sup>. В 1808 году гражданское лечебное учреждение города по-прежнему называлось Верхнеудинским больничным домом и подчинялось Иркутскому приказу общественного призрения. Интересно, что на лечение поступают по направлениям городской полиции и Верхнеудинского городничего. После выписки лекарь в обязательном порядке сообщает им о результатах госпитализации (выписан, умер). Вероятно, был такой порядок ведения документации.

В течение 1808 года в Верхнеудинскую городскую полицию обращается лекарь Шиллинг: «Находящийся в здешнем больничном доме Трифон Иванов заболел артритом»<sup>351</sup>, «Присланный в Верхнеудинский больничный дом для лечения Колодин Илья, признан здоровым и получил свободу»<sup>352</sup>, «Присланные ко мне из полиции больные поступили для лечения болезни 1 сентября 1808 года в больничный дом. Они вылечились и получили свободу»<sup>353</sup>. Верхнеудинскому городничему господину П.Е. Решетникову докладывает К. Шиллинг: «Присланный Вами 4 января 1810 года больной находится на лечении в больничном доме»<sup>354</sup>.

Существовала книга, в которую вносились все приходы и расходы Иркутским

<sup>349</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 9. — Л. 49.

<sup>350</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 9. — Л. 50.

<sup>351</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 11. — Д. 7. — Л. 1.

<sup>352</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 11. — Д. 7. — Л. 3.

<sup>353</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 8. — Л. 9.

<sup>354</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 17. — Л. 2.

приказом общественного призрения на содержание Верхнеудинской городской больницы<sup>355</sup>. Лечившихся больных было достаточно много, и они были разного социального положения. «О числе состоявших сего 1 марта 1809 года в городской больнице разного звания больных: 2 солдата, 1 казак, 1 отставной солдат, 30 ссыльных, 6 челноков, 5 колодников и другие. Итого находятся 51 чел. Подпись штаб-лекарь Шиллинг»<sup>356</sup>.

Таким образом, Верхнеудинская городская больница являлась первым и единственным городским лечебным учреждением в Забайкалье фактически до конца первой четверти XIX века. Необходимо отметить, что условия пребывания в больнице были далеко не лучшими. Постоянно не хватало мягкого и твердого инвентаря. «Страждущих болезнями людей немалое количество и большая часть лежит без призрения на голых досках за неимением постели, подушек, белья»<sup>357</sup>. Для решения вопроса был заключен договор от 11 октября 1809 с пятидесятником Иваном Поповым на изготовление для больницы мягкого инвентаря, всего 1547 наименований<sup>358</sup>.

Лекарь Шиллинг продолжает хлопотать о новом здании больницы и принципиальном устройстве ее в другом месте города. Соответственно, 25 августа 1809 года Верхнеудинскому городничему господину Титулярному советнику П.Е. Решетникову он сообщает: «Поступающие в ведение мое к пользованию больные разного звания люди. Одержимые различными болезнями, в том числе и венерическими, требующие особого надзора, как в употреблении лекарств, так и обеззараживающих мероприятий. Но в здешнем больничном доме нет, ни одного такого покоя и стены все в ветхом состоянии. Здание расположено вблизи церкви и городских домов, что не безопасно в санитарно-гигиеническом отношении. Считаю необходимым сообщить мое мнение о постройке нового дома с пристройками по течению реки Селенги ниже города на возвышенном месте»<sup>359</sup>.

<sup>355</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 9. — Л. 44.

<sup>356</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 14. — Л. 3.

<sup>357</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 12. — Л. 1.

<sup>358</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 15. — Л. 2.

<sup>359</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 9. — Л. 49.

Необходимо отметить, что финансов на содержание Верхнеудинской больницы катастрофически не хватало. «В здешней больнице находится немалое количество больных обоего пола. Выделено пять рублей из суммы, присылаемой из приказа на содержание. Истратил деньги, денег не хватает. Подпись штаб-лекарь Шиллинг. 23 октября 1808 г.»<sup>360</sup>. Расходы этого лечебного учреждения с 1 октября 1808 года по 16 января 1809 года составили 148 руб. 39 коп<sup>361</sup>. С 1 января 1809 года по 1 сентября 1809 года на содержание Верхнеудинской больницы выделено 500 руб. А расходы за этот период составили 487 руб. 63 коп., куда вошли покупка продуктов для больных, содержание работников и лечение больных, а также ремонт зданий и т.п.<sup>362</sup>. Ежемесячно Верхнеудинское казначейство перечисляло на содержание местной городской больницы 100 рублей.

Таким образом, расходы всегда превышали сумму полученных средств. В 1809 году произошло переименование больничного дома в городскую больницу. 9 сентября 1810 года казначейство направило в больницу уже 132 рубля<sup>363</sup>. Финансы сначала поступают в Верхнеудинское уездное казначейство, а затем в контору больницы. В 1811 году расходы по больнице составили 1675 руб. 70 коп, и на 1 января 1812 года осталось 69 руб. 19 коп<sup>364</sup>. Интересно, что за весь год финансы не были полностью использованы. Может быть, играла роль некоторая экономия средств на случай уменьшения финансирования по тем или иным причинам. Устройством и содержанием больниц, приютов, богаделен, казенных аптек в губерниях продолжали распоряжаться указы общественного призрения во главе с губернаторами, непосредственно подчинявшиеся Хозяйственному департаменту Министерства внутренних дел<sup>365</sup>.

28 августа 1812 года закончено строительство нового здания Верхнеудинской городской больницы. Приводим обращение Иркутского губернатора

<sup>360</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 9. — Л. 5.

<sup>361</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.6. — Д. 118. — Л. 5-6.

<sup>362</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.6. — Д. 120. — Л. 19.

<sup>363</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.5. — Д. 99. — Л. 25, 30.

<sup>364</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 6. — Д. 147. — Л. 26.

<sup>365</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 40-41.

Верхнеудинскому городничему господину Коллежскому асессору П.Е. Решетникову: «Получил от Верхнеудинского исправника господина Янковского донесение, что предназначенный дом для помещения больницы построен. Я рекомендую следить за порядком и чистотой, поскольку всякая неисправность или беспорядок останутся на собственной ответственности вашей»<sup>366</sup>.

Таким образом, открытие нового здания Верхнеудинской гражданской больницы, построенной по течению реки Селенги со всем имуществом произошло 3 ноября 1812 года<sup>367</sup>. Это первая в Забайкалье, обустроенная по существовавшим тогда нормативам приказная городская больница, организованная в Верхнеудинске<sup>368</sup>. Она принимала не только горожан, но и сельских жителей, нижних военных чинов, рабочих, а также поселенцев и ссыльных.

К примеру, Верхнеудинскому городничему 22 января 1814 года обращается смотритель Селенгинского солеваренного завода: «Заболел рабочий завода Федор Иванов. У него обнаружена опухоль на теле. Необходимо лечение в Верхнеудинской гражданской больнице»<sup>369</sup>. Больной был госпитализирован в больницу.

5 февраля 1814 года контора Верхнеудинской гражданской больницы докладывает в полицию о том, что «присланный на лечение Ф. Иванов умер 5 февраля 1814 года»<sup>370</sup>. Оказывается, что священник Верхнеудинской церкви проводил церковные обряды в городской больнице за отдельную плату. 19 сентября 1814 года на требования священника об оплате, Иркутский губернатор ответил отказом или же предложил оплатить за счет мелких расходов больницы<sup>371</sup>.

По-прежнему в Западном Забайкалье в 1816 году в Верхнеудинске работает штаб-лекарь К. Шиллинг<sup>372</sup>. Другой штаб-лекарь Верхнеудинского уезда

<sup>366</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 25. — Л. 1.

<sup>367</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 25. — Л. 6.

<sup>368</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 6. — Д. 181. — Л. 3-5.

<sup>369</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.8. — Д. 509. — Л. 2.

<sup>370</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.8. — Д. 509. — Л. 3.

<sup>371</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.14. — Д. 8. — Л. 1, 3.

<sup>372</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 326. — Л. 3.

Янчевский заболел и был переведен в Вятскую губернию 7 марта 1816 года по указанию Иркутского гражданского губернатора<sup>373</sup>. Но, и сам Шиллинг, как сказано выше тоже серьезно болел.

9 марта 1816 года Верхнеудинский городничий советник 8-го класса Измайлов, обращается к Иркутскому губернатору: «Занимающий здесь место лекаря надворный советник Шиллинг по болезненным припадкам и старостью, хотя и старается, но не вполне исполняет служебные обязанности, на что жалуются больные»<sup>374</sup>. Далее, городничий просит определить другого лекаря, поскольку лечением в Верхнеудинской больнице занимается ветеринарный врач Зборовский. 23 сентября 1816 года получен ответ, что «направляем из Кяхты штаб-лекаря Петрова или Токарева, впредь до определения в Верхнеудинске штатного лекаря»<sup>375</sup>. Но, никто так не приехал и К. Шиллинг по-прежнему продолжал трудиться в больнице. Только в конце 1816 года он выехал в Якутскую область.

Итак, после отъезда И.Ф. Ресслейна в Якутск, в Верхнеудинске в период с 1790 по 1816 годы оказывал медицинскую помощь штаб-лекарь 7 класса Кларин Шиллинг<sup>376</sup>. Он прослужил в Восточной Сибири около 30 лет, продолжал оспопрививание, за что Вольным Экономическим обществом был награжден медалью. Штаб-лекарь К. Шиллинг является организатором и первым врачом Верхнеудинской городской больницы Иркутского приказа общественного призрения<sup>377</sup>.

В другом крупном по тому времени городе Западного Забайкалья – Троицкосавске (Кяхта) состояние медицинской помощи также было далеко не лучшим. Первая городская больница в Троицкосавске была открыта в 1820 году и находилась в ведении Иркутского приказа общественного призрения.

<sup>373</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 42. — Л. 2.

<sup>374</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 42. — Л. 5.

<sup>375</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 42. — Л. 4.

<sup>376</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 326. — Л. 3.

<sup>377</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 2. — Л. 1.

В Троицкосавске работало 5 врачей, но акушеров в городе не было<sup>378</sup>. Крайне плохо обстояло дело с родовспоможением. Роженицы принимались в общественную-городскую больницу, где находились порой и заразные больные. Более того, для рожениц не было повивальной бабки, а обслуживал женщин фельдшер больницы. Родильница с новорожденным находились в общей палате. В течение года в больницу поступали на роды 15-18 женщин, преимущественно из бедных слоев населения. Безусловно, такая «акушерская» помощь приводила к тяжелым послеродовым заболеваниям матери и ребенка, высокой их смертности.

Таблица 5. Динамика количества врачей и коек в Верхнеудинской и Троицкосавской больницах Забайкальской области<sup>379</sup>.

Год	Количество врачей		Количество коек	
	Верхнеудинск	Троицкосавск (Кяхта)	Верхнеудинск	Троицкосавск (Кяхта)
1827	1	2	20	20
1871	3	3	40	20
1887	3	3	75	35
1898	3	-	20	-
1902	2	-	20	-
1910	5	-	85	-
1916	6	2	85	35

Постепенно почти за столетие в Верхнеудинске с повышением торгово-экономического, военного значения, роста численности жителей получает развитие городская медицинская помощь. А в городе Троицкосавске с падением оборота торговли с Китаем и Монголией в конце XIX начале XX вв. уровень городской медицины существенно снижается.

В 1826 году Министерство внутренних дел обязало городские самоуправления содержать больницы в уездных и более мелких городах, в то время как лечебные

<sup>378</sup> Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения / Д.Б. Батоев — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. — С. 10,13.

<sup>379</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. — начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С.33.

учреждения в губернских городах должны были находиться в ведении приказов общественного призрения<sup>380</sup>. В этот период все больницы в Забайкалье находились в подчинении Иркутского приказа общественного призрения. Деятельность приказов общественного призрения во многом зависела от денежных средств, которыми они располагали для организации медико-социальной помощи, а они были ограничены.

По данным Е.Д. Петряева за долгих 138 лет ожидания в Восточном Забайкалье в июне 1827 года по инициативе штаб-лекарей М.С. Кремкова и Ф.К. Джунковского открылась Нерчинская городская больница<sup>381</sup>.

В России гражданское здравоохранение охватывало, в основном малообеспеченные, социально-незащищенные слои населения. Предполагалось, по умолчанию, что обеспеченные люди могут, пользуются услугами частнопрактикующего медика. Вольной (частной) практикой могли заниматься врачи, фельдшера, повивальные бабки, дантисты и др., как занимающие казенные должности, так и не служащие – все, кто имел законное право на медицинскую деятельность<sup>382</sup>. Но, в Забайкалье в первой половине XIX века, больных, пользовавшихся частной практикой в силу низкого социально-экономического положения региона и крайнего недостатка специалистов, было очень мало<sup>383</sup>.

Поэтому, в течение первой четверти XIX столетия, заболевшие люди в случае крайней необходимости были вынуждены обращаться в единственную на такой огромной территории Верхнеудинскую городскую больницу. При этом по Указу от 29 декабря 1820 года его Императорского величества, Иркутского губернского правительствa для Верхнеудинского общего присутствия рекомендовано:

<sup>380</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 12.

<sup>381</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 366.

<sup>382</sup> Смирнова Е.М. Земская медицина и частная практика. / Е.М. Смирнова // Бюллетень ННИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. — Москва, 2014. — С. 185.

<sup>383</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп.1. — Д. 7. —Л. 1.



«Старых и дряхлых людей не принимать в больницы: Верхнеудинскую и Киренскую. Они отягощают казну»<sup>384</sup>.

В 1821 г. Западное Забайкалье преобразовано в один округ с центром в городе Верхнеудинске. Всего жителей в окружном городе было 2899 человек, в том числе 968 мужчин и 1931 женщин<sup>385</sup>. В городе в основном жило русское население, подразделяющееся по сословиям на купцов, мещан, воинских чинов, духовенство, цеховых и дворовых людей. Лечение в окружной Верхнеудинской приказной больнице на 20 коек было платным. Постоянно конторе больницы приходилось обращаться в полицейское управление Верхнеудинска с целью взыскания денежных средств за проведенное обследование и лечение<sup>386</sup>.

С 1820 года в Верхнеудинской приказной больнице работает штаб-лекарь Петр Иванович Сборовский<sup>387</sup>. С 30 декабря 1823 года он исполняет должность Верхнеудинского окружного лекаря. П.И. Сборовский занимается улучшением материально-технической базы больницы. 27 июня 1827 года было принято решение об изготовлении для Верхнеудинской гражданской больницы твёрдого инвентаря<sup>388</sup>. Так цена кроватей определена по 15 рублей, плевательных ящиков по 2 рубля, рукомойников по 2 руб., рамы в окна со стеклами и с покраской по 15 руб. Была составлена смета по заготовке пиломатериалов. Все работы завершились 12 сентября 1827 года<sup>389</sup>.

В связи с увеличением численности населения и ростом заболеваемости и смертности в Сибири в 1834-1837 гг. правительство обращает внимание на развитие приказных медицинских учреждений, но предупреждает при этом, что строить их необходимо «с надлежащей бережливостью»<sup>390</sup>. Но, постоянно растет количество призываемых, ведь лечебные заведения, подведомственные приказу, были единственными на огромной территории Забайкалья. И совершенно

<sup>384</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 56. — Л. 4.

<sup>385</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 10. — Д. 110. — Л. 11.

<sup>386</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 54. — Л. 1.

<sup>387</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 326. — Л. 3.

<sup>388</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.16. — Д. 389. — Л. 1-3.

<sup>389</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп.3. — Д. 403. — Л. 5, 10, 14.

<sup>390</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 94.

очевидно, что обеспечить всех нуждающихся медицинской помощью было невозможно. Стоимость пребывания в больнице продолжала оставаться высокой и составляла 18-20 копеек серебром в сутки (около 70 копеек ассигнациями). Необходимо учесть, что пуд хлеба в городе в то время стоил 27-28 копеек. Но, во всяком случае, это было дешевле, чем посещение частнопрактикующего врача.

В соответствии с врачебным Уставом за визит к врачу приходилось платить 30 копеек, за прием больного без рецепта взималось 15 копеек, за прием вне города - 60 копеек, за кровопускание - 7,5 копеек, за пользование пиявками - по 6 копеек за штуку<sup>391</sup>.

Таким образом, изменение торгово-промышленной и военной политики Российской империи в регионе привело к возникновению горных и военно-медицинских учреждений. Зарождение первых элементов государственной медицины началось с восточной части Забайкалья. Открывается Нерчинский Горный госпиталь (1742г.), в интересах лечения рабочего персонала сереброплавильных и золотоносных рудников и военных чинов, находившихся в Нерчинском Горном округе.

В Западном Забайкалье создание медицинского дела развернулось с военного лазарета и аптеки, которые открылись в городе Селенгинске в 1765 году. Медицинское обеспечение военных формирований было обусловлено беспокойной приграничной политикой соседних государств.

Гражданская система лечебных учреждений развивалась со значительным опозданием относительно военной и горнозаводской. Но, в результате постепенного усиления экономического, торгового, юридического значения повышается роль городов Забайкалья. В течение первой четверти XIX века Верхнеудинская приказная больница (1803г.) была единственным гражданским лечебным учреждением на всей территории Забайкалья.

---

<sup>391</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 17.

В городе Смоленске в 1810 году функционировала городская больница. Смоленская губерния являлась типичной аграрной губернией Центральной России, характеризующей состояние провинциальной медицины страны в дореволюционный период<sup>392</sup>. В городе Якутске в 1843 году построена гражданская больница на 40 коек, содержавшаяся Иркутским приказом общественного призрения<sup>393</sup>.

Вторую гражданскую больницу Забайкалья организовали в городе Троицкосавске (Кяхта) в 1820 году. И соответственно в 1827 году открыли третью городскую больницу в городе Нерчинск. Она же стала первой на территории Восточного Забайкалья. Эти приказные лечебные учреждения хоть и маломощные, но уже функционировали и были востребованы.

Таким образом, зарождение научной медицины в Забайкалье напрямую связано с экономической целесообразностью освоения и эффективного закрепления богатой ресурсами территории, необходимостью обеспечения военной охраны границ и началом мероприятий по социокультурному интегрированию региона в состав империи.

#### **2.4. Первые медицинские школы и подготовка кадров для Забайкалья**

Проблема дефицита врачей была решена в России в XVIII веке самобытным путем – созданием госпитальных школ<sup>394</sup>. В XVIII веке средние медицинские работники – лекарские ученики, проходили курс обучения при госпиталях.

В 1762 году первая в Забайкалье «госпитальная школа» открыта в Восточном Забайкалье при Нерчинско-Заводском Горном госпитале подлекарем Егором

---

<sup>392</sup> Коноплева Е.А. Становление и развитие здравоохранения Смоленской губернии (вторая половина XVIII в. – 1917 г.) / Е.Л. Коноплева, И.В. Отвагин, В.М. Остапенко — Смоленск: «Смоленская город. типография», 2015. — С. 6, 10.

<sup>393</sup> Николаев В.П. Общественное здравоохранение и медицина в Якутском (Ленском) крае: Опыт исторического и медико-социального анализа / В.П. Николаев. — Новосибирск: Наука, 2005. — С. 72.

<sup>394</sup> История медицины, история Отечества и культурологии. Учебное пособие для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. — М: Издательский дом «Русский врач», 2009. — С. 156.

Томиловым. Его воспитанники после окончания госпитальной школы в основном направлялись в качестве «разъездных по деревням»<sup>395</sup>.

Такая форма использования обученных специалистов преследовала цель приблизить доступность медицинской помощи и уменьшить распространение инфекционных заболеваний. В этот период организовалась первая медицинская библиотека в Забайкалье. С 1847 году библиотека при Нерчинско-Заводском госпитале насчитывала 55 книг на русском и латинском языках по всем основным разделам медицины. Госпитальные медицинские школы возникли позднее и при других крупных госпиталях Нерчинского Горного округа.

В Западном Забайкалье первым преподавателем медицины стал Петр Лебедев, организовавший в городе Селенгинске подобную госпитальную школу при военном лазарете. Позднее, прекрасно, зная и понимая лечебную нужду края и полную ее необеспеченность медицинским персоналом, лекарь И.Ф. Ресслейн также на добровольных началах набрал учеников, которых обучал медико-хирургическим навыкам, латинской грамоте, лечению наружных и внутренних болезней и знаниям анатомии человека<sup>396</sup>.

Обучение медицинской специальности в Забайкалье проводилось строго на научной основе с применением теории и практики. Без знаний по анатомии, терапии, латинского языка будущий помощник лекаря не мог заниматься лечением заболевших жителей. Таким образом, эта система обучения на местах просуществовала более 100 лет и позволила подготовить определенное количество столь необходимых медицинских работников<sup>397</sup>.

Летом 1795 года врач, член Медицинской коллегии С.С. Андреевский составил первый проект об изменении системы подготовки врачей. Согласно этому проекту, упразднялся выпуск подлекарей, подготовка которых была довольно

---

<sup>395</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 464.

<sup>396</sup> Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края / Е.Д. Петряев — Чита: Читинское книжное издательство, 1954. — С. 45, 51, 63.

<sup>397</sup> Цуприк Р.И. Из истории медицинских школ Забайкалья / Р.И. Цуприк // Литературное, историческое и медицинское краеведение. — Чита, 2014. — С. 261.

слабой, но им часто приходилось заменять лекарей<sup>398</sup>. Скорее всего правильное было решение, но, не учитывающее отечественных реалий, ибо в тех условиях, когда по стране в целом, а особенно на окраинах сохраняется общий большой дефицит медицинского персонала, это, безусловно, не способствовало повышению доступности лечебно-профилактических мероприятий.

Одной из проблем высокой материнской и детской смертности оставалась недоступность научного акушерства. В Забайкалье в начале XIX века родовспоможение в первую очередь подразумевало лишь помощь повитух. До открытия повивальных и фельдшерских школ повивальных бабок в Сибирь направляли из Европейской России. Они обучались повивальному искусству в Московском и Петербургском воспитательных домах<sup>399</sup>. Количество повивальных бабок, направленных в Сибирь из Европейской части России, было невелико и не могло удовлетворить, имеющейся в них потребности<sup>400</sup>.

В Сибири первые повивальные бабки появились в конце XVIII столетия, причем практиковали они преимущественно в городах. Учитывая это, ввиду крайней нужды в акушерских кадрах, начиная с 1809 года, пробовали готовить «крестьянских повивальных бабок» из местного населения. С этой целью предполагалось набирать более толковых молодых крестьянских женщин и прикреплять их для обучения к уездным повивальным бабкам сроком на 3 месяца. Но этот способ подготовки кадров не получил широкого распространения из-за полной неграмотности крестьянок.

Повышению качества акушерской помощи в России способствовали высочайше утвержденные государственные правила о экзаменах медицинских чиновников от 15 июля 1810 года<sup>401</sup>. В статье VI закона указано, что лекарям необходимо было иметь знания по повивальному искусству, разбираться в

<sup>398</sup> Егорышева И.В. С.С. Андреевский – ученый и реформатор медицинского дела в России / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2011. — № 6. — С. 47.

<sup>399</sup> Грудзинская Е.С. К истории повивальных и акушерско-фельдшерских школ Сибири / Е.С. Грудзинская // Акушерство и гинекология. 1955. — №1. — С. 74-79.

<sup>400</sup> Батоев Д.Б. История и современное состояние родовспоможения Бурятской АССР: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. — Томск, 1973. — С. 69.

<sup>401</sup> ПСЗРИ. — Т.31. — 1 собрание. — СПб, 1830. — Ст.24298. — С. 255-260.

болезнях беременных, рожениц и детей, а в статье VII говорилось, что желающий получить звание акушера, должен быть по крайней мере лекарем, обязан знать «повивальное искусство во всей его обширности», патологические положения плода и акушерские повороты, болезни новорожденных, владеть оперативной техникой.

В этом же документе говорилось о подготовке повивальных бабок. Повивальные бабки должны были уметь писать и читать, знать анатомо-физиологические особенности женского организма и новорожденного ребенка, владеть способами обработки пуповины и ухода за новорожденным ребенком. Повивальные бабки могли быть экзаменованы во Врачебных управах. Они были обязаны подавать сведения в соответствующую Врачебную управу о числе беременных женщин, количестве благополучных и неблагополучных родов. Акушеру предписывалось оказывать медицинскую помощь роженице, немедленно при обращении.

Во второй половине XIX века в области охраны здоровья населения Россия уже значительно отставала от европейских стран. Отмечалась высокая детская смертность. Так, в 1829 году в городе Верхнеудинске родилось 169 детей, умерло до 15 лет – 75 человек<sup>402</sup>. В 1874 году в Верхнеудинске родилось законнорожденных детей 65 человек, а умерло 92 человека<sup>403</sup>. По приходу Верхнеудинской Спасской церкви в 1874 году родилось 43 ребенка, умерло до года – 11, от 1 года до 5 лет – 9, от 5 лет до 10 лет – 2. Всего – 22 ребенка<sup>404</sup>.

Детская смертность в городе Кяхта в 1855 году составляла 406,5 на 1000 родившихся, а в 1860 году – 403,5<sup>405</sup>. Основными причинами столь высокой детской смертности, по заключению Боткинской комиссии (1886), являлись

<sup>402</sup> ГАРБ. — Ф.11. — Оп.10. — Д.19. — Л. 68.

<sup>403</sup> ГАРБ. — Ф.128. — Оп.1. — Д.1384. — Л. 53.

<sup>404</sup> ГАРБ. — Ф.128. — Оп.1. — Д.1384. — Л. 14.

<sup>405</sup> Батоев Д.Б. К истории социальной демографии города Кяхта / Д.Б. Батоев // Материалы III республиканской научно-практической конференции врачей Бурятии. — Улан-Удэ, 1975. — С. 37.

«кишечные инфекции, недоброкачественное, несообразное, несвоевременное кормление и полное отсутствие ухода за детьми»<sup>406</sup>.

В конце XIX века, средняя продолжительность жизни россиян составляла 32,3 года (31,3 года для мужчин, 33,4 года для женщин). В то же время в Австрии – 38,8 лет, Германии – 42,2, Италии – 43, Англии – 46, Франции – 47,4 года<sup>407</sup>.

Во второй половине XIX века лишь 11 губерний сохранили приказы общественного призрения, в том числе Иркутская губерния и соответственно Забайкальская область<sup>408</sup>. Поскольку приказные лечебные учреждения по-прежнему испытывали недостаток не только врачей, но и среднего медицинского персонала, при губернских приказных больницах стали создаваться фельдшерские училища, а позднее и повивальные училища. Их деятельность регламентировалась специально разработанным положением о школах для подготовки фельдшеров<sup>409</sup>.

Открытая в Забайкалье впервые в 1851 году повивальная школа в Чите вскоре была закрыта<sup>410</sup>. Вероятнее всего, это было связано с организацией в 1851 году Забайкальского казачьего войска и с увеличением потребности в медицинских кадрах и улучшения их качества для медицинского обеспечения казачьих частей и приписного казачьего населения Забайкальской области.

Но, при этом согласно заключению Военно-Медицинского Ученого Совета фельдшерскую школу при открывшемся в 1857 году Читинском военном полугоспитале рекомендовано не учреждать<sup>411</sup>. Хотя на тот период уже были

<sup>406</sup> Шабалов Н.П. Педиатрия / Н.П. Шабалов — Санкт-Петербург, 2002. — С. 793.

<sup>407</sup> Злодеева Е.Б. Роль врачебного сообщества в становлении системы государственного здравоохранения в России в конце XIX - начале XX вв. (на примере Пироговских съездов врачей) / Е.Б. Злодеева — Москва, 2006. — С. 26.

<sup>408</sup> Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина — Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. — С. 137.

<sup>409</sup> Там же. — С. 78.

<sup>410</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 190.

<sup>411</sup> Лазарева С.И. Роль городских дум Дальнего Востока в активизации социальной работы (90-е гг. XIX в – 1917 г.). / С.И. Лазарева, О.И. Сергеев // ОЙКУМЕНА. Регионоведческие

условия, возможности и что важно накопленный опыт для подготовки медицинского персонала в Забайкальской области. Но, необходимые мероприятия по каким-то причинам откладывались либо задерживались. Т.е. можно говорить о непоследовательности государственной политики в отношении здравоохранения окраин в начале второй половины XIX столетия.

Только в 1872 году, т.е. через 15 лет от момента открытия Читинского полугоспиталя на его базе была создана военно-фельдшерская школа. Преимуществом пользовались дети казаков, направленные по решению станичных сходов. За бесплатное обучение выпускники обязаны были отработать 6 лет в лазаретах или больницах военного ведомства, чаще всего в психиатрических. Программа 4-летнего курса была насыщенной, преподавание велось с позиции клинической медицины, фармации.

Подготовка медицинских специалистов была организована на широкой естественнонаучной основе. Количество учащихся в разные годы менялось, т.к. кроме «казеннокоштных» принимались еще и «сверхкомплектные». В 1886 году, например в школе было 16 учеников, в 1894 году 29 учеников. Как правило, все они работали только в Забайкальской области. Вероятнее всего некоторое насыщение слабо развитой в то время лечебной сети области медицинскими средними кадрами послужило одной из главных причин прекращения деятельности Читинской военно-фельдшерской школы в 1905 году.

В дальнейшем в начале XX века фельдшерские кадры для Забайкалья стали готовить Иркутская, Омская, Петербургская фельдшерские школы по направлению областного медицинского правления<sup>412</sup>. Сохранялся и метод ускоренной подготовки при госпиталях менее квалифицированных «ротных» фельдшеров.

На примере работы казачьего фельдшера можно представить уровень сельской медицинской помощи в начале XX столетия. В 1904 году по решению казачьего

---

исследования. Научно-теоретический альманах. Выпуск 1. Дальнаука — Владивосток, 2006. — С. 40.

<sup>412</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1992 год. — Чита, 1992. — С. 85-86.



схода Цаган-Олуевской станицы Иван Эпов был направлен в Петербургскую военно-фельдшерскую школу. В 1908 году после окончания ее вернулся в Забайкалье: «Труд фельдшера ни во что не ставился. Мы обязаны были после окончания школы отработать в казачьем войске 6 лет, выплачивались нам какие-то несколько рублей в месяц. Но, во сто крат горше материальной неустроенности была социальная придавленность. Станичный медпункт обслуживал 6-8, а нередко и больше сел. В нашем распоряжении было ограниченное количество медикаментов и инструментов. Вся забота наших инстанций не шла дальше требований о присылке отчетов. Смерть вообще часто заглядывала в казацкие и крестьянские дома. Оспа, скарлатина, корь, дифтерит, брюшной тиф уносили много человеческих жизней, уродовали и коверкали оставшихся в живых»<sup>413</sup>.

В Читинском полугоспитале лечили не только военных, но и коренное и сельское гражданское население за высокую плату<sup>414</sup>. В 1875 году при Читинском военном полугоспитале впервые в Забайкалье были выделены родильные койки для гражданского населения<sup>415</sup>.

В этот период на базе полугоспиталя функционировала войсковая повивальная школа с родильными койками, в которой ежегодно обучались повивальному искусству до 10 учениц<sup>416</sup>. Учреждение содержалось на средства Забайкальского казачьего войска<sup>417</sup>, <sup>418</sup>. В программу подготовки повивальных бабок входило изучение анатомии, физиологии, акушерства, обучение уходу за больными роженицами и новорожденными. Ежегодно школа выпускала от 4 до 7-10 акушерок. Но, в 1888 году школа сделала последний выпуск.

<sup>413</sup> Цуприк Р.И. 120 лет со дня рождения отличника здравоохранения фельдшера И.Е. Эпова (1887-1949 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. — Чита, 2007. — С. 42.

<sup>414</sup> Дьяченко Н. От полугоспиталя к современной клинике. Газета «Красная Звезда» 30 октября 2008.

<sup>415</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск, 1975. — С. 135.

<sup>416</sup> Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. Новосибирск, 2000. — Т.1. — С. 241.

<sup>417</sup> Батоев Д.Б. История и современное состояние родовспоможения Бурятской АССР: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. — Томск, 1973. — С. 72.

<sup>418</sup> Журавлева К.И. К истории родовспоможения в Забайкалье. / К.И. Журавлева // Акушерско-гинекологическая практика в Забайкалье. Сб. ст. — Чита, 1961. — С. 8.

Газета «Восточное обозрение» за №18 по этому поводу писала в 1888 году: «Мотивы закрытия сводятся к тому, что школа казачья, а казачек в ней по 4, по 3, а то и по одной учатся». И далее автор дает оценку сложившейся акушерской помощи: «штат станичных акушерок 17 человек, в ведении каждой 3-4 станичных округа, в которых от 2160 до 4320 женщин, от 216 до 432 восприятий каждый год. Территория, находящаяся в ведении одной акушерки, протянулась по реке Ингоде верст на 500, и вверх по реке Чите верст на 50-60»<sup>419</sup>.

Странным мотивом к закрытию послужило «отсутствие потребности в акушерках». В том же году по всей Забайкальской области насчитывалось всего 17 повивальных бабок. Еще хуже было положение по медицинскому обеспечению сельского населения. Гражданских акушерок на всю Забайкальскую область было всего 10 штатных единиц, из них 2 акушерки работают в городе Чита. Вероятнее всего, возобладал здравый смысл и повивальную школу, готовившую и сельских акушерок пока не закрыли. Она все-таки просуществовала до 1905 года. В апреле 1908 года в Чите открылась частная повивальная школа с родильным отделением доктора медицины А.Д. Давыдова и врача А.Л. Цейтлина по подготовке повивальных бабок 2-го разряда<sup>420</sup>. В том же году было принято 25 учениц. Но в 1911 году и эта школа перестала функционировать<sup>421</sup>.

Первым лекарским учеником европейской школы, из бурятской среды является Дамба Хуреганов<sup>422</sup>. Он начал обучаться медицине 18 мая 1801 года в Иркутске<sup>423</sup>. Было дано предписание самого Императора: «Дамбу Хуреганова определить лекарем в Балаганское комиссарство для лечения лиц коренного населения согласно желанию их, на собственное их содержание». Далее в предписании: «...на будущее принимать молодых, способных людей из коренного населения

<sup>419</sup> Цуприк Р.И. Из истории медицинских школ Забайкалья. / Р.И. Цуприк // Литературное, историческое и медицинское краеведение. — Чита, 2014. — С.262.

<sup>420</sup> Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. — Новосибирск, 2000. — Т.2. — С. 242.

<sup>421</sup> Цуприк Р.И. Из истории медицинских школ Забайкалья. / Р.И. Цуприк // Литературное, историческое и медицинское краеведение. — Чита, 2014. — С.262-263.

<sup>422</sup> Батоев Д.Б. История и современное состояние родовспоможения Бурятской АССР: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. — Томск, 1973. — С. 57.

<sup>423</sup> Тагаров Э. Новые данные о Д. Хуреганове. / Э. Тагаров // Этнографический сборник. — Улан-Удэ, 1961. — Вып.2. — С.157-158.

для обучения медицинскому искусству, и когда они окажут надлежащие успехи определить их лекарскими учениками»<sup>424</sup>. Налицо факт о начале подготовки дореволюционным правительством в начале XIX века медицинских специалистов из коренного бурятского населения.

Таким образом, мы можем говорить о заинтересованности власти в подготовке и трудоустройстве национальных медицинских специалистов. Но, здесь все-таки речь идет о Прибайкальской территории, где ассимиляция местного населения происходила раньше и быстрее. Так, впервые в Агинских степях (Восточное Забайкалье) у коренного бурятского населения фельдшер появился только в десятых годах XX века<sup>425</sup>.

Первая бурятская акушерка европейской школы - Варвара (бурятское имя Дулгар) Владимировна Вампилова. Она родилась в с. Аларь Балаганского уезда Иркутской губернии в 1888 году. Самостоятельно подготовившись, поступила в центральную акушерско-фельдшерскую школу Иркутска в 1903 году. Свидетельство об окончании курса медицинских наук было выдано 29 сентября 1908 года<sup>426</sup>. Ее направили в Забайкальскую область на Агинский участок (ныне Забайкальский край).

Вот что писал в очерке А.И. Термень, посетивший Агинские степи в 1909 году: «...в селе Агинское одна из буряток не могла родоразрешиться. Призвали ламу, он построил шалаш, расставил свои молитвенные атрибуты, дал роженице в каждую руку по белой мыши и стал читать молитвы и заклинания. Но все это не помогало. Тогда родственники поехали за акушеркой В. Вампиловой. Та помогла роженице, предварительно выслав ламу из комнаты, и все прошло благополучно.

---

<sup>424</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 58.

<sup>425</sup> Линховоин Л. Заметки о дореволюционном быте агинских бурят / Л. Линховоин — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1972. — С. 76.

<sup>426</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 62-65.

Все очень были удивлены, что роженица могла разрешиться без заклинаний и белых мышей»<sup>427</sup>.

За короткое время В. Вампилова приобрела огромную популярность среди бурятского населения. «Они, читаем в газете «Сибирь», 1916 год – раньше обращавшиеся исключительно к своим лекарям-ламам, приезжают к ней за сотни километров и часто увозят ее к себе». «И вот, - пишет А.Д. Руднев, - Агинское и Цугольское инородческое общество на собрании, выдали ей, женщине – бурятке, стипендию (420 рублей в год) на три года для усовершенствования в европейской медицине»<sup>428</sup>. Идет постепенное признание в умах коренных жителей Забайкалья преимуществ научной медицины, необходимо только обеспечить фактор ее доступности.

В 1911 году В.В. Вампилова едет в Санкт-Петербург на высшие курсы Лесгафта и на курсы Клинического Повивально-гинекологического института. В 1913 году она вернулась в Цугольское ведомство Забайкальской области. В конце 1914 года в Урге (ныне Улан-Батор, Монголия) началась эпидемия сыпного тифа. В.В. Вампилова многим оказала медицинскую помощь, но заразилась сама. 12 декабря 1914 года ее не стало.

Чтобы обеспечить огромную территорию Сибири врачами, в 1825 г. было принято специальное правительственное положение Сибирского комитета «О высылке в Санкт-Петербургское и Московское отделения Медико-хирургической академии из существующих в Сибири духовных семинарий воспитанников»<sup>429</sup>. Практика обучения медицине семинаристов, знающих латынь, существовала еще с XVIII века. В данном случае правительство, рассчитывало, что выпускники не будут бояться работать в привычных климатических и бытовых условиях.

Так, 15 октября 1857 года выходит высочайше утвержденное положение Комитета Министров «Об увеличении числа медицинских стипендиатов в

<sup>427</sup> Батоев Д.Б. 120 лет со дня рождения первой профессиональной фельдшерицы-акушерки Аги Вампиловой В.В. (1888-1914 гг.) / Д.Б. Батоев // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2008 год. – Чита, 2008. – С. 173-177.

<sup>428</sup> Руднев А.Д. Заметки по монголоведению: Дулгар (Варвара Владимировна Вампилова). // Ж. Живая старина. – СПб, 1915. – Выпуск 1-2. – Прилож.№1. – С. 26.

<sup>429</sup> ПСЗРИ. – Т.40. – 1 собрание. – СПб, 1830. – Ст.30464. – С. 446-447.

Университетах и об улучшении содержания врачей вообще», отмечалось, что для обеспечения общественного здоровья необходимо укомплектовать должности уездных и городских врачей. При этом предлагалось увеличить содержание врачей<sup>430</sup>.

В 1868 году в самом густонаселенном Верхнеудинском округе с населением больше 100 т. человек работало только 2 врача, 1 при гражданской Верхнеудинской больнице, 1 по округу<sup>431</sup>.

Еще во второй половине XIX века стала очевидной необходимость подготовки врачей непосредственно в Сибири. Таким образом, в 1888 году открылся первый за Уралом Императорский Томский университет в составе которого организован медицинский факультет. Общественность города Верхнеудинска принимала активное участие в организации этого высшего учебного заведения. Есть архивное дело, свидетельствующее «О ходатайстве Верхнеудинской городской управы об открытии Сибирского университета в городе Томске. С 12 июля 1876 г. по 20 июля 1876 г.».

Верхнеудинский городской голова 16 июля 1876 года письмо № 59 г. Верхнеудинск: «Донесение об учреждении Сибирского университета в городе Томск. Господину военному губернатору Забайкальской области. Верхнеудинская городская дума в собрании 12 июля, выслушав предложенное мною на обсуждение письмо Томского Городского Головы, от 23 июня с изложением доводов и оснований к учреждению Сибирского университета в городе Томск, а не в Омске. Городской Голова гласный Титулярный советник Александр Попов»<sup>432</sup>. Решение было абсолютно правильным по нескольким причинам.

Во-первых, Верхнеудинск и Томск уже сотрудничали и были налажены общественные и экономические связи, во-вторых, Томск находится значительно ближе, что позволит обучаться в университете большему числу желающих из Забайкалья. С 1888 по 1917 гг. в Томском университете было подготовлено 1411

<sup>430</sup> ПСЗРИ. — Т.32. — 2 собрание. — Отд.1. — СПб, 1857. — Ст.32278. — С. 803-804.

<sup>431</sup> ГАРБ. — Ф.337. — Оп.1. — Д.47. — Л. 91.

<sup>432</sup> ГАРБ. — Ф.319. — Оп.1. — Д. 83. — Л. 3.

врачей, практически до полусотни в год. Этого было явно недостаточно, но все же столь необходимо для кадрового медицинского обеспечения огромной территории Сибири и Дальнего Востока<sup>433</sup>.

Таким образом, после официального закрепления Забайкалья в составе Российской империи серьезного развития социально-экономической базы правительством в начале XVIII не предусматривалось. Только с момента промышленно-сырьевого освоения и постепенного заселения русским населением территории Забайкалья возникают первые элементы экономической деятельности, активно развивается торговля, ремесла, земледелие. На месте острогов возникают города. Открытие залежей драгоценных металлов придает стратегическое значение региону, хотя зарождавшаяся промышленность имеет кустарный характер, а труд рабочих заводов бесплатный.

Зарождение медицинского дела в Забайкалье началось с ее восточной части в 1741 году, так как, добыча серебра, свинца, олова, золота наращивалась и возникла существенная необходимость призрения больных служителей, рабочих заводов, воинских чинов и членов их семей. Высокая заболеваемость и смертность приводила к снижению экономических результатов и ухудшению производительности труда.

Первым государственным лечебным учреждением на территории Забайкалья стал Горный госпиталь, открытый в Нерчинском Горном округе в конце первой половины XVIII века (1742г.), в интересах лечения рабочего персонала сереброплавильных, золотодобывающих рудников и воинских чинов.

Таким образом, эволюция промышленной политики явилась прямым следствием торгово-экономической целесообразности освоения и закрепления пограничного края, что подвигло в итоге на решение и социальных проблем.

Обеспечение военно-стратегической безопасности Российской империи в регионе привело к возникновению военно-медицинских учреждений сначала в

---

<sup>433</sup> Мендрина Г.И. К истории высшего медицинского образования в Сибири в XX столетии / Г.И. Мендрина, Л.А. Мочалина // Материалы III съезда конфедерации историков медицины. — Москва, 20-22 мая 2009. — Т.1. — С. 263.

Западном Забайкалье, где проходил наиболее короткий караванный путь в Монголию и Китай. Город Селенгинск становится опорным военно-пограничным форпостом. Первое лечебное учреждение - военный лазарет и аптека открылись именно в городе Селенгинске в 1765 году, благодаря лекарю Петру Лебедеву. Вторым стационарным лечебным учреждением в Западном Забайкалье в конце 80-х годов XVIII века стал батальонный лазарет в городе Верхнеудинске, в дальнейшем военный госпиталь.

Гражданская система лечебных учреждений развивалась со значительным опозданием относительно военной и горнозаводской. Появление городской медицины связано с усилением торгово-экономического, культурного и юридического значения городов Забайкалья, но было неравномерным.

Следствием роста госпитальной базы стала организация подготовки лекарских учеников из числа местного населения. Первая медицинская школа была открыта подлекарем Е. Томиловым в 1762 году при Нерчинско-Заводском госпитале, далее открываются школы при Селенгинском и Верхнеудинском военных лазаретах в конце второй половины XVIII века.

При этом система медицинского образования учеников базировалась на научных знаниях анатомии, терапии, фармации, изучении латинского языка. Проблема огромного дефицита врачей и подлекарей в Забайкалье создавала условия для такой деятельности и возможности ее разрешения были востребованы.

Первой актуальной задачей охраны здоровья населения, безусловно стало оспопрививание, введенное с 1770 года сначала в Западном Забайкалье. В Восточном Забайкалье впервые стали прививать оспу в городе Нерчинске в период 1809-1811 годов.

Но, эти мероприятия тогда еще не носили системный характер и проводились только врачами-энтузиастами методом вариоляции.

Нами доказано, что с 1 сентября 1811 года начинаются целенаправленные государственные мероприятия по оспопрививанию на территории всего Забайкалья, как актуальной медико-профилактической задачи по сохранению и

укреплению человеческого потенциала. Несмотря на принимаемые государством определенные меры по улучшению медицинского обеспечения населения, ввиду высокой платы за лечение в функционировавших единичных больницах и госпиталях и при этом относительной доступности и эффективности народной и традиционной тибетской медицины сельское, коренное и городское население Забайкалья при различных болезнях по-прежнему продолжает обращаться к знахарям и эмчи-ламам.

Только в конце XIX века в Забайкальской области с большим опозданием, нежели в центральной части России, стали систематически готовить фельдшеров и повивальных бабок.

Таким образом, на социальные процессы, происходившие в Забайкалье, влияли, прежде всего, геополитические, природно-климатические условия, менталитет коренного и «пришлого» населения, обусловленный вековыми традициями, религией, принятым образом жизни. Определяющим направлением становления медицинского дела Забайкалья стала военно-политическая и промышленно-сырьевая стратегия дореволюционного правительства, которая первоначально сводилась только к медицинскому обеспечению приоритетных направлений, а именно военное присутствие, экономическая выгода, и целесообразность. Эволюция государственной политики, напрямую связанная с решением задач по закреплению и дальнейшему рациональному освоению территории Забайкалья, приводит также к началу развития городской инфраструктуры.

Итак, в Забайкалье с 1742 по 1803 гг. формируется первый этап становления основ системы здравоохранения, связанный с ее зарождением и характеризующийся организацией горнозаводской и военной медицины.



## ГЛАВА 3. СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬЕ В XIX-НАЧАЛЕ XX ВВ.

### 3.1. Создание медицинского управления Забайкальской области

С 1849 года генерал-губернатор Восточной Сибири Н.Н. Муравьев неоднократно поднимал вопрос в правительстве Российской империи о создании административно-территориальной единицы на территории Забайкалья<sup>434</sup>. При этом Забайкалью отводилось место важного военного опорного пункта в освоении Дальнего Востока. Таким образом, внешнеполитический аспект становится решающим в образовании области.

Согласно Высочайше утвержденному положению от 11 июля 1851 года<sup>435</sup> «О управлении Забайкальской области», вышел Именной Указ «Из Забайкальских округов Иркутской губернии: Верхнеудинского, за исключением Троицкосавска и слобод Кяхтинской и Усть-Кяхтинской с прилегающими к ним землями и Нерчинского, образовать особую Забайкальскую область с учреждением областного управления в г. Чите, которое вознести на степень областного города»<sup>436</sup>.

22 октября 1851 года открыта Забайкальская область, объединившая Западное и Восточное Забайкалье<sup>437</sup>. Стратегическое направление создания области прямым образом отразилось на структуре органов местной власти, которое подразумевало упрощенное управление. В состав администрации вошли: военный губернатор, областное правление, инспектор по медицинской части, областной прокурор<sup>438</sup>.

Отсутствие губернского совета наделяло Забайкальского военного губернатора правом автономного самостоятельного управления врачебно-санитарной частью, осуществления контроля над делопроизводством, принятия решения по всем

<sup>434</sup> Ремнев А.В. Россия Дальнего Востока. Имперская география власти XIX – начала XX веков / А.В. Ремнев — Омск, гос. ун-т, 2004. — С. 185-186.

<sup>435</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 156. — Л. 1 об.

<sup>436</sup> ПСЗРИ. — Т.26. — 2 собрание, отд.1. — СПб, 1852. — Ст.25394. — С. 476.

<sup>437</sup> Материалы по Восточной Сибири. — Санкт-Петербург, 1882. — С. 42.

<sup>438</sup> Палин А.В. Роль государства в хозяйственном и социокультурном освоении Азиатской России XVII – начала XX века / А.В. Палин // Сборник материалов региональной научной конференции. — Новосибирск, 2007. — С. 276-288.

социально-экономическим и хозяйственным вопросам во вверенной области. Окончательное решение по медицинскому обеспечению оставалось за военным губернатором, который не мог быть достаточно компетентным по всем вопросам организации структуры народного здоровья.

Согласно положения о Забайкальской области во главе врачебного отделения по штату назначался инспектор медицинской части области, должность которого объединялась с должностями областного и войскового врачей с расположением в областном центре г. Чите<sup>439</sup>.

Назначение первого инспектора медицинской части произведено Министерством Внутренних дел России приказом № 1612 от 24 марта 1852 года<sup>440</sup>. Генерал-губернатор Восточной Сибири приказом №564 от 14 марта 1852 года по представлению от 3 марта 1852 года военного губернатора Забайкальской области, поручает войсковому доктору Забайкальского казачьего войска Н.Ф. Ворожцову исполнение должности инспектора медицинской части Забайкальской области<sup>441</sup>.

Николай Федорович родился в 1813 году в купеческой семье<sup>442</sup>. В 1841 году сдал экзамен на звание лекаря в Московской медико-хирургической академии. В 1860 году Коллежский советник Н.Ф. Ворожцов продолжает работать инспектором медицинской части Забайкальской области. С 1861 года он директор Читинского детского приюта, дивизионный доктор войск Забайкальской области<sup>443</sup>.

Инспектор медицинской части был подчинен военному губернатору Забайкальской области по всем вопросам своей деятельности<sup>444</sup>. В свою очередь ему были подчинены все государственные и частные медицинские учреждения, и

---

<sup>439</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 35. — Л. 5.

<sup>440</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 35. — Л. 20-20 об.

<sup>441</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 35. — Л. 32 об.

<sup>442</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 33. — Л. 20.

<sup>443</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 131.

<sup>444</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 5. — Л. 180.

персонал Забайкальской области в отношении надзора, ревизии, отчетов по деятельности<sup>445</sup>.

Все сведения инспектор отправлял военному губернатору, который составлял полный отчет о деятельности медицинской части области за определенные периоды и отправлял их в Главное управление Восточной Сибири и Медицинский департамент Министерства внутренних дел. Приказы по медицинской части издавал военный губернатор Забайкальской области предварительно, согласовав с Министром внутренних дел.

Таким образом, управление врачебно-санитарной частью в Забайкальской области было возложено на военного губернатора. Весной 1862 года в Обществе русских врачей в Москве с жесточайшей критикой существующей приказной системы здравоохранения выступил вице - директор Медицинского департамента Н.И. Розов. В качестве основных ее недостатков он отмечал малочисленность и неудовлетворительное состояние больниц, недоступных сельскому населению, лекарственное обеспечение лечебных учреждений по устаревшим каталогам Министерства внутренних дел, бюрократические методы управления медицинскими учреждениями.

В не земских губерниях функции приказов общественного призрения полностью или частично стали переходить к местным губернским или областным правлениям<sup>446</sup>. Так как с 1865 года увеличилось количество округов Забайкальской области и соответственно предполагалось увеличение числа медицинских учреждений и персонала. С целью создания эффективного аппарата управления медицинской службой области, были попытки организации канцелярии инспектора медицинской части в течение 1865-1867 гг.

В 1872 году медицинская часть Забайкальской области расширилась за счет медицинских учреждений и персонала Троицкосавского, Акшинского,

---

<sup>445</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 5. — Л. 44, 46 об.

<sup>446</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 86.

Нерчинского округов, вошедших в состав области<sup>447</sup>. Причем на инспектора врачебного отделения возложены и обязанности по войсковой медицинской части региона<sup>448</sup>.

8 июля 1865 года введены в действие «Временные правила о преобразовании губернских учреждений ведомства Министерства внутренних дел в 37 губерниях и Бессарабской области». Согласно этим правилам вопросами медицины стали ведать врачебные отделения губернских и областных правлений. Во главе врачебных отделений назначались врачебные инспектора. Врачебные отделения были подчинены вице-губернаторам. В указе Правительствующего сената от 23 августа 1865 года были перечислены все 37 губерний, где были произведены преобразования губернских учреждений ведомства МВД. Забайкальская область под действие этих правил не попала. Но, в декабре 1867 года общее присутствие Забайкальского Областного правления обсуждало необходимость преобразования Забайкальского Областного правления, применяя статьи «Временных правил о преобразовании губернских учреждений ведомства Министерства внутренних дел в 37 губерниях и Бессарабской области»<sup>449</sup>.

Таким образом, в Забайкальской области предполагалось ввести в действие 8-й пункт этих правил, в котором говорится о том, что врачебному инспектору областного правления подчиняется канцелярия.

Инспектор медицинской части попросту оказался бессильным перед огромным потоком поступающих на его рассмотрение дел. Применительно к области предлагалось, чтобы канцелярия инспектора медицинской части Забайкальской области была образована на средства Забайкальского Областного правления. Сообразно правилам было принято решение, чтобы инспектор подчинялся вице-губернатору области. Соответственно, инспектор медицинской части и канцелярия образуют врачебное отделение Забайкальского Областного

<sup>447</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 16514. — Л. 1-8.

<sup>448</sup> Эпов Н.И. Забайкальское казачье войско / Н.И. Эпов — Нерчинск. Типография М.Д. Бутина, 1889. — С. 12.

<sup>449</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 808. — Л. 3.

правления<sup>450</sup>. А вице-губернатор, возглавлявший Забайкальское Областное правление, исполнял обязанности военного губернатора в отсутствие последнего<sup>451</sup>.

С 1 июля 1869 года все гражданские больницы Забайкалья, были переданы в распоряжение Забайкальского Областного правления. Если на территориях, где было введено земское самоуправление, медицина развивалась более активно, то в остальных губерниях и областях здравоохранение оставалось на дореформенном уровне<sup>452</sup>. Гражданские больницы в 70-х годах XIX столетия по-прежнему работали лишь в «старых» городах Забайкальской области: Верхнеудинске (на 40 коек), Троицкосавске (на 40 коек), Нерчинске (на 20 коек).

Таким образом, в результате административных преобразований в 1872 году было учреждено врачебное отделение Забайкальского Областного правления<sup>453</sup>. Соответственно, оно явилось преемником должности инспектора медицинской части, но в расширенном варианте.

Во главе врачебного отделения назначался областной врач, он же инспектор врачебного отделения<sup>454</sup>. В помощь ему определялись согласно штату помощник и делопроизводитель. В основу деятельности врачебного отделения легли профилактика инфекционных заболеваний; контроль за деятельностью лечебных заведений; освидетельствование лиц по состоянию здоровья; открытие частных лечебниц, родильных домов, зуболечебных кабинетов, аптек; заготовка и рассылка медикаментов, инструментов сельским врачам; определение, увольнение, представление к пенсиям, пособиям, наградам медицинских чинов.

Особое место в структуре врачебного управления отводилось ветеринарной части, которое лишь в 1897 году было выделено в самостоятельную структуру.

---

<sup>450</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 100. — Л. 2.

<sup>451</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп.2 (вр). — Д. 1234. — Л. 53.

<sup>452</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 86.

<sup>453</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 16514. — Л. 5.

<sup>454</sup> Памятная книжка Забайкальской области. — Иркутск, 1871. — С. 1.

Врачебное отделение Забайкальского областного правления функционировало до 1917 года.

Однако, осуществленные на рубеже XIX – XX веков реорганизации в деятельности военного губернатора, областного правления не подвергали пересмотру упрощенную систему управления Забайкальской областью. В это время в правительственных кругах по-прежнему в меньшей степени обращали внимание на перспективы широкого социально-экономического развития территории. Продолжал иметь место основной геополитический лейтмотив: «Забайкалье должно стать базой для русской армии на Дальнем Востоке»<sup>455</sup>.

Врачебным инспектором Забайкальской области в 1898 году работал Андрей Григорьевич Цитович<sup>456</sup>. Затем приказом военного губернатора Забайкальской области от 3 апреля 1908 года № 3185 «Высочайшим приказом по гражданскому ведомству от 17 марта 1908 года за № 16, исправляющий должность Херсонского Губернского врачебного инспектора, доктор медицины Статский советник Курбатов, назначен Забайкальским областным врачебным инспектором»<sup>457</sup>.

В газете «Правительственный вестник» № 66 от 21 марта 1908 года опубликован указ о данном назначении<sup>458</sup>. Но, он проработал недолго. С 3 ноября 1910 года Диодор Антипатрович Курбатов уволен в месячный отпуск и больше по документам Забайкальской области не значится<sup>459</sup>. Далее выполнение обязанностей областного врачебного инспектора возложено на его помощника доктора медицины В.А. Бурмакина<sup>460</sup>.

Владимир Абрамович Бурмакин, родился в городе Златоуст Уфимской губернии 1 июня 1878 года в семье чиновника<sup>461</sup>. В ноябре 1903 года окончил с

<sup>455</sup> Ремнев А.В. Россия Дальнего Востока. Имперская география власти XIX – начала XX веков / А.В. Ремнев — Омск, 2004. — С. 489.

<sup>456</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1170. — Л. 5.

<sup>457</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 4650. — Л. 2.

<sup>458</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 4650. — Л. 3.

<sup>459</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 4650. — Л. 21.

<sup>460</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (о). — Д. 4650. — Л. 19.

<sup>461</sup> Цуприк Р.И. 130 лет со дня рождения доктора медицины, хирурга, уролога, венеролога, организатора здравоохранения В.А. Бурмакина (1878 – после 1922 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2008 г. — Чита, 2008. — С. 64.

отличием Военно-медицинскую академию и поступил на службу врачом санитарного поезда Красного Креста. Принимал участие в боевых действиях Русско-японской войны 1904-1905 гг. После окончания войны два года работал в земской больнице в Златоусте. В 1908 году прошел курс научного усовершенствования в Военно-медицинской академии, в 1909 году защитил докторскую диссертацию и назначен помощником Забайкальского Областного врачебного инспектора. 3 апреля 1910 года В.А. Бурмакин с семьей прибыл в Читу и проработал одиннадцать лет по 1921 год. Врачебная практика была лишь частью деятельности помощника Областного врачебного инспектора В.А. Бурмакина, главной являлась организация всей санитарно-врачебной службы Забайкальской области<sup>462</sup>.

В июле 1912 года должность Областного врачебного инспектора занял доктор медицины А.В. Воскресенский. Алексей Васильевич Воскресенский, окончил медицинский факультет Киевского университета в 1898 году. Работал на кафедре патологической анатомии университета, участковым железнодорожным врачом ст. Везенберг Балтийской железной дороги, земским врачом в Смоленской губернии и Аккерманском земстве. С 1905 года А.В. Воскресенский работает хирургом Евангелической больницы (Одесса).

По данным проф. К.К. Васильева он выполнил докторскую диссертацию по теме «Стоваин. Экспериментальные данные и клинические наблюдения» в фармакологической лаборатории Новороссийского университета в Одессе. С 1911 года А.В. Воскресенский работает помощником врачебного инспектора в Иркутске. С 1912 года главный врач лазарета Красного Креста в Чите и врачебный инспектор Забайкальской области<sup>463</sup>. Обращает на себя внимание, что в период, с конца XIX начала XX вв. врачи с высокой научной степенью, имеющие опыт работы в земской медицине добровольно приезжают создавать систему здравоохранения на далекой окраине страны.

---

<sup>462</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение. Избранные труды исследователей Забайкалья. — Чита, 2014. — С. 383-384.

<sup>463</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) — Новосибирск, 2011. — С. 131-132.

Таким образом, в 1852 году была впервые введена должность инспектора медицинской части Забайкальской области, объединившей должности областного и войскового врачей. Ввиду геополитического значения Забайкальской области и решения государственных политических задач была организована упрощенная форма военно-административного управления.

Такая организация местной системы власти в первую очередь определяла единовластие, в том числе и при решении медицинских задач, поскольку на территории области находились, воинские соединения и в 1851 году было создано Забайкальское казачье войско. В гражданских больницах могли лечиться и военные чины, а военные врачи привлекались для медицинской помощи гражданскому населению. Безусловно, это было обусловлено, прежде всего, сохраняющимся дефицитом медицинского персонала и лечебных заведений.

Для более эффективного управления здравоохранением в 1872 году было организовано врачебное отделение Забайкальского Областного правления. Во второй половине XIX века в Забайкальской области не было введено земского самоуправления по образцу Европейской России, соответственно руководство медицинским делом осуществлялось государственным Областным врачебным правлением. Прямое подчинение врачебного отделения было только военному губернатору Забайкальской области и лишь формально Медицинскому департаменту Министерства внутренних дел. Это позволило сконцентрировать управление медицинским делом и осуществлять организационно-методические, противоэпидемические мероприятия военных и гражданских лечебных учреждений области.

Таким образом, содержание второго этапа зарождения здравоохранения в Забайкалье определяется возникновением гражданских медицинских учреждений сначала в городах и обозначается хронологическими рамками с 1803 по 1852 гг. Выделение города Читы (1851г.) как областного центра, имело прогрессивное значение для дальнейшего сосредоточения квалифицированных и научных медицинских кадров, привлечения дополнительных источников финансирования.



### 3.2. Развитие городской медицины в Забайкальской области

К началу 50-х годов XIX века в России существовало 450 небольших городских больниц, число коек в каждой из которых не превышало 25<sup>464</sup>. Генерал-губернаторы Восточной Сибири постоянно отмечали недостаток квалифицированных медицинских работников, слабую организацию медицинской части, ежегодный низкий естественный прирост населения<sup>465</sup>. Лечебная база для гражданского населения Забайкальской области по-прежнему состояла из городских больниц Верхнеудинска, Троицкосавска, Нерчинска и сельской Туркинской лечебницы. В городе Чите гражданской больницы в этот период еще не было.

В 1817 году в отдельных городах России появляется должность городского врача, которого по добровольному решению обывателей город мог содержать на свои средства. В функции городских врачей входили руководство городскими больницами, судебно-медицинская экспертиза, проведение санитарных мероприятий, борьба с эпидемиями<sup>466</sup>.

В 1841 году Верхнеудинская гражданская больница содержала на общественные средства собственного городского врача. Администрация Верхнеудинской больницы подчинялась Иркутскому приказу общественного призрения<sup>467</sup>. В 1842 году был издан специальный «Устав учреждений общественного призрения», а в 1851 году «Устав лечебных учреждений гражданского ведомства», содержащий правила по хозяйственной, медицинской, фармацевтической частям управления лечебницами.

В соответствии с правилами, приказы общественного призрения без согласования с министерством не имели права тратить средства даже на

<sup>464</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) — Новосибирск, 2011. — С. 137.

<sup>465</sup> Пономарева Е.Л. Ситуационный анализ истории Восточной Сибири генерал-губернаторами в 50-х годах начале 80-х гг. XIX века. (По материалам отчетов генерал-губернаторов): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.09. — Улан-Удэ, 2009. — С. 22.

<sup>466</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 13.

<sup>467</sup> ГАРБ. — Ф. 338. — Оп. 1. — Д. 19. — Л. 4.

содержание и ремонт зданий. Что касалось управления приказными больницами на местах, то надзор за их деятельностью осуществлялся губернскими врачебными правлениями, а непосредственное управление – конторой в которую входили старший врач, заведовавший лечебной и фармацевтической частями, и смотритель, наделенный хозяйственными и полицейскими функциями. При этом врач был административно подчинен смотрителю<sup>468</sup>.

С 1830 года по 1841 год заведовал Верхнеудинской больницей врач Александр Иванович Орлов<sup>469, 470</sup>. Конфликты между врачом больницы и смотрителем довольно часто сопровождали их работу в лечебном заведении<sup>471</sup>. По всем вопросам снабжения больницы в том числе, продуктами питания, медикаментами и расходными материалами контора обращалась в канцелярию Иркутского приказа общественного призрения<sup>472</sup>. Например, по отчетам больницы, в 1842 году израсходовано 2444 руб. 56 коп<sup>473</sup>. В больнице было 77 коек, из них 57 для мужчин и 20 коек для женщин. Отопление осуществлялось при помощи 12 голландских печей. Заготавливали дрова. Рацион больных включает различные каши, мясные блюда, молоко и кисель. При больнице функционирует аптека<sup>474</sup>.

Таким образом, наличие в XIX веке, 77 коек в приказной больнице было свидетельством востребованности гражданской медицины в далеком Забайкалье. Ведь Верхнеудинск являлся окружным городом и округ был довольно густонаселенным (свыше 100 т. чел.) и большим по территории. Безусловно, этого количества коек было недостаточно и на лечение могли попасть не все нуждающиеся, но их функционирование имеет принципиальное значение.

<sup>468</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 57-58.

<sup>469</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 99. — Л. 29.

<sup>470</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 121. — Л. 4.

<sup>471</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 85.

<sup>472</sup> ГАРБ. — Ф. 338. — Оп. 1. — Д. 59. — Л. 9.

<sup>473</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 808. — Л. 2, 32, 35.

<sup>474</sup> ГАРБ. — Ф. 338. — Оп. 1. — Д. 2. — Л. 28.

Необходимо отметить, что на лечение в Верхнеудинскую гражданскую больницу в первой половине XIX века госпитализируются городские служащие, военные нижние чины, казаки на платной основе. А простые граждане города, сельские жители и представители коренного населения в тот период в больницу не поступали. Это хорошо видно по спискам лечившихся пациентов<sup>475</sup>. Так, 14 октября 1842 года было направлено прошение в больницу на лечение жены представителя Хоринской Степной думы. Но, в больницу ее не приняли<sup>476</sup>.

Иркутский приказ общественного призрения письмом за № 4112 от 23 декабря 1841 года обращается в контору Верхнеудинской больницы о нижеследующем: «В лечении больных оплата отставных нижних чинов в гражданской больнице по 15 копеек серебром с 1840 года вместо 50 копеек ассигнаций за суточное пребывание больного в больнице. Оплату их отнести на счет комиссарской комиссии, а не Приказа общественного призрения»<sup>477</sup>.

Систематические проверки Министерства внутренних дел выявляли крайне неудовлетворительное состояние городских больниц. Многие из них были заполнены больными военного звания, за лечение которых двойную плату исправно платило военное министерство, в то время как городские жители в некоторых местностях вовсе не принимались в больницы. В то же время в ряде городов больницы пустовали из-за высокой стоимости лечения и соответственно недоступности квалифицированной медицинской помощи<sup>478</sup>.

Таким образом, в Верхнеудинскую гражданскую больницу продолжали поступать больные отставных воинских чинов на платной основе, но цена была немного снижена. Хотя для лечебного учреждения это было очень выгодно потому, что военное ведомство производило взаиморасчёты в тот период почти без задержек.

---

<sup>475</sup> ГАРБ. — Ф. 338. — Оп. 1. — Д. 14. — Л. 7.

<sup>476</sup> ГАРБ. — Ф. 338. — Оп. 1. — Д. 4. — Л. 2.

<sup>477</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 703. — Л. 2.

<sup>478</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 14.

В 1842 году Верхнеудинской городской больницей заведует врач Хаскин Владимир Михайлович<sup>479</sup>. Также он одновременно исполняет должность и городского общественного врача<sup>480</sup>. С 1843 по 1847 года окружным врачом трудился Троицкий<sup>481, 482</sup>. В больнице В.М. Хаскин проработал до 1872 года<sup>483</sup>. По отчету за 1842 года в больнице числилось много хирургического инструментария, порядка 99 наименований, акушерский, фельдшерский, стоматологический наборы<sup>484</sup>.

Характерно, что в отчете нет данных по поводу проведенных хирургических и акушерских манипуляций. Скорее всего, медицинскими инструментами очень редко пользовались, хотя нуждающиеся в хирургической и акушерской помощи, безусловно были. В этот исторический период уровень оказания квалифицированной медицинской помощи в Забайкалье, даже в городах оставался довольно низким. Здание больницы оставляло желать лучшего, и врачи уведомляли об этом по инстанции.

Так, Иркутский приказ общественного призрения письмом за № 3952 от 7 декабря 1842 года информирует о нижеследующем: «Вследствие рапорта конторы Верхнеудинской больницы от 18 ноября 1842 года за № 481 в приказ общественного призрения о совершенной ветхости здания Верхнеудинской больницы, предполагая устроить новое здание для больницы»<sup>485</sup>.

Однако Иркутский приказ общественного призрения налагает следующую резолюцию: «Новое здание больницы необходимо будет строить многие годы. В настоящее время необходимо произвести капитальный ремонт здания больницы»<sup>486</sup>. В 1843 году были выделены средства на ремонт больницы<sup>487</sup>. В итоге заменили 51 оконную раму, при этом рамы изготовили в Иркутске на сумму

<sup>479</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 233. — Л. 49.

<sup>480</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 298. — Л. 14.

<sup>481</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 136. — Л. 19.

<sup>482</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 156. — Л. 4.

<sup>483</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 331. — Л. 38.

<sup>484</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 704. — Л. 2, 7, 19.

<sup>485</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 704. — Л. 2, 7, 19.

<sup>486</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 704. — Л. 19.

<sup>487</sup> ГАРБ. — Ф. 338. — Оп. 1. — Д. 2. — Л. 29.

176 руб. 86 коп, оттуда же были мастера. Видимо в городе Верхнеудинске в то время своих плотников и строительных материалов не было в достатке. А вероятнее всего заказ должен был выполняться в губернском городе.

Верхнеудинская больница располагалась в Заудинской станции, на мыске, при слиянии Вознесенской протоки с рекою Удой, в деревянном ветхом здании, неуютном и угрюмом, с коридором посередине и с комнатами по сторонам. Здание больницы было окрашено в традиционный желтый цвет. На нижнем этаже в четырех крайних к воротам окна имелись решетки, так как здесь помещались 2 палаты отведенных под больных арестантов, тюрьма своей больницы в то время еще не имела. Постепенно это ветхое здание развалилось<sup>488</sup>.

Такую же характеристику, существовавшей больницы дает значительно позже первый врач, выходец из Верхнеудинска М.В. Танский: «Заудой была церковь, и она сохранилась. Неподалеку от церкви находилось мрачное, обветшалое, заброшенное здание с окнами без рам. Говорили, что в нем помещалась станичная больница»<sup>489</sup>.

И в 1860 году больница была переведена в приспособленное двухэтажное каменное здание в центре города и располагала только 20 койками<sup>490</sup>. Количество коек в течение десяти с небольшим лет было постепенно сокращено, вероятнее всего из-за финансовых трудностей. Дом для больницы был выкуплен на общественные средства у купца Трунева. В 1868 году больница была капитально отремонтирована и до сентября временно располагалась в 3-х частных домах, нанимаемых за счет казны<sup>491</sup>. При больнице работала аптека.

Обеспечение населения городов стационарной медицинской помощью требовало серьезных капиталовложений, которых существенно не хватало. И поэтому большинство провинциальных городских больниц обычно размещалось

<sup>488</sup> ГАРБ. — Ф. 1778. — Оп. 1. — Д. 10. — Л. 2.

<sup>489</sup> ГАРБ. — Ф. 1778. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 6.

<sup>490</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. — начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 19.

<sup>491</sup> ГАРБ. — Ф. 337. — Оп. 1. — Д. 47. — Л. 91.

не в специально построенных, а в приспособленных зданиях<sup>492</sup>. Верхнеудинская гражданская больница находилась в административном подчинении Иркутского приказа общественного призрения до начала второй половины XIX века и имела слабую финансовую поддержку со стороны городского бюджета. Расходы по «департаменту медицинскому», в балансе Верхнеудинского окружного казначейства, составили в 1854 году всего 1053 рубля или 0,5% всех окружных расходов в течение года<sup>493</sup>.

В 1871 году Верхнеудинская гражданская больница функционировала на 40 коек на тех же площадях и содержалась по-прежнему на скудные общественные средства города. Работало два врача: уездный (полицейский) и военный, который также занимался и гражданскими больными. Военным врачом работал Порфирий Дмитриевич Сысоев.

На государственной медицинской службе числилась городская акушерка Марио-де-Пури, француженка. Лечебное дело города по-прежнему не специализировалось<sup>494</sup>. Квалифицированного родовспоможения, хирургической помощи в больнице не оказывалось<sup>495</sup>. Прошло 30 с лишним лет, как Верхнеудинская городская больница расположилась в новом здании, но никаких изменений в качественную сторону лечебного процесса не произошло. Вход в больницу также оставался общим, палаты с инфекционными больными не были изолированы. Больница имела 6 палат. Но, тем не менее, наличие и деятельность в Верхнеудинске городской больницы на тот период времени, безусловно, было прогрессивным шагом в деле организации системы медицинской помощи

---

<sup>492</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 145.

<sup>493</sup> Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения / Д.Б. Батоев — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. — С. 10.

<sup>494</sup> Танский М.В. Странички из прошлого. (Верхнеудинск в 70-80 г.г. XIX века / М.В. Танский — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1966. — С. 16.

<sup>495</sup> ГАРБ. — Ф. 337. — Оп. 1. — Д. 47. — Л. 83.

населению. Как, оказалось к началу XX века в России только 32 города (12,4%) располагали собственными городскими больницами<sup>496</sup>.

Каждое учреждение и организация города оплачивали за лечение своих больных в Верхнеудинскую городовую Ратушу, и которая, в дальнейшем осуществляла финансовые расчеты с больницей. Есть обращение в Иркутское окружное интендантское управление, чтобы своевременно произвели оплату за лечение и содержание больных в Верхнеудинской больнице. Датировано 8 октября 1872 г<sup>497</sup>. «За содержание и пользование» с больных требовали довольно высокую плату. Спустя полвека особо ничего не меняется по своевременности денежных взаиморасчетов, и администрация Верхнеудинской гражданской больницы по-прежнему продолжает активно взыскивать финансовые средства, потраченные на лечение больных.

Зафиксированы обращения в Ильинское, Селенгинское, Баргузинское волостные правления<sup>498</sup>. Судя по архивным документам финансовые расчеты за пролеченных больных производились с задержкой, а порой их взысканием занималось Верхнеудинское полицейское управление. Обычно потраченная сумма раскладывалась на крестьян той деревни, откуда был больной. Бедность, сложная система податей и повинностей не давали возможности крестьянским обществам вовремя расплатиться с больницей, что приводило к длительным тяжбам. Так за сентябрь 1875 году получили стационарное лечение 104 сельских жителя, лечившихся за счет казенной платы<sup>499</sup>.

При скудном финансировании городской больницы граждане порой состоятельные умудрялись не платить за проведенное стационарное лечение. Так, есть жалобы администрации больницы направленные в Верхнеудинскую городовую Ратушу и общественные приговоры мещанского общества на мещан, не плативших за лечение. 10 июля 1874 года контора больницы обращается в

---

<sup>496</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 143.

<sup>497</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 1285. — Л. 106.

<sup>498</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 1285. — Л. 95.

<sup>499</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 41. — Л. 21.

Верхнеудинское окружное полицейское управление, исчерпав все возможности для того, чтобы помочь взыскать плату за лечение граждан города Верхнеудинска и других местностей<sup>500</sup>.

Например, переписка с Мухоршибирским, Бичурским волостными правлениями с Верхнеудинским окружным полицейским управлением о розыске Марии Ивановой. Суть вопроса о взыскании финансов в размере 9 рублей за содержание и лечение в гражданской больнице<sup>501</sup>. Немалые деньги по тем временам. Видимо, организация медицинской помощи была поставлена таким образом, что сначала все-таки обследовали и лечили пациента, а затем был денежный расчет.

В те годы действовал Совет Верхнеудинской гражданской больницы, который и занимался всеми вопросами и проблемами финансово-хозяйственной деятельности больницы. Ежемесячно Совет Верхнеудинской больницы отпускал деньги после рапорта врача больницы. Подобным образом, в Совет больницы письмом за № 301 от 13 января 1874 года обращается и. д. врача больницы Коллежский ассессор П.Д. Сысоев: «Контора больницы имеет честь покорнейше просить Совет больницы не оставить распоряжения об отпуске городской Ратушей денег в размере шестьсот рублей на содержание в настоящем январе месяце больницы»<sup>502</sup>.

По финансовому обеспечению городской больницы военный губернатор Забайкальской области обращается в Верхнеудинскую городовую Ратушу 30 сентября 1874 года письмом № 2128 «...представил на утверждение генерал-губернатора дополнительную роспись г. Верхнеудинска на настоящий 1874 год, из которой видно, что на содержание Верхнеудинской гражданской больницы в текущем году назначено 7000 руб. из числа которых отпущено уже 5052 руб. 44 коп»<sup>503</sup>.

---

<sup>500</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 12.

<sup>501</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 139. — Л. 1.

<sup>502</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 1338. — Л. 1.

<sup>503</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 10.



Так существовала отдельная книга прихода денег за лечение лиц разных сословий за 1875 год<sup>504</sup>. Книга заканчивается августом 1904 года. Например, в месяц в среднем за лечение оплачивали около 20-25 человек. По-прежнему оставался большой финансовый долг. На 1 января 1898 года недоимки составили: за нижние воинские чины – 487 руб. 22 коп, за поселенцев – 2569 руб. 98 коп, за городских жителей – 2116 руб. 79 коп, за сельских жителей – 1641 руб. 65 коп, за разночинцев – 4994 руб. 85 коп<sup>505</sup>. Помимо этого, в Верхнеудинской гражданской больнице лечились и арестанты, коих по причине нахождения каторги и ссылки в Сибири было достаточно много.

По этому поводу есть переписка Городской управы с Областным правлением об уплате за лечение. «МВД. Забайкальское Областное правление. 28 октября 1875 г. № 2299 г. Чита. Верхнеудинской городской ратуше. В Верхнеудинской гражданской больнице получили лечение арестанты на сумму 1977 руб. 81 коп. Деньги оплатило Забайкальское Областное правление»<sup>506</sup>. Только за январь 1876 года пролечилось 34 арестанта<sup>507</sup>.

По документам известно, что больные поселенцы также получали медицинскую помощь в больнице. С 14 сентября по 21 ноября 1877 г. пролечились 10 человек. Сумма к оплате составила 305 руб. 53 коп, и была отнесена на счета экспедиции о ссыльных<sup>508</sup>. Меняются заведующие больницей. С 1877 года врач Иван Иванович Казанский заведует Верхнеудинской больницей<sup>509</sup>. Он проработал врачом в Верхнеудинске более 20 лет, с 1877 по 1897 гг.<sup>510</sup>.

Таким образом, уже во второй половине XIX столетия в Верхнеудинской городской больнице было организовано стационарное лечение для всех жителей округа, включая коренное население и посторонние лица, оказавшиеся по тем или иным причинам в Забайкалье.

<sup>504</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 40. — Л. 1, 3, 4.

<sup>505</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 111.

<sup>506</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 41. — Л. 1.

<sup>507</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 41. — Л. 32.

<sup>508</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 123. — Л. 1.

<sup>509</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 174. — Л. 20.

<sup>510</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1170. — Л. 4.

В этот период вышло Распоряжение генерал-губернатора Восточной Сибири о порядке принятия больных в гражданские больницы. Так, 31 января 1877 г. в Верхнеудинскую городскую управу и в контору Верхнеудинской гражданской больницы поступило циркулярное письмо господина генерал-губернатора Восточной Сибири от 19 декабря 1876 года за № 4985 для руководства: «...всех больных необходимо принимать своевременно в гражданские больницы, без учета сословия и звания, военного или гражданского»<sup>511</sup>.

Только за сентябрь месяц 1877 г. поступило военных чинов 42 человека, из них умерло 5<sup>512</sup>. По результатам лечения видно, что больные были с тяжелой патологией и на самом деле нуждались в неотложной медицинской помощи. Больница не пустовала, а выполняла свои функции.

Верхнеудинская городская управа была образована 9 ноября 1875 года на основании «Городского положения» от 12 июня 1870 г.<sup>513</sup>. В основу городской реформы, по сути, впервые в Сибири, были заложены принципы бессословного имущественного ценза, разделения исполнительной и представительной властей, самоуправления городского общества.

В Сибири реформа началась позднее, чем в Европейской России, что объяснялось низкими темпами градообразования, и, как следствие невысокой степенью готовности городов к принятию здесь нового муниципального законодательства. К учреждениям городского самоуправления относились: 1) Городские избирательные собрания; 2) Городские думы; 3) Городские управы<sup>514</sup>.

Верхнеудинская городская управа являлась выборным исполнительным органом городской Думы. В состав управы входили городской голова и члены управы. Городской голова одновременно возглавлял думу и управу<sup>515</sup>. Таким

<sup>511</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 173. — Л. 1.

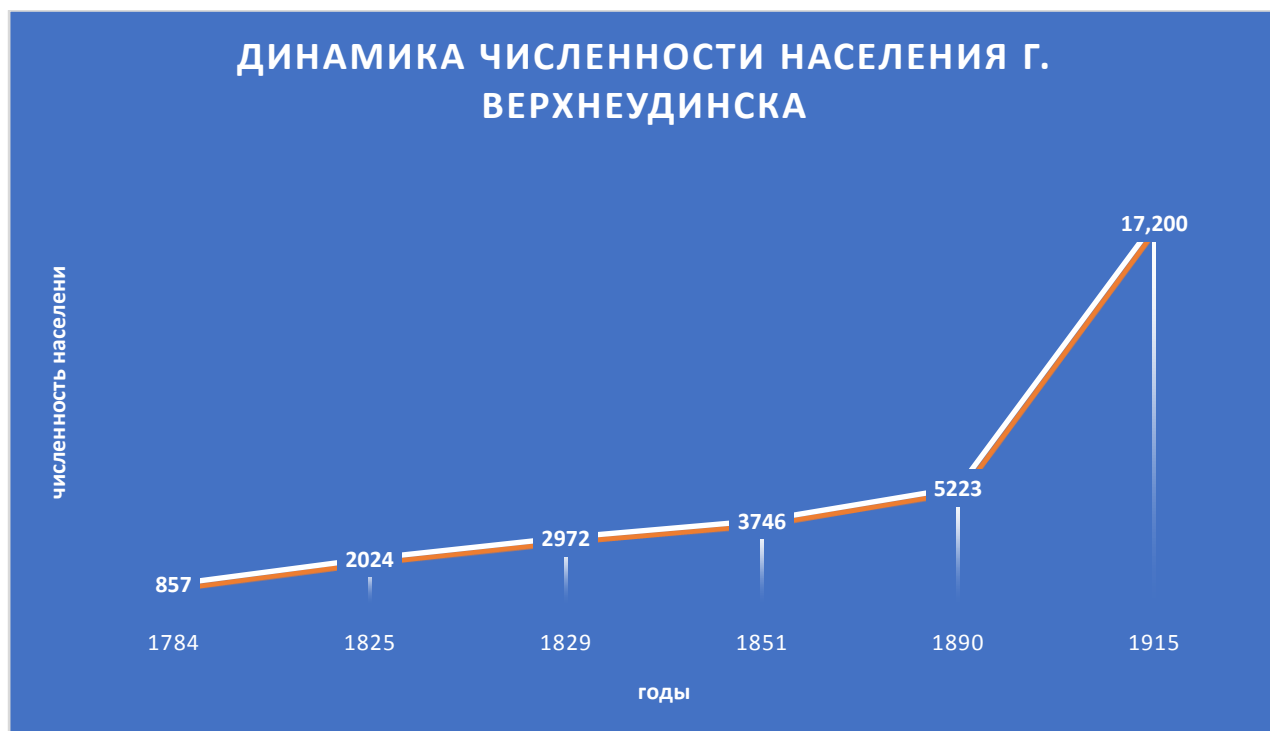
<sup>512</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 182. — Л. 7.

<sup>513</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 30. — Л. 35.

<sup>514</sup> Коновалов И.А. Управление и административно-территориальное устройство в Сибири в дореволюционный период / И.А. Коновалов, Е.А. Шаталин // Вестник Омского университета, 2013. — № 2 (35) — С. 24.

<sup>515</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 99. — Л. 60.

образом, после почти вековой постепенной деградации городское самоуправление возродилось<sup>516</sup>.



Население города Верхнеудинска к началу образования Верхнеудинской городской управы состояло из 5194 человек, которые несли различного рода повинности: подводную и дорожную, государственную земскую и губернскую<sup>517</sup>. В городе имелось 744 дома, из которых около 100 – каменные, 3 каменные церкви, 2 городских каменных гостиных двора и 1 частный двор, 59 торговых помещений<sup>518</sup>. Основное занятие жителей города – земледелие.

Судя, по выписанным требованиям врача Верхнеудинской городской больницы на 2 марта 1880 года в стационаре находилось 47 больных<sup>519</sup>, 15 марта было 37 больных, 1 декабря лечилось 13 пациентов<sup>520</sup>. В этот период Верхнеудинская городская больница финансировалась только городским

<sup>516</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова – М.: «Шико», 2017. – С. 19.

<sup>517</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 18. – Л. 11.

<sup>518</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 18. – Л. 8-8 об.

<sup>519</sup> ГАРБ. – Ф. 338. – Оп.1. – Д. 60. – Л. 2.

<sup>520</sup> ГАРБ. – Ф. 338. – Оп.1. – Д. 60. – Л. 17.

общественным бюджетом, действует городское самоуправление. Это подтверждается следующим документом.

В Забайкальское Областное правление обращается Верхнеудинский Глава от 3 декабря 1894 г. письмом за № 187. «Вследствие отношения от 24 ноября 1894 г. за № 7124, имею честь уведомить Областное правление, что в городе Верхнеудинске городская больница, переданная с 1869 года приказом общественного призрения, находится в ведении городского управления и содержится полностью на городские средства. Ежегодный расход на содержание больницы, например, за 1893 г. – 6091 руб. 95 коп. При ней состоит врач, смотритель, два фельдшера и прислуга»<sup>521</sup>.

Лечебный устав, утвержденный 10 июня 1893 г. введен в действие во всех вновь открываемых лечебных заведениях ведомства Министерства внутренних дел в полном его объеме. При этом утверждены правила для введения устава, установлено штатное расписание лечебного учреждения<sup>522</sup>.

Финансовые сложности по поводу лечения в больнице городского самоуправления, чуть не привели к ликвидации Верхнеудинской больницы.

29 ноября 1894 года состоялось заседание Верхнеудинской городской думы по обсуждению Лечебного устава от 10 июня 1893 г. и разработке мероприятий по выполнению этого Положения в Верхнеудинской городской больнице: «Верхнеудинская городская дума приводит данные, что на содержание городской больницы с 1874 г. по 1894 год, то есть за 20 лет, израсходовано городом 157 874 руб. 81 коп, не считая квартиры, прибавив которую из оклада 800 руб. в год, получится за 20 лет 173 874 руб. 84 коп. За это время выручено городом от больницы 133 097 руб. 41 коп.

Таким образом, в течение 20 лет городом перерасходовано на больницу из городской собственности 40 777 руб. 40 коп. Городских жителей лечилось и лечится в больнице самое незначительное число, например из 10 326 общего числа койко-дней, проведенных в больнице в течение 1884, 1888 и 1893 г., на

---

<sup>521</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1076. – Л. 3.

<sup>522</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 5.

долю Верхнеудинских жителей выпадает 2401 койко-день, то есть далеко менее одной четвертой части от всего числа. Больница занималась и занята преимущественно посторонними городу лицами. Город не имеющий и пяти тысячи человек жителей обоего пола, делая приплату из своих средств ежегодно в размере двух тысяч рублей и более, оказывает благотворительность лицам преимущественно совершенно чуждым городу и его интересам. Ближайшие больницы в Забайкальской области находятся в городе Троицкосавск (Кяхта) (городская) от Верхнеудинска 220 верст и на Туркинских минеральных водах (приказа общественного призрения) 170 верст (ныне село Турка Республики Бурятия), почему благодаря отсутствию по близости сельских и государственных больниц, Верхнеудинская больница, содержимая исключительно на городские средства, служит для надобностей не только жителей густо населенных округов Верхнеудинского и Селенгинского, так как заболевающие в этих округах препровождаются по необходимости в Верхнеудинскую больницу, но и для прочего люда в виду того, что Верхнеудинск находится на главном тракте, соединяющим Амурский край с Европейскою Россией и остальной Сибирью.

При введении нового Лечебного Устава приплата городом своих средств на содержание больницы при настоящем числе кроватей (двадцать) должна еще более увеличиться, так как все лица, поименные в статьях 201, 202, 203 и 204 и прим. к статье 200 Устава общественного призрения изданного в 1892 г., должны лечиться бесплатно, почему процент поступающих в больницу, привлекаемых бесплатным лечением, должен весьма увеличиться. Кроме того, массу больных могут дать рабочие железной дороги, которые также будут лечиться бесплатно, как лица, подходящие под понятие вышеприведенных статей Устава общественного призрения. Наконец, плата за имущих больных будет также ниже действительной стоимости содержания одного больного в сутки.

Таким образом, к двум тысячам рублей, затрачиваемым ныне городом безвозвратно на содержание городской больницы, при введении в действие нового Лечебного устава, город должен делать еще приплату на этот предмет из своих средств не менее двух тысяч рублей, тогда как Приказ общественного

призрения поставлен в этом отношении в более благоприятные условия, кроме платы за содержание и лечение больных в его ведение и распоряжение на содержание больниц поступает масса доходов, наименованных в статьях 10 -46 Устава общественного призрения, изданного от 1892 года, между тем города лишены этих доходов на содержание больниц и, исключая платы за больных, никакими пособиями или доходами Верхнеудинск на содержание больницы не пользуется. Для пополнения затрат на содержание больницы городскому управлению необходимо изыскать новые источники доходов, которых городская управа в настоящее время не имеет»<sup>523</sup>.

Поэтому, исходя из вышеизложенного Верхнеудинская городская дума постановила: «Ввиду совершенной невозможности для города Верхнеудинска содержать городскую больницу на основании правил нового Лечебного устава, таковую закрыть с 1 января 1896 года, образовав взамен ее приемный покой на пять кроватей для помещения в него исключительно городских жителей»<sup>524</sup>.

Верхнеудинская городская дума направила данное обращение военному губернатору Забайкальской области. Приведенный документ свидетельствует о крайне недостаточных источниках финансирования общественных (городских) больниц России, о ведомственном разногласии, тормозящем позитивное развитие городского медицинского дела.

Финансовые расходы на медико-санитарную часть учреждались из показателей смертности населения. В Верхнеудинске отмечалась самая высокая смертность, соответственно были и выше расходы городского бюджета. Строительство и содержание больниц являлось очень обременительным для городских бюджетов, особенно провинциальных и небольших городов, что весьма примечательно для Забайкалья того периода.

Характерные для страны глубокие различия в экономическом положении городов, в конечном счете, сказались и на уровне развития городской медицины.

---

<sup>523</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1091. — Л. 19.

<sup>524</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1091. — Л. 20.

Таблица 6. Распределение расходов на санитарно-медицинскую часть в городах Забайкальской области (1897г.)<sup>525</sup>.

Города	Количество жителей	Расходы городского бюджета		Смертность на 1000 населения
		Всего	На медико-санитарную часть	
Чита	11 480	105 911 руб. 37 коп	12 527 руб.	20-30
Верхнеудинск	8002	67 730 руб. 57 коп	20 874 руб.	40 и более
Троицкосавск	8703	84 889 руб. 34 коп.	11 235 руб.	30-40
Селенгинск	1076	4 419 руб. 61 коп.	642 руб.	20-30

Большинство российских городов представляли собой очень небольшие поселения: к началу XX века 80% городов имели от 1 тысячи до 20 тысяч жителей, 13% от 20 до 50 тысяч и только 6,5% от 50 до 100 тысяч и более<sup>526</sup>.

«Городовое положение» 1870 года, определив довольно широкое поле деятельности городских самоуправлений, предоставляло слабые финансовые возможности, экономические рычаги, не обременяя собственников городских земель, домовладельцев, фабрикантов и торговцев большими сборами на городские нужды. Поэтому основными источниками финансирования оставались налоги с небогатого населения. Только после уплаты обязательных расходов (на содержание городского суда, полиции и пожарной части, воинский постой,

<sup>525</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 30.

<sup>526</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 138.

отопление и освещение тюремных зданий) переходили к необязательным расходам. Именно к таковым относилась организация медицинской части<sup>527</sup>.

Учитывая слабое экономическое развитие Верхнеудинска, отсутствие крупных промышленных предприятий, наличие большого количества воинских частей и тюрем сбор налогов естественно не мог покрыть все нужды города. Но, военный губернатор Забайкальской области 15 марта 1895 года детально изучив вопрос, решительно не дал согласия на закрытие больницы и приказал выполнять правила нового Лечебного Устава<sup>528</sup>.

Однако, Верхнеудинский городской голова Александр Васильевич Овсянкин пишет жалобу в правительствующий Сенат 25 мая 1895 года о том, что больницу на 20 кроватей городская дума содержать не может, а надо организовать только приемный покой в городе Верхнеудинске<sup>529</sup>.

И так продолжались разногласия и прения по поводу городской медицинской помощи в Верхнеудинске, что в конечном итоге, тормозило развитие медицины в городе. На наш взгляд, все эти споры послужили серьезным препятствием в недалеком будущем на формирование всей системы охраны здоровья в Верхнеудинске. Необходимо отметить, что более широкий масштаб и высокий уровень здравоохранения были заложены и полностью воплощены в жизнь при организации структуры здравоохранения в областном городе Чите.

Итак, был составлен проект штата Верхнеудинской городской больницы учрежденной на 20 кроватей (17 для мужчин и 3 для женщин) Верхнеудинской городской управой на основании статьи 59 Устава лечебных заведений изданного в 1893 г. Проект штата Верхнеудинской гражданской больницы:

«Врач, заведующий больницей – жалованье 600 руб. в год.

Штатный (классный) фельдшер – 420 руб. в год.

Попечитель больницы – не указано жалованье.

---

<sup>527</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 139-140.

<sup>528</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1091. — Л. 30.

<sup>529</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1091. — Л. 51.



Смотритель больницы, ему же на канцелярские расходы – 430 руб. в год.

На содержание больничного стола при городской управе – 700 руб. в год.

На содержание больничной прислуги как-то: палатных служителей, сиделок, прачек, повара и дворника – 1260 руб. в год. Итого 3460 руб. в год<sup>530</sup>.

Этот документ для рассмотрения направили военному губернатору Забайкальской области. Так же были составлены правила на основании пункта 9 статьи 63 Городского положения 1892 года для Верхнеудинской городской управы по заведыванию Верхнеудинской городской больницей учрежденной на 20 кроватей. В обязанности городской управы входят: Отдел 1-й по административной части и выделен 21 пункт правил работы городской больницы. Подписались: Городской голова А.В. Овсянкин и члены<sup>531</sup>.

Военный губернатор Забайкальской области 17 июня 1895 года вернул проект штата городской больницы Верхнеудинска с предложенными изменениями: «1) вместо смотрителя пригласить второго фельдшера, который и будет исполнять обязанности комиссара. 2) исключить совершенно расход на содержание больничного стола в управе. 3) увеличить оклады содержания врача и фельдшеров»<sup>532</sup>.

Но, 27-30 июня 1895 года на очередном заседании Верхнеудинская городская Дума постановила отменить решение Забайкальского Областного правления<sup>533</sup>.

12-15 сентября 1895 г. состоялось очередное заседание Верхнеудинской городской думы. При этом постановили: «Городская дума не может согласиться на изменения первоначального проекта штата городской больницы»<sup>534</sup>. Несмотря на это, Забайкальское Областное правление продолжает настаивать на мероприятиях по сохранению медицинского обеспечения населения. На очередном заседании Верхнеудинской городской думы, состоявшейся уже 29 декабря 1895 г. – 2 января 1896 г. - было доложено: «... городская больница

---

<sup>530</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 42.

<sup>531</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 43.

<sup>532</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 60.

<sup>533</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 56.

<sup>534</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 62.

работает на 20 кроватей, но врачебное отделение Забайкальской области требует, чтобы было еще одна запасная койка. При этом Дума постановила: «Учредить при городской больнице одну запасную койку. О чем сообщить врачебному отделению Забайкальского областного правления»<sup>535</sup>.

Верхнеудинская городская больница в результате длительных тяжб, все-таки не была закрыта и продолжала функционировать, хотя и сократился коечный фонд в 2 раза, что соответственно уменьшило доступность медицины.

При этом строго обстояло положение в Верхнеудинской городской управе с рассмотрением документов о медицинской практике. Так дело «об истребовании от городской повивальной бабки Марии Игумновой свидетельства об окончании курса повивальной школы и отсылки во врачебное отделение Областного правления в г. Читы. С 4 февраля 1898 г. – 10 марта 1898 г»<sup>536</sup>. Получен ответ: «Вследствие отношения Верхнеудинской управы от 5 февраля сего года за № 229 препровождаю свидетельство об окончании мною курса в Читинской повивальной школе за № 1090. Что же касается реверса, то прошу разъяснить, какой и в чем этот реверс должен заключаться. Городская повивальная бабка М. Игумнова 11 февраля 1898 года город Верхнеудинск. Подпись: Мария Сергеевна Игумнова».

Интересен факт внедрения новых технологий в медицинскую практику. Так, «Министерство внутренних дел. Департамент медицинский. Отделение 2. Стол 1. 31 июля 1874 г. № 6293. ГГ. Губернаторам. «Проживающий в Швейцарии, в Женеве, доктор Руссель изобрел аппарат для переливания крови живого человека. Аппарат этот, по надлежащим испытаниям, оказался удобным в практическом отношении, а по сему доктор Руссель обратился в Министерство внутренних дел с просьбою – рекомендовать его врачам земских больниц. Вследствие сего, медицинский департамент имеет честь покорнейше просить Ваше превосходительство известить земские управы, не пожелают ли они приобрести этот аппарат, стоимостью 50 руб., для своих больниц, и если пожелают, то могут

---

<sup>535</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1091. – Л. 69.

<sup>536</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1346. – Л. 3.

адресоваться в Медицинский департамент, с представлением означенной суммы, а департамент сделает распоряжение о выписке сего аппарата из-за границы. Подписал: Управляющий Департаментом Н. Розов»<sup>537</sup>.

Такой же циркуляр получило и Забайкальское Областное правление. Отделение врачебное 8 октября 1874 г. Соответственно документ был направлен на рассмотрение в Верхнеудинскую городовую Ратушу 20 декабря 1874 г. Заведующий городской Верхнеудинской больницей Коллежский ассессор врач Сысоев предлагал приобрести этот аппарат. Общественный приговор Верхнеудинского Городского общества состоялся 23 марта 1875 г. и вынес решение: «...не приобретать. Подписались: Все купцы»<sup>538</sup>.

Таким образом, инновационный аппарат того исторического периода для медицинского дела Верхнеудинска не был получен. Причина отказа заключается в непонимании развития новых методик и технологий для повышения качества лечебной работы, да и стоимость высока. Общественность города пока не готова к внедрению нового в медицине. Сегодня мы прекрасно понимаем недостатки этого нового метода, но тогда причина отказа совершенно в другом.

Военный врач Сысоев Порфирий Дмитриевич, с 1866 года жил в городе Верхнеудинске<sup>539</sup>. В период отпуска врача Верхнеудинской больницы он временно заведовал больницей. С 1874 по 1877 гг. П.Д. Сысоев продолжает работать в Верхнеудинске, заведую больницей<sup>540</sup>. Но, с 1877 года он перешел в судебно-медицинскую службу и затем получил специализацию врача офтальмолога.

На другое обращение от 10 марта 1874 года по поводу повышения жалованья фельдшерам больницы Верхнеудинское Городское общество уже приняло положительное решение. Постановили: «Повысить оклады на 50 рублей, так им определили жалованье по 150 руб. в год. Подписались: Все купцы города и

---

<sup>537</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 36.

<sup>538</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 33.

<sup>539</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 16. — Д. 301. — Л. 42.

<sup>540</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 241. — Л. 28.

сыновья купцов»<sup>541</sup>. В итоге жалование фельдшерам повысили даже с 1 января 1874 г. Здесь все просто и наглядно, без аппарата для переливания крови проживем, а вот медицинские работники ждать не будут, уедут. В 1897 году в Верхнеудинской городской больнице функционировало по-прежнему 20 кроватей<sup>542</sup>.

Представляем «Ведомость Верхнеудинской городской больницы о деятельности ее в 1897 г. Число коек 20. Общее число лечившихся: мужчин 307 и женщин 28, итого 335 чел. В том числе: 173 военных, 75 городские жители, 51 лица сельского сословия, 36 поселенцев, рабочих и ссыльных. Выбыло 300 больных, умерло 26 и осталось 9 больных. Проведено койко-дней 6121. Средняя занятость койки 167 дней. Амбулаторных больных принято 386 человек. Годовая сумма расходов больницы составило 8388 руб. Средняя стоимость суточного содержания одного больного составила 1 руб. 37 коп»<sup>543</sup>.

По данным Э.М. Рубаевой: в идентичный период «годовой расход на одного больного Терской области составил 35 копеек, в Якутской области 1 рубль 18 коп, в Москве 5 руб. 21 коп»<sup>544</sup>.

К концу XIX века количество коек сокращено, лечение платное, преобладают больные военного сословия, работа койки при этом без нагрузки, летальность не высокая. Сельское население имеет возможность получить медицинскую помощь в городской больнице.

В этот период возникает насущный вопрос отделения инфекционных, т.е. заразных больных. Учитывая, сохраняющуюся напряженную эпидемиологическую ситуацию в регионе рассматривается вопрос об устройстве изолированной палаты в городской больнице для инфекционных больных. «Дело об устройстве в гражданской больнице отдельной комнаты для заразных больных.

<sup>541</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 5.

<sup>542</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 2.

<sup>543</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 110.

<sup>544</sup> Рубаева Э.М. Становление и развитие системы здравоохранения на Северном Кавказе в XIX-начале XX века (на материалах Терской области) / Э.М. Рубаева, Р.Е. Суанова: монография; Северо-Осетинский гос. ун-т: Владикавказ: Изд-во СОГУ, 2016. — С. 43.

19 января 1881 года в присутствии Верхнеудинской городской управы заслушали доклад Совета Верхнеудинской гражданской больницы: «... комната для заразных больных совершенно не отвечает требованиям как не отделенная от других палат, что и служит к распространению заразы от одних больных к другим, в устранении чего предлагается: двери из палаты для инфекционных больных, ведущие как в женское отделение так и в большую палату для мужчин, заложить кирпичом, входную же дверь пробить в стене из переднего коридора; а потому Совет больницы просит провести реконструкцию и обеспечить вентиляцию помещений».

Городская управа выносит вердикт: «...пробить отдушины за толщиною стены будет невозможно, поэтому признает удобным сделать взамен их форточки в рамах. Просить смотрителя больницы нанять для инфекционных больных, во время эпидемии двух служителей за жалование в месяц по одиннадцать рублей каждому, а также сделать заявку на фельдшера»<sup>545</sup>.

Необходимо отметить, что уже о детском инфекционном отделении хлопочет общественный врач, заведующий Верхнеудинской городской больницей Петр Федорович Пекурь<sup>546</sup>.

В Верхнеудинскую городскую управу он написал докладную записку 1 февраля 1897 года. «За время моей служебной деятельности в городе Верхнеудинске я успел убедиться, что наш город нисколько не избегает печальной участи многих русских городов, а именно в нем периодически господствуют эпидемические заболевания среди детей, как - то: корь, оспа, скарлатина, дифтерия и т.п. Понятно, что подобная инфекция не желательна среди всех больных. Но в других городах, правда, в больших, для этих больных имеются специальные заведения. Надо открыть в отдельном здании при больнице детское отделение»<sup>547</sup>.

---

<sup>545</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 308. — Л. 1.

<sup>546</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 38.

<sup>547</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 38.

Безусловно, прогрессивное предложение все-же находит отклик у власть имущих. Ведь сохраняющаяся высокая детская смертность от инфекционных заболеваний тревожила любую семью из года в год. На записке наложена резолюция: «Ходатайствовать у губернатора на подписку об открытии детского отделения при больнице». Соответственно, следует обращение: «Господину Военному губернатору Забайкальской области. Верхнеудинский городской общественный врач Пекурь ходатайствует об открытии в городе Верхнеудинске подписки на образование фонда по устройству и содержанию при городской больнице детского отделения для инфекционных больных. Мотивы его, сводятся, главным образом, к тому, что бедный класс населения не только лишен возможности изолировать при своей домашней обстановке, состоящей часто из одной сырой, грязной и иногда холодной комнаты при 5-6 детях, заразных детей, но часто ставит самое лечение немислимым опять в силу той же обстановки.

Поэтому чтобы по возможности было более средств к пресечению распространения среди детского населения заразных болезней, врач Пекурь полагает устроить при городской больнице детское отделение исключительно для инфекционных больных. Так как город не располагает средствами на открытие и содержание такого отделения, то самое верное ходатайствовать об открытии добровольной подписки на столь полезное дело. В виду этого городская управа имеет честь покорнейше просить разрешения Вашего превосходительства на открытие добровольной подписки в городе Верхнеудинске на образование означенного здесь фонда. Подпись: Верхнеудинская городская управа. 8 февраля 1897 г. за № 300. Город Верхнеудинск»<sup>548</sup>.

В дальнейшем врач Пекурь обращается в городскую управу с тем, чтобы приобрели медицинский инструментарий, по составленному им каталогу: термометров 6 штук, набор зубных инструментов и т.д. Всего на сумму 451 руб. 44 коп. Городская больница медикаменты и инструментарий получает из городов Иркутск, Томск и Москва<sup>549</sup>. Но довести столь полезное дело до конца врач

<sup>548</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 40.

<sup>549</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1110. — Л. 56.

Пекурь не успевает и увольняется. Может быть, какие-то психологические факторы повлияли на это решение. Необходимо отметить, что на общественного врача помимо его служебных обязанностей постоянно возлагались судебно-медицинские и другие функции.

Действительно, врач П. Пекурь обращается в Верхнеудинскую городскую управу с жалобой: «18 февраля сего 1897 года судебный следователь 6 участкового Забайкальского окружного суда Александр Николаевич Иванов сделал мне следующее заявление и вместе с тем предостережение о том, что, помощник начальника Верхнеудинского округа господин Попрядухин собирается избить меня. Так как в последнее время городская полиция в лице Попрядухина стала часто требовать меня к медико-полицейским и судебно-медицинским делам: вскрытие и составление протоколов. В городе есть специально назначенный для этих целей городской врач Казанский. Подпись: врач Пекурь 19 февраля 1897 г. г. Верхнеудинск»<sup>550</sup>.

Наложена резолюция даже вышестоящего начальства: Военный губернатор Забайкальской области 18 марта 1897 г. за № 797 город Чита. Решение: «Верхнеудинской городской управе только в исключительных случаях привлекать врача Пекурь к судебно-медицинским экспертизам»<sup>551</sup>.

Безусловно, врачей не хватало, в начале XX века судебно-медицинская подкомиссия разработала законопроект «Устава судебной и административной медицины», который предусматривал создание вместо городских врачей особого персонала судебных врачей с помощниками-фельдшерами. За это в течение нескольких десятилетий боролись земские и городские врачи, которых администрация постоянно отвлекала от лечебной работы для проведения судебно-медицинских экспертиз и вскрытий<sup>552</sup>.

<sup>550</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1203. — Л. 1.

<sup>551</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1203. — Л. 5.

<sup>552</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 216.

С 1898 года должность заведующего Верхнеудинской больницей на 20 коек исполнял военный врач 1-й Забайкальской казачьей батарее Любский<sup>553</sup>. Представляем ведомость о деятельности Верхнеудинской городской больницы. «Итого на содержание больницы выделено 8701 руб. Пролечено 287 мужчин и 38 женщин. Итого 325 человек. В том числе: воинского звания – 150 чел., городские жители – 74, лица сельского сословия – 53 чел. Поселенцы: водворяемые рабочие и другие, ссыльные – 48 чел. Выбыло 265, умерло 30 чел., осталось 30. Проведено койко-дней 6032. Среднее суточное число занятых кроватей 16,5. Годовое число амбулаторных больных 852 чел. Годовая сумма расходов больницы – 9110 руб. 04 коп».

Как видим, в течение 2-х лет количество больных не уменьшается, контингент больных особо не меняется, а расход финансов увеличивается. А учитывая недоимки, то бюджет больницы катастрофически страдает. «На 1 января 1899 года недоимки составили: с воинских чинов – 683 руб.16 коп., с поселенцев – 2099 руб. 32 коп., с городских жителей – 1626 руб. 44 коп., с сельских сословий – 2050 руб. 02 коп., с разночинцев – 4615 руб. 75 коп. Итого недоимок – 11 074 руб.19 коп. Средняя продолжительность лечившихся составила 18,5 суток. Подпись: Зав. Городской больницы врач Любский»<sup>554</sup>.

В 1898 году городской общественный врач продолжает одновременно заведовать и городской Верхнеудинской больницей<sup>555</sup>. «Расходы за 1898 год на содержание общественного врача: на жалованье – 500 руб. в год. На разъезды – 200 руб. в год. Лекарскому ученику – 360 руб. в год. Городской акушерке – 300 руб. в год. Оспопрививателю – 120 руб. в год. На содержание больницы – 8801 руб. 27 коп. На содержание городской аптеки – 8268 руб. в год.

Таким образом, выделение финансов увеличивается. За 1894 г. – 6291 руб. 66 коп, за 1895 г. – 7526 руб.50 коп, за 1896 г. – 10 986 руб. 96 коп. На бесплатный

<sup>553</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1173. – Л. 5,7.

<sup>554</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1170. – Л. 33.

<sup>555</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1170. – Л. 25.



отпуск лекарства для беднейших жителей города в 1894 г. – 161 руб. 47 коп, в 1895 г. – 177 руб. 71 коп, в 1896 г. – 148 руб. 60 коп»<sup>556</sup>.

«Доход городской аптеки. От продажи медикаментов и прочих аптекарских товаров. Было заложено 9449 руб. Действительно поступило за 1896 год 11 736 руб. 01 коп. В 1895 г. – 8979 руб. 42 коп, и в 1894 г. – 7632 руб. 47 коп»<sup>557</sup>. Таким образом, выручка аптеки постепенно увеличивается. Это можно объяснить и возрастанием уровня жизни населения, и востребованностью лекарственных препаратов в Забайкальской области к концу XIX века.

По-прежнему остро стоит кадровый вопрос. Верхнеудинская городская управа поместила в газету «Сибирский вестник» заметку о вакансии городского врача в городе Верхнеудинске в 1898 г. Газета выходила в г. Томске. В период с 26 апреля 1897 г. – 20 июля 1899 г. был принят один новый городской врач<sup>558</sup>.

23 февраля 1898 года из Иркутска обращается врач Арон Цейтлин<sup>559</sup>. 13 марта 1898 г. письмом за № 367 город Чита, врачебный инспектор Забайкальской области А. Цитович сообщает Верхнеудинскому городскому голове Александру Васильевичу Овсянкину «...предлагаю на эту должность врача Л.Н. Троицкого. Он обучался на государственной стипендии. И будет служить до 31 апреля 1900 г.»<sup>560</sup>.

А 5 августа 1898 года доктор медицины Константин Павлович Стацкевич из города Петербурга, написал заявление о занятии должности Верхнеудинского городского врача<sup>561</sup>. Из протокола очередного заседания Верхнеудинской Думы 29 сентября 1898 г. Рассмотрено заявление К.П. Стацкевича. Дума постановила: «Сообщить доктору медицины К.П. Стацкевич, что город согласен принять его на службу городского общественного врача с жалованьем 1000 руб. и на разъезды 200 руб. и всего 1200 рублей в год. Квартира может быть отведена ему бесплатно при здании городской больницы с отоплением. Необходимый ремонт квартиры, а

<sup>556</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1337. – Л. 43.

<sup>557</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1338. – Л. 23.

<sup>558</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1173. – Л. 1.

<sup>559</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1170. – Л. 7.

<sup>560</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1170. – Л. 8.

<sup>561</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп. 1. – Д. 1170. – Л. 15.

также мебелировку ее город принимает на свой счет. Прогонных на поездку из Петербурга до Верхнеудинска ассигновать 150 руб., которые внести в расходную роспись будущего года»<sup>562</sup>. Как видим по документам жалование городского врача увеличивается.

С 20 июня 1899 года начал заведовать Верхнеудинской городской больницей Константин Павлович Стацкевич, который по конкурсу занял эту должность<sup>563</sup>. Однако почти через три года с 26 марта 1902 года К.П. Стацкевич уволился<sup>564</sup>.

С 1901 года вторым врачом работал С.И. Лозовский<sup>565</sup>. Он с апреля 1902 года заменил Стацкевича и заведовал больницей, одновременно являясь и общественным городским врачом<sup>566</sup>. Но, с 23 ноября 1902 года заведует Верхнеудинской больницей врач Исая Аронович Шинкман, который тоже по конкурсу занял эту должность<sup>567</sup>. Видимо врач С.И. Лозовский не вполне устраивал местную администрацию, и он передал все дела новому заведующему<sup>568</sup>.

Заведующие больницей по тем или иным причинам постоянно менялись. В период революционных событий 1905 года был арестован врач И.А. Шинкман и сослан на каторгу в Акатуй, где умер. При аресте он написал записку врачу М.В. Танскому: «Не откажитесь, пожалуйста, заменить меня на несколько дней в больнице»<sup>569</sup>. Так, с 26 ноября 1905 года заведовать Верхнеудинской больницей стал врач Михаил Владимирович Танский, который и прослужил в этом качестве более 19 лет<sup>570</sup>.

И.А. Шинкман до этого выделил одну палату для операционной, завел стерилизатор, пополнил инструментарий и начал делать амбулаторные хирургические операции.

<sup>562</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1170. — Л. 23.

<sup>563</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 2909. — Л. 9.

<sup>564</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1720. — Л. 3.

<sup>565</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1619. — Л. 2.

<sup>566</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1720. — Л. 1.

<sup>567</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1638. — Л. 6.

<sup>568</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1720. — Л. 39, 41.

<sup>569</sup> ГАРБ. — Ф. 1778. — Оп. 1. — Д. 31. — Л. 46.

<sup>570</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 2932. — Л. 27.

Следует заметить, что и М.В. Танский тоже серьезно занимался хирургией. Уже при нем провели дальнейшее благоустройство больницы. Построили баню и кухню. Количество больничных коек возрастало постепенно с 30 до 60. Прибавили штат больницы: санитаров и сиделок, появилась акушерка-фельдшер и второй общественный врач. Построили отдельные бараки для инфекционного отделения. Устроили большую операционную палату. Поставили два операционных стола, пополнили устаревший хирургический набор.

Из воспоминаний врача М.В. Танского: «Я был поставлен самою жизнью в необходимость заняться общей хирургией включительно до некоторых полостных операций, так как иначе их некому было делать. Особенно одно время была травматическая хирургия: переломы черепа, выпущенные наружу кишки и т.д. Вообще, врачу в больнице в то время приходилось быть универсалом. Необходимо было разбираться в ушных, горловых, глазных, нервных, психических и других заболеваниях и давать свои заключения, имевшие решающее значение. Врачей по специальностям еще не существовало»<sup>571</sup>.

При больших операциях М.В. Танскому помогал второй врач как ассистент – хлороформатор. Налицо положительные сдвиги в лечебном деле Верхнеудинска с использованием новых научных методов обезболивания, асептики и антисептики. В этот период М.В. Танский имел еще и частную врачебную практику и был широко востребованным специалистом<sup>572</sup>.

Медицинская наука и практика в России продолжали активно развиваться. «В больнице за лечение взималась плата рубль за сутки, но она фактически всегда была переполнена бесплатными больными, - отмечал Михаил Владимирович. Амбулаторный прием велся бесплатно, хотя в приемной висела кружка, опечатанная печатью городской управы, для добровольных пожертвований.

---

<sup>571</sup> Танский М.В. Странички из прошлого. (Верхнеудинск в 70-80 г.г. XIX века / М.В. Танский — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1966. — С. 19.

<sup>572</sup> Танский М.В. Записки Верхнеудинского врача / М.В. Танский — Улан-Удэ: НоваПринт, 2018. — С. 67.

Нередко кружку похищали. И тогда была установлена плата за прием 20 копеек с выдачей квитанции»<sup>573</sup>.

С 1908 года М.В. Танский занимался еще преподавательской деятельностью. Вел уроки научной гигиены в реальном училище, а с 1910 года преподавал анатомию и физиологию человека, а также гигиену в женской гимназии города. Это говорит об общем подъеме образования и культуры на окраинах страны. Нередко М.В. Танский выезжал в сельскую местность, когда поступал вызов врача. Так, в селе Саянтуй ему пришлось произвести операцию по ампутации ноги, в селе Шишкино извлек живого ребенка акушерскими щипцами<sup>574</sup>.

Годовой бюджет города Верхнеудинска составляет уже 65-80 тысяч рублей, а на больницу по смете выделялось 11-13 тысяч рублей (это около 17% от бюджета, т.е. значительно больше, чем раньше). Второй общественный врач городской больницы бесплатно обслуживал бедных больных города по вызовам на дому. Врачам предоставлялось право выписывать неимущим больным лекарства за счет казны города Верхнеудинска.

Таким образом, городская лечебная помощь в Западном Забайкалье в конце XIX начале XX вв. медленно усовершенствовалась. Появились элементы специализированной медицинской помощи, стали обслуживаться вызова на дому, практиковались выезды в сельскую местность. Учащиеся в школах осматривались периодически 2 городскими врачами<sup>575</sup>.

Согласно новому Городскому положению идет переписка с военным губернатором Забайкальской области в 1901 году о выделении из средств города Верхнеудинска пособия в сумме 1023 рубля на содержание врачебного персонала, а также ходатайство городской управы о назначении второго врача для увеличившегося населения города<sup>576</sup>. Возрастает культурное, социально-

<sup>573</sup> ГАРБ. — Ф. 1778. — Оп. 1. — Д. 31. — Л. 50.

<sup>574</sup> ГАРБ. — Ф. 1778. — Оп. 1. — Д. 31. — Л. 56.

<sup>575</sup> Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. Обработано для печати Д. Н. Жбанковым. — М., 1915. — (Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова) — С. 336.

<sup>576</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1585. — Л. 1.

экономическое положение Верхнеудинска и уже никто не ставит вопрос о закрытии городской больницы.

Необходимо отметить, что в 1915 году врача по образованию Константиновича Ивановича Легкова избирают Городским главой города Верхнеудинска. На этом поприще он развивает плодотворную деятельность. Организует Мужскую частную гимназию, Торгово-промышленную школу, 2-е Высшее начальное училище и ряд начальных училищ. Самое активное участие он принимает в Попечительском Совете женской гимназии, где надо отметить еще и состоит одновременно школьным врачом на безвозмездной основе. Также являлся председателем Попечительских Советов мужской гимназии и Торгово-промышленной школы. Он разрабатывает вопрос и хлопочет об открытии в городе Верхнеудинске профессиональной женской школы. Но эту идею не удалось довести до конца.

Константин Иванович был инициатором организации и открытия острозаразного отделения при Верхнеудинской городской больнице, что в условиях слабой санитарной культуры и сложной эпидемиологической ситуации имело важное значение. Так же при нем начинает впервые функционировать родильный приют в Верхнеудинске. Уже эти два шага по улучшению медицинского обеспечения населения говорят о выделении актуальных проблем дореволюционного здравоохранения.

23 марта 1860 года сельской Туркинской больницей Приказа общественного призрения заведовал Баргузинский окружной врач Д. Щербаков<sup>577</sup>. По отчетным данным в апреле 1860 года поступило 8 больных, выздоровело 5, умерших нет<sup>578</sup>. Помимо гражданских лиц также в этот период поступило 9 человек воинских чинов<sup>579</sup>.

В другом крупном городе Забайкальской области – Троицкосавске (Кяхта, 1934г.) в 1867 году открыта Александровская амбулаторная лечебница

---

<sup>577</sup> ГАЗК. – Ф. 111. – Оп. 1. – Д. 8. – Л. 33.

<sup>578</sup> ГАЗК. – Ф. 111. – Оп. 1. – Д. 8. – Л. 56.

<sup>579</sup> ГАЗК. – Ф. 111. – Оп. 1. – Д. 8. – Л. 59.

(богадельня) для оказания бесплатной врачебной помощи и пособия приходящим больным города Троицкосавска, Кяхтинской слободы и Усть-Кяхты<sup>580</sup>. Лечебница содержалась на благотворительные средства кяхтинского купечества. В 1887 году Троицкосавск располагал одной городской больницей на 35 коек и одной амбулаторией. Также, как и в других гражданских больницах Забайкалья лечение получали и военные чины. За июнь 1860 года поступило 24 военных, из них выздоровело 18 человек, 1 умер<sup>581</sup>. Материально-техническое состояние лечебных заведений по-прежнему нуждалось в улучшении, но проводимая работа по организации здравоохранения не прекращалась<sup>582</sup>.

В 1861 году в Забайкальской области работало 27 врачей, 6 лекарских учеников и 6 повивальных бабок<sup>583</sup>. Впрочем, такое положение по охране здоровья населения отмечалось не только в Забайкалье. Лишь в конце XIX века власти ряда городов страны приступили к организации родовспоможения, что выражалось преимущественно в устройстве небольших приютов для рожениц<sup>584</sup>.

Итак, Верхнеудинская городская больница с 1869 года полностью находилась на городском общественном бюджете. Источником средств на содержание больницы являлись городские ассигнования и плата за лечение. Сельские жители и представители коренного населения получили возможность лечиться в больнице только во второй половине XIX века. Также на городском бюджете находилась Троицкосавская гражданская больница. Нигде пока не было акушерских и педиатрических коек. Финансирование больниц постоянно находилось в дефиците, активное строительство новых зданий для лечебных заведений не велось.

<sup>580</sup> ГАРБ. — Ф. 337. — Оп. 5. — Д. 11. — Л. 10-12.

<sup>581</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 8. — Л. 108.

<sup>582</sup> Лазарева С.И. Роль городских дум Дальнего Востока в активизации социальной работы (90-е гг. XIX в — 1917 г.). / С.И. Лазарева, О.И. Сергеев // ОЙКУМЕНА. Регионоведческие исследования. Научно-теоретический альманах. Выпуск 1. Дальнаука — Владивосток, 2006. — С. 39.

<sup>583</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 13. — Л. 2.

<sup>584</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 148.

В 1854 году из-за постоянного дефицита врачей в Нерчинской городской больнице работали 3 лекарских ученика. 24 августа 1854 года Инспектор медицинской части Забайкальской области предлагает лекарскому ученику Мельникову в письме № 142 заведовать Нерчинской городской больницей до прибытия врача<sup>585</sup>. Но, сложность ситуации по улучшению медицинского дела в округе уже в письме № 146 той же даты вынуждает инспектора просить принять гражданскую больницу бригадному лекару 2-й конной бригады Забайкальского казачьего войска Здановичу, исполняющему на тот момент обязанности Нерчинского окружного врача<sup>586</sup>. 19 сентября 1854 года Зданович прибыл в Нерчинск и приступил к выполнению обязанностей Нерчинского городского и окружного врача<sup>587</sup>.

В 1861 году заведующим больницей стал выпускник Казанского университета врач Александр Васильевич Михайловский. В 1863 году в Нерчинске была учреждена должность городского врача «с содержанием из общественных доходов». И эту должность исполнял А.В. Михайловский<sup>588</sup>. Понимая, что в области очень мало врачей А.В. Михайловский добросовестно совмещал в период 1867-1869 гг. должности Нерчинского городского врача и Читинского окружного врача, хотя соответствующий объем работы был очень велик. Он также занимался лечением больных заключенных Нерчинской тюрьмы.

Нерчинская городская больница на 20 коек располагалась в эти годы в небольшом деревянном здании без каменного фундамента с тесовой крышей. Площадь основного здания 5×10 сажень (1 сажень - 2,13 метра), пристройка 4×6 сажень. Во дворе располагался дом смотрителя и хозяйственные постройки (кухни, сарай, амбар, погреб). В 1864 году фельдшер, выпускник Казанской фельдшерской школы Л.И. Иевлев был утвержден в должности старшего

---

<sup>585</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (вр). — Д. 16. — Л. 1.

<sup>586</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (вр). — Д. 16. — Л. 3.

<sup>587</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (вр). — Д. 16. — Л. 5.

<sup>588</sup> Сливкин А.Н. 180 лет со дня открытия в Нерчинске первой больницы (1827 г.) / А.Н. Сливкин, Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. — Чита, 2007. — С. 96.

фельдшера<sup>589</sup>. 24 августа 1873 года он назначен смотрителем больницы и оставался в этой должности до 1876 года. В 1877 году в Забайкальской области по-прежнему функционировали Верхнеудинская, Нерчинская и Троицкосавская гражданские больницы<sup>590</sup>.

25 сентября 1888 года было построено новое каменное здание Нерчинской больницы. «Здание производит приятное впечатление – писала газета «Восточное обозрение» № 43 за 1888 г. Наконец-то старая городская больница, служившая источником заразы и давно обреченная на сожжение, упразднится»<sup>591</sup>.

В 1892 году больница рассчитана на 29 коек и четырех богадельщиков, но больных всегда было гораздо больше. В 1892 году в больнице пролечилось 477 человек. Большинство больных (299 чел.) составляли арестанты, солдаты (81 чел.) и 4 человека – мещане, крестьяне, казаки и поселенцы. Как видим представителей коренного населения не было. В отчете за 1893 год в больнице лечились 393 человека, из них умерло 24. Больные сифилисом и другими венерическим заболеваниями – 59 человек, гриппом – 28, брюшным тифом – 14, пневмонией – 16, бугорчаткой – 9, малярией – 6 человек. При больнице содержались 6 богадельщиков, пробывших в богадельне 1461 день.

В 1892 году в Нерчинске родились 243 ребенка, а умерли 178, большинство детей в возрасте от 1 года до 5 лет умирали от кишечных инфекций. Детская смертность в Забайкалье оставалась очень высокой.

Необходимо отметить, что количество больных иногда вдвое превышало возможности больницы. Эти факты свидетельствуют о востребованности медицинской помощи и недостаточности лечебных заведений и кадров. Постройка железной дороги в обход Нерчинска в немалой степени способствовала социально-экономическому, культурному упадку города. Ушли из жизни бывшие благотворители, такие как купцы Бутины. «В городе почти не

---

<sup>589</sup> Газета Нерчинская звезда. 05.06.07. К 180-летию Нерчинской больницы. — С. 4-5.

<sup>590</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 176. — Л. 20.

<sup>591</sup> Сливкин А.Н. 180 лет со дня открытия в Нерчинске первой больницы (1827 г.) / А.Н. Сливкин, Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. — Чита, 2007. — С. 97-98.



прекращаются заразные болезни – корь, скарлатина, натуральная оспа»<sup>592</sup>. Городское население обслуживается только одним городским врачом Ляпустиным. Ежедневно он принимал от 40 больных и делал около 30 посещений на дому. Безусловно, времени на лечение стационарных больных оставалось немного. Поэтому говорить о возможности улучшения качества медицинского обеспечения жителей Нерчинска не приходится.

Таким образом, в Забайкальской области, уже густонаселенной территории, медицинская помощь населению оказывалась в гражданских больницах городского самоуправления Верхнеудинска, Нерчинска, Кяхты и сельской больнице приказа общественного призрения при Туркинских минеральных водах<sup>593</sup>.

В 1851 году Генерал-губернатор Восточной Сибири сообщил Министру Внутренних Дел: «в г. Чите Забайкальской области нет ни казенной ни вольной аптеки, и проживающие там чиновники и жители нуждаются в лекарствах»<sup>594</sup>. Также не было гражданского лечебного учреждения для оказания медицинской помощи городскому населению.

По архивным документам, вводимых нами в научный оборот указано, что 19 апреля 1857 года в циркулярном письме № 986 Забайкальское областное правление представляет рассмотреть вопрос инспектору медицинской части о строительстве гражданской больницы в областном городе Чите. При этом делается ссылка на образец Верхнеудинской гражданской больницы. «Необходимо предоставить штатное расписание и необходимый коечный фонд»<sup>595</sup>. По результатам проведенной работы инспектор медицинской части докладывает военному губернатору Забайкальской области: «По среднему

---

<sup>592</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 367. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

<sup>593</sup> ГАРБ. — Ф. 128. — Оп. 1. — Д. 808. — Л. 37.

<sup>594</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1798. — Л. 7.

<sup>595</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 23. — Л. 2.

ежедневному числу больных в Верхнеудинской больнице, взятому за прошедшие 5 лет, больницу в Чите необходимо открыть на 20 коек»<sup>596</sup>.

Вопрос рассматривался впервые, но выполнение его растянулось на очень долгое время. Повторное упоминание о приоритетном строительстве гражданской больницы на 10 коек в Чите встречается только в 1892 году, фактически через 35 лет от момента первоначального рассмотрения проблемы.

Прокурора Забайкальской области в 1889 году привели в ужас сидящие дома на цепи психические больные и умирающие под забором люди. «В случае появления в городе какой-либо эпидемии отсутствие больницы для города и округа может привести к бунту и другим бедствиям»<sup>597</sup>. Военный губернатор Забайкальской области выступает с предложением открыть гражданскую больницу, но городская Дума по-прежнему ссылалась на отсутствие финансовых средств.

В 1892 году в городе вспыхнула очередная эпидемия сыпного тифа<sup>598</sup>. Полугоспиталь быстро переполнили больные. Военный губернатор Забайкальской области в апреле безоговорочно потребовал от Читинской городской Думы «озаботиться немедленным открытием в городе лечебного заведения под каким бы то ни было наименованием, куда могли бы поступать на излечение как жители города Читы, так и лица других сословий при заболеваниях заразными формами болезней»<sup>599</sup>. Переселенческий комитет облегчил Думе материальную сторону, обязавшись содержать за свой счет две кровати для лечения переселенцев. Тогда Дума приняла решение отдать под лечебницу принадлежащее городу здание. На

---

<sup>596</sup> ГАЗК. — Ф. 111. — Оп. 1. — Д. 23. — Л. 13.

<sup>597</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 228. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

<sup>598</sup> Цуприк Р.И. 120 лет со дня основания ГУЗ «ГКБ №1» (1894 г.) / Р.И. Цуприк, Ф.Р. Чепцов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — 2014. — С. 33.

<sup>599</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 228. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

первых порах решено было оборудовать лечебницу на 10 коек: 2 женских и 8 мужских.

До конца 1892 года здание было перевезено и установлено на окраине Читы. Принят на работу отставной лекарский помощник Н.С. Степанов. Сложнее было найти средства на оборудование больницы и пригласить для работы врача. Наконец, 1 января 1894 года был заключен договор с городским общественным врачом А.Э. Шлиомовичем на обслуживание новой лечебницы. Помощник областного врачебного инспектора доктор П.С. Алексеев подарил больнице некоторые дорогостоящие медицинские инструменты. Городская больница начала принимать больных с венерическим, инфекционными, терапевтическими заболеваниями, различными травмами. Количество мест явно не удовлетворяло город, и губернатор уже в июле 1894 года предложил Думе расширить больницу до 20 коек (5 женских и 15 мужских с пятью койками для ссыльных и психических больных).

Но, от лечения психических больных Дума категорически отказалась «ввиду значительных расходов на содержание и лечение»<sup>600</sup>. В 1896 году в Чите вновь свирепствовали эпидемии скарлатины и натуральной оспы. Для оспенных больных в марте на средства города была открыта временная больница. От оспы умерло 32 человека, от скарлатины – 8, от крупозной пневмонии – 26. По-прежнему инфекционные болезни наносили существенный урон численности населения пограничной Забайкальской области.

В 1898 году Читинская больница располагала уже 12 койками, было пролечено 193 человека, 32 из них умерли. С 1897 года при больнице начала функционировать амбулатория для проходящих больных.

С 1 октября 1899 году заведующим Читинской городской больницей стал выпускник Томского университета врач А.Л. Цейтлин (обращавшийся до этого для трудоустройства в Верхнеудинскую больницу). В 1897 году после окончания

---

<sup>600</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 229.

университета приехал в Читу и был принят на должность Читинского общественного врача<sup>601</sup>.

С постройкой Транссибирской железной дороги население Читы стало стремительно расти и к 1907 году достигло 40 тысяч человек, а больница расширилась только до 30 коек. До этого, в 1906 году в Чите был введен больничный сбор в размере 2 рублей в год с малоимущих горожан. Городские власти, в свою очередь, обязались бесплатно лечить не только работника, но и членов его семьи. Вырученные средства пошли на реконструкцию и расширение городской больницы. В 1907 году Читинская городская Дума вновь возвращается к рассмотрению актуального вопроса о расширении больницы. Годовая посещаемость амбулаторных больных превысила 11 тысяч человек, а отдельного помещения для амбулатории не было.

Ожидающие приема больные с различными заболеваниями, в том числе и инфекционными сидели или лежали в больничном коридоре. Все это создавало неблагоприятную обстановку для осмотра больных. А.Л. Цейтлин просит произвести надстройку 2-го этажа на существующем каменном здании, где сможет разместиться родильный дом.

Таким образом, больница расширилась уже до 100 коек. В 1910 году все постройки и пристройки были завершены и лечебное учреждение начало функционировать на 110 коек. К 1911 году были построены каменные корпуса больницы, в которых, по свидетельству современников, были «палаты обширные, коридоры светлые и широкие, перевязочная и операционная имеет много света. Везде было проведено электрическое освещение»<sup>602</sup>. Здесь работали 3 врача, они же вели и амбулаторный прием.

В больнице функционировали: инфекционное отделение на три инфекции в составе 30 коек, терапевтическое на 40 коек, родильное и гинекологическое на 20

---

<sup>601</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 55-57.

<sup>602</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 230. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

коек, хирургическое на 20 коек. Здесь лечили не только городских, но и иногородних жителей. В этот период впервые в Читинской городской больнице уже функционировало 10 земских коек для крестьян и коренного населения, которые получали медицинскую помощь бесплатно.

Таким образом, за достаточно короткий срок Читинская городская больница была значительно расширена, оборудована, укомплектована. Функционировали хирургическое, терапевтическое, акушерско-гинекологическое и инфекционное отделения, земские койки. Безусловно, подъем социально-экономического развития области, приток квалифицированных медицинских кадров, в том числе научных, способствовали прогрессивному развитию здравоохранения в Забайкалье, в частности в областном городе Чите, где население выросло с 300 человек в конце XVIII века до 77 400 человек в 1913 году.



С постепенным подъемом уровня жизни горожан в Чите соответственно получила распространение и частная врачебная практика. Но это свидетельствует не только об экономическом подъеме, но и продолжающейся нехватки государственных лечебных заведений и медицинского персонала. В 1902 году 23 мая в Чите была

открыта частная гинекологическо-хирургическая лечебница врача Василия Александровича Блинова<sup>603</sup>.

Первый проект представленного им Устава от 12 марта 1902 года был рассмотрен Директором Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел и не был принят. Необходимо было отразить сведения на какие средства будет содержаться лечебница, каковы условия поступления больных, какой планируется штатный персонал. «Вследствие сего, признавая означенный Устав недостаточно обработанным по существу и в редакционном отношении, надо дополнить согласно образца, утвержденного Министерством». Соответственно Устав частной лечебницы был исправлен и утвержден. «Утверждаю». 23 мая 1902 г. Подписал: за Министра Внутренних Дел Товарищ Министра Зиновьев. Верно: Вице-Директор Медицинского Департамента.

В Уставе были предусмотрены все административно-организационные, лечебно-диагностические мероприятия, правовые и финансовые вопросы. Частная лечебница подчинялась действию соответствующих общих узаконений и правительственных распоряжений, относящихся к частным лечебным заведениям ведомства Министерства Внутренних Дел<sup>604</sup>. Более подробно Устав приведен в приложении 1 диссертации (С. 446).

В 1911-1914 гг. в Чите функционировала гинекологическая лечебница доктора Я.М. Шольца с родильным приютом<sup>605</sup>. На городской службе состояло 3 врача при городской больнице, 2 фельдшерицы-акушерки и 2 фельдшера. Оспопрививание проводилось в городской больнице<sup>606</sup>. В 1916 году в Чите открывается земская областная больница<sup>607</sup>.

---

<sup>603</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 432. — Л. 4-4 об.

<sup>604</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 432. — Л. 15-17 об.

<sup>605</sup> Мантурова С.Ч. Государственное призрение и благотворительность в социальной и культурной жизни Забайкалья во второй половине XIX-начале XX вв. / С.Ч. Мантурова; М-во образования и науки Рос. Федерации, Вост-Сиб. гос. технол. ун-т. — Улан-Удэ: Респ. тип., 2005. — С. 241-242.

<sup>606</sup> Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. Обработано для печати Д. Н. Жбанковым. — М., 1915. — (Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова) — С. 311.

<sup>607</sup> Лазарева С.И. Роль городских дум Дальнего Востока в активизации социальной работы (90-е гг. XIX в — 1917 г.). / С.И. Лазарева, О.И. Сергеев // ОЙКУМЕНА. Регионоведческие

Провизор А.И. Меньших, выпускник медицинского факультета Казанского университета (1909 г.) развивал идею организации в Чите химико-бактериологической лаборатории, так необходимой врачам при диагностике болезней, для судебно-медицинских и санитарно-гигиенических целей. В июне 1911 года он прошел полный курс обучения в лабораториях химико-бактериологического института доктора Блюменталя и в октябре 1911 года получил разрешение проводить химико-бактериологические анализы при лаборатории Новой аптеки Н.К. Эфрона, занялся исследованием минеральных вод Маккавеевского и Шивандинского источников. В апреле 1912 года он стал штатным фармацевтом Врачебного отделения Забайкальской области.

На 1-м съезде врачей Забайкальской области в 1912 году, А.И. Меньших убедительно доказал коллегам необходимость открыть при Врачебном отделении химико-бактериологическую лабораторию, для которой уже частично приобретено оборудование. Съезд одобрил идею и вынес решение просить средства на открытие мелких лабораторий при врачебных участках. А это уже была серьезная заявка на лечебно-диагностическую организацию сельской медицины. Но, последующие события (Первая мировая война, революция, гражданская война) на 10 лет оторвали А.И. Меньших от Забайкалья<sup>608</sup>.

В Забайкалье возбудитель чумы впервые выделен от больного человека Н.Н. Клодницким в 1905 году, однако достоверные описания заболеваний людей известны с 1863 года. Про актуальность химико-лабораторных исследований для выявления тех или иных возбудителей инфекционных болезней, свидетельствуют такие факты, что эпидемия «маньчжурской чумы» 1910-1911 годов унесла около 100 000 человеческих жизней, в том числе 39 медицинских работников<sup>609</sup>.

---

исследования. Научно-теоретический альманах. Выпуск 1. Дальнаука — Владивосток, 2006. — С. 40.

<sup>608</sup> Цуприк Р.И. 125 лет со дня рождения провизора, организатора химико-бактериологической лаборатории в Чите А.И. Меньших (1882-1934 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. — Чита, 2007. — С. 203-204.

<sup>609</sup> Ходырев Л.П. 85 лет государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ (1922 г.) / Л.П. Ходырев // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. — Чита, 2007. — С. 124.

Учитывая общее число жителей Забайкалья до полумиллиона, это были огромные потери населения и медицинского персонала.

Но, дореволюционное правительство не спешило принимать необходимые меры, пока не началась вышеупомянутая эпидемия 1910-1911 гг. Вспышка маньчжурской чумы поражала грандиозностью масштабов. Открылись временные чумные пункты в Адриановке, Петровском Заводе, Олочах, Мысовской, Хилке, Оловянной, Борзе.

Вопрос об устройстве в Сибири специальной станции впервые рассматривался медицинским советом МВД в 1908 году. 13 февраля 1908 года утвержден проект здания бактериологической лаборатории вблизи города Читы. В 1909 году военный губернатор Забайкальской области признал необходимость учреждения такой станции и указал, что наиболее соответствующим местом для ее устройства должна быть признана Чита. Задачами станции, кроме изучения тарбаганьей болезни и чумы людей, становилось также изготовление лечебных сывороток и проведение бактериологических исследований<sup>610</sup>.

Заведующим лабораторией 19 декабря 1912 года назначен доктор Иван Степанович Дудченко<sup>611</sup>. Официальное открытие бактериологической лаборатории состоялось 17 сентября 1913 года. В «Положении о Читинской бактериологической лаборатории» указано: «Лаборатория является центральным учреждением для производства бактериологических исследований Приамурского края и Иркутского генерал-губернаторства»<sup>612</sup>. Т.е. лаборатория приобретала статус меж губернского центра. Руководил работой лаборатории Институт экспериментальной медицины.

---

<sup>610</sup> Вахрушева З.П. 100 лет Читинской противочумной станции (1913 г.) / З.М. Вахрушева, А.Б. Мошкин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2013 г. — Чита, 2013. — С. 172-173.

<sup>611</sup> Бурдинская А.В. 150 лет со дня рождения исследователя Забайкалья, врача-чумолога И.С. Дудченко (1857-1917 гг.) / А.В. Бурдинская // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. — Чита, 2007. — С. 140-141.

<sup>612</sup> Мусатов Ю.С. 80 лет со дня организации противочумной службы в Забайкалье (1913 г.) / Ю.С. Мусатов, Г.П. Моисеева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. — Чита, 1993. — С. 83.



Таким образом, в середине XIX века лечебная база зарождающейся системы здравоохранения Забайкалья по-прежнему состояла из трех небольших городских больниц и одной сельской лечебницы. Создание особой Забайкальской области способствовало постепенному прогрессивному развитию охраны здоровья населения.

Это выразилось, прежде всего, в организации единого медицинского руководства гражданскими и военными лечебными учреждениями на такой обширной территории, учитывая общую нехватку персонала и лечебниц. Военные врачи при отсутствии гражданских принимали участие в лечении местного населения. Схема областного медицинского управления военными и гражданскими лечебными учреждениями позволяла осуществлять организационно-методический контроль под флагом единовластия.

Создание врачебного отделения при Забайкальском областном правлении, подчиняющееся напрямую военному губернатору, продолжило управление медицинским делом и решение насущных проблем в едином формате. При сохраняющемся дефиците финансовых средств, недостатке лечебных заведений и медицинских кадров военный губернатор Забайкальской области стремился сохранить и не дал разрушить созданный минимум медицинского обеспечения вверенного населения, конкретно не дал закрыть Верхнеудинскую городскую больницу в конце XIX века.

Существенную роль в конце XIX начале XX веков стала играть благотворительность в различных формах, что на фоне нехватки государственного финансирования только улучшало медицинскую ситуацию в области.

В областном городе Чите первая городская больница открылась значительно позже в конце XIX века, в 1894 году. Но, очень быстро путем совместных усилий врачей, администрации и общественности города получила развитие городская специализированная медицинская помощь, открылись первые земские койки, усовершенствовались противоэпидемические мероприятия. В первом десятилетии XX века в областном центре Чите научная медицина получает более широкое

развитие по сравнению с другими городами региона. Это объясняется столичным положением города, значительным ростом населения и наличием квалифицированного персонала. Лечебно-диагностическое и кадровое оснащение в областном центре Чите приближается к уровню крупных городов Российской империи.

### **3.3. Деятельность окружных и уездных комитетов общественного здоровья Забайкальской области**

Основным направлением городских санитарных организаций являлась борьба с эпидемиями. В тех городах, где были созданы санитарные органы при городских управах, формы противоэпидемической работы были заметно усовершенствованы. Разработан вопрос о необходимости превентивных мер: организации учета заболеваемости, санитарно-статистических исследований, постоянного санитарного надзора<sup>613</sup>.

Такая санитарная организация была сформирована и в Забайкалье. Согласно положению о Забайкальской области организован Областной комитет общественного здоровья. 10 ноября 1852 года в Областной комитет общественного здоровья прибыли: Председатель комитета военный губернатор Забайкальской области генерал-майор Павел Запольский, старший советник Забайкальского общественного правления, надворный советник Федор Флюхрат, инспектор медицинской части Забайкальской области надворный советник Николай Ворожцов. Члены комитета: Читинской Архангельской церкви протоиерей Константин Стуков, Читинский полицеймейстер, состоящий по армии подпоручик Карл Туловский и Нерчинско-Заводской 3-й гильдии купец Савватий Чистохин.

Целью совещания была разработка задач по улучшению качества работы областного комитета общественного здоровья. Рассматривались проблемы укрупнения комитета в деле «охранения народного здоровья и ограничения

---

<sup>613</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 149-150.

эпидемических болезней в области»<sup>614</sup>. Таким образом, областной комитет объединял и контролировал работу окружных комитетов общественного здоровья Забайкальской области.

В частности, 14 декабря 1854 года Нерчинский окружной комитет общественного здоровья в донесении №16, сообщает в Забайкальский областной комитет: «В первых числах ноября у жителей Верхне-Ключевского селения Успенской волости обнаружена болезнь «горячка». Окружной комитет при отсутствии по делам службы лекаря Здановича, для оказания медицинской помощи в упомянутом селении направляет окружного лекарского ученика Первых. 10 декабря он возвратился в Нерчинск и доложил, что болезнь ликвидирована. Но, окружной комитет интересуется возможными отдаленными последствиями означенной болезни и мерами профилактики»<sup>615</sup>. Лечебно-профилактическая деятельность лекарского ученика оказалась довольно эффективной.

Представляем ведомость о больных, составленную медицинским специалистом: «В Верхне-Ключевском селении до прибытия врача состояло 7 больных мужчин, выздоровело 2 и умерло 2. Женщин заболело 5, умерла 1. С прибытием врача – состояло больных мужчин 3, поступило заболевших 3, выздоровело 6 человек. Больных женщин состояло 4, поступило еще 5, выздоровело 9 человек. Умерших больных нет»<sup>616</sup>. 25 июля 1857 года Нерчинский окружной врач Ланга предоставил ведомость о числе заболевших в Кенонском селении: «Больных 14 человек, выздоравливающих 3 человека. Из них – с тифозной горячкой 1 человек, с перемежающейся лихорадкой 7 человек, послабляющей лихорадкой 3 человека»<sup>617</sup>.

Пресечение эпидемий окружной комитет общественного здоровья проводил согласно правила Устава медицинской полиции<sup>618</sup>. Прежде всего, комитет

<sup>614</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 3 (вр). – Д. 3. – Л. 16.

<sup>615</sup> ГАЗК. – Ф. 76. – Оп. 1. – Д. 7. – Л. 1.

<sup>616</sup> ГАЗК. – Ф. 76. – Оп. 1. – Д. 7. – Л. 3.

<sup>617</sup> ГАЗК. – Ф. 76. – Оп. 1. – Д. 16. – Л. 2.

<sup>618</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 11. – Л. 2.

немедленно уведомлял о появившихся заразных болезнях генерал-губернатора Восточной Сибири и военного губернатора Забайкальской области, ставил в известность Забайкальский областной комитет общественного здоровья, городскую управу, местные органы самоуправления – степные думы, волостные правления, сельских старшин, штатного смотрителя училищ, церковных притч о появлении эпидемических заболеваний.

Медикаменты для лечения больных выписывались за счет казны согласно Устава врачебного из городской аптеки. В частности, для беднейших жителей города Верхнеудинска лекарства выделялись бесплатно<sup>619</sup>. Освидетельствование больных инфекционными болезнями проводилось командированным на место врачом в присутствии городского головы, чиновника полиции и свидетелей<sup>620</sup>.

Городская управа должна была выделить специальное помещение для больных с тем, чтобы немедленно их изолировать от здоровых людей. По городу расклеивались объявления с призывом к жителям немедленно сообщать о появлении новых случаев заболевания в полицейское управление, полицейским надзирателям, врачам. Полицейский надзиратель должен был каждый день обходить жителей по домам и справляться о санитарном благополучии. В случае обнаружения заболевания полицейский надзиратель проводил расследование и о мерах, предпринимаемых для предотвращения распространения болезни обязан был сообщить военному губернатору Забайкальской области<sup>621</sup>.

В Иркутских губернских ведомостях печатались Наставления о дифтерите (дифтерия), чуме и других эпидемических болезнях людей и скота, способах их лечения. Наставления высылались почтой комитету. Комитет обязан был еженедельно сообщать военному губернатору Забайкальской области о ходе инфекционной болезни. Командирование врачей в места эпидемий по Забайкальской области осуществлялось за счет губернских кредитов<sup>622</sup>. Также комитет общественного здоровья совместно с городской управой и полицией

---

<sup>619</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 11. – Л. 2 об.

<sup>620</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 11. – Л. 3 об.

<sup>621</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 11. – Л. 5, 5 об.

<sup>622</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 9. – Л. 2.

устанавливал заставы на дорогах, ведущих в город для предупреждения о болезни приезжающих людей. Несмотря на все предпринимаемые меры, смертность во время эпидемий в городах и селениях оставалась высокой, что объясняется санитарно-эпидемиологическими условиями и уровнем медицины того времени.

По нашим данным, Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья функционировал в сентябре 1853 года. Комитет состоял: 1. Председатель. 2. Члены – 4 человека. В 1870 году председателем комитета был исполняющий дела начальника Верхнеудинского округа Пантелеев. Членами являлись: окружной врач, городской голова, благочинный протоиерей одной из церквей города Верхнеудинска, военный врач 1-й конной армии Забайкальского казачьего войска<sup>623</sup>. В функции Верхнеудинского окружного комитета общественного здоровья входило: 1) надзор за появлением и распространением заразных эпидемических заболеваний среди населения и домашнего скота в Верхнеудинском округе Забайкальской области. 2) своевременная ликвидация очагов распространения эпидемических заболеваний.

Рассмотрим деятельность Верхнеудинского окружного комитета общественного здоровья, который принимал врачебно-полицейские меры против распространения эпидемий в своем округе среди людей и животных. Нам удалось обнаружить ряд документов по мерам принятым этим комитетом. Все донесения из разных местностей поступали по телеграфу и в письменном виде.

Донесение Верхнеудинского окружного врача Стацкевича о возникшей болезни в Барском селении Тарбагатайской волости от 30 сентября 1853 года за № 48. «Прибыв в означенное селение 22 сентября утром осмотрел всех больных, коих было 27 человек. Отмечалась лихорадка, головная боль, моча бурого цвета, сухость во рту. Каждому из больных сейчас же было подано пособие свойственное страданию и сообразно правилам науки»<sup>624</sup>.

25 октября 1853 года Верхнеудинский комитет общественного здоровья сообщает в Забайкальский областной комитет: «В Урлукской волости появилась

<sup>623</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 1.

<sup>624</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 7. — Л. 5.

на людях повальная болезнь, от которой умерло 15 человек и еще больных 39 человек. Для лечения направлен лекарь Стацкевич»<sup>625</sup>. 9 октября 1853 года в Барском селении умерли от нервной горячки 5 человек, а 14 выздоровело. Лечением и наблюдением занимался лекарский ученик Ворошилов<sup>626</sup>. И таких донесений очень много. По каждому сообщению, была соответствующая адекватная реакция комитета общественного здравия, для оказания медицинской помощи обязательно выезжал лекарь, либо лекарский ученик.

Так 4 июля 1870 года Урлукский сельский старшина от 3 июля 1870 года доносит Волостному правлению, «что 25 июня в селении Урлук на малолетних детей появилась эпидемическая болезнь в виде кровавого поноса и существует по настоящее время». О возникшей ситуации Волостное правление докладывает Верхнеудинскому окружному комитету народного здравия. Немедленно была дана команда о командировании медицинского работника на место эпидемии.

Верхнеудинский окружной врач 22 июля 1870 года сообщает в Верхнеудинский окружной комитет следующее: «Получив предписание Верхнеудинского комитета народного здравия от 11 июля 1870 года за № 37, я на другой день отправился в настоящую волость. По прибытии на место и по собиранию полных сведений я отправился в волость с волостным головой Григорьевым и почетными крестьянами по всем указанным сельскими старшинами домам во всех селениях осматривать больных. По осмотру каждого из них было роздано лекарства каждому по роду их болезни. Болезнь это оказалась действительно кровавым поносом. Подробное описание означенной болезни буду иметь честь представить комитету народного здравия по прекращении эпидемии. При сем имею честь представить семидневную ведомость о числе больных с появления болезни по 22 число сего июля»<sup>627</sup>.  
Подпись. Верхнеудинский окружной врач Коллежский ассессор Трацевский.

<sup>625</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 7. — Л. 17.

<sup>626</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 7. — Л. 21.

<sup>627</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 5.

Рассмотрим следующую ведомость по больным. «В селе Урлук проживало 1131 мужчина и 1120 женщин, итого 2251 человек. Заболело 33 мужчины и 28 женщин. Умерло 12 мужчин и 9 женщин. Ситуация с прибытием врача с 15 по 22 июля. На 15 июля 1870 года состояло больных 18 мужчин и 15 женщин. Умерло по одному мужчине и женщине. На 22 июля уже состояло 17 мужчин и 16 женщин. Но, никто не умер». Налицо, положительный эффект от лечебно-профилактических мероприятий медицинского работника. Врачом обследованы селения Баинбулыкский, Мало–Кударинский, Фомичевский, Захаровский и Шимбиликский.

Безусловно, учитывая большие расстояния, надо полагать, что врач все-таки быстро приехал на место, т.е. через 3 дня после получения донесения. При этом врач плодотворно поработал, осмотрел жителей 6 селений. По нынешнему времени врач находился в Кяхтинском районе Республики Бурятия. Итого он обследовал и пролечил 2509 мужчин и 2192 женщины. Заболело 46 мужчин и 37 женщин. Всего за период эпидемии заболело 83 человека. Умерло 15 мужчин и 10 женщин. Итого 25 чел. На 5 августа 1870 года в Урлукском селении заболело всего 11 человек, но, уже никто не умирал.

Таким образом, сначала был изолирован и затем ликвидирован очаг кровавого поноса. В другой Куналейской волости с 7-го по 15 октября 1870 года зарегистрирована «тифозная горячность». Заболело 66 человек. Никто не умер. Выздоровело 13 человек. Продолжают лечение после обследования 53 человека. А 20 октября 1870 года в этой волости заболело брюшным тифом 30 мужчин и 31 женщина. Для обследования и лечения больных был направлен фельдшер<sup>628</sup>.

В 1880 году пришло донесение в Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья из селения Погромское (ныне село Погром Еравнинского района Республики Бурятия)<sup>629</sup>. В нем было указано, что в результате эпидемии умерло 20 человек. Туда был направлен врач Бочинский для обследования 18 сентября. Но, на самом деле для лечения больных выехал лекарский ученик

<sup>628</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 8. — Л. 3.

<sup>629</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 3, 19.

Боровицкий. Он набрал медикаментов на одиннадцать рублей девяносто девять копеек из Верхнеудинской общественной вольной аптеки 19 сентября 1880 года. Управляющий аптекой был И. Ласхи. Означенную сумму оплатил Верхнеудинский комитет общественного здоровья. С 1-го по 27 сентября 1880 года возникла эпидемическая болезнь дифтерит (дифтерия) уже в самом городе Верхнеудинске. Заболело 28 человек, умерло 20 женщин. Проходят лечение 5 человек<sup>630</sup>. Надо признать высокая летальность отмечалась при заболеваниях дифтерией даже среди взрослого населения.

В 1880 году председателем Верхнеудинского окружного комитета общественного здоровья состоял Коллежский асессор Михаил Федосеевич Леонтьев, а членами работали: Верхнеудинский городской врач титулярный советник Иван Иванович Казанский, врач прикомандированный к Верхнеудинской местной команде Василий Филаретович Бочинский и Верхнеудинский Городской Голова Александр Петрович Лосев<sup>631</sup>.

22 сентября 1880 года состоялось заседание комитета: «Сего числа Верхнеудинский окружной исправник экстренно пригласил на лицо находящихся членов Окружного комитета общественного здоровья, где на рассуждение комитета, вынесена телеграмма, полученная от Укырского сельского старшины, в которой он доносит, что в Погроминском селении существует эпидемия на детей, где умерло до 20 человек от дифтерита». Комитет определил: отправить врача и младшего лекарского ученика Боровицкого. Выдать лекарства из городской аптеки».

24 сентября 1880 года в присутствии Верхнеудинской городской управы заслушали постановление Верхнеудинского окружного комитета общественного здоровья, составленного 22 сентября 1880 года о принятии мер предосторожности, против появившейся в Верхнеудинске эпидемии: «Дифтерит и оказание помощи болевающим»<sup>632</sup>. В городе Верхнеудинске заболело 3 мужчины и 22 женщины.

<sup>630</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 33.

<sup>631</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 11. — Л. 1.

<sup>632</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 29.



Умерло 2 человека. Продолжают лечение 21 человек. Лечением занимаются врач Бочинский и лекарский помощник Францев.

Итак, было определено: «1) Для оказания первых медицинских пособий заболевшим в городе Верхнеудинске и его предместьях, пригласить лекарского помощника Г.Д. Францева вперед до доклада Думе о плате пятьдесят рублей на один месяц. 2) Поручить городской аптеке выдавать лекарственные средства для беднейших жителей бесплатно, впредь до особого распоряжения. О выделении дополнительных ассигнований на эти надобности суметь доложить в первом заседании Думы; впредь же до ассигнования таковых позаимствовать из подлежащих свободных сумм, находящихся в распоряжении Городской управы. Подлинное подписали: Городской Голова А. Лосев. Члены городской управы П. Гирченко и К. Мордовской. Городской секретарь Л. Анохин».

По многим документам отмечается о бесплатной раздаче лекарств беднейшим слоям населения. Выходит, администрация в целом поддерживала медицинские и финансовые мероприятия по сохранению жизни подданного населения. Налицо факт определенной заботы о сохранении здоровья жителей Забайкалья. Чем больше трудоспособных работников, тем больше экономическая и национальная выгода. Безусловно, дефицит средств и медицинского персонала серьезно сдерживали все принятые решения. Процесс формирования городских санитарных организаций на огромной территории России протекал крайне неравномерно, с большим временным разрывом, с существенными различиями в уровне их развития<sup>633</sup>. Необходимо отметить, что в Забайкалье окружные комитеты были сосредоточены в городах и выполняли свои задачи на всей территории своих больших округов.

Вышестоящее Забайкальское областное управление осуществляло контроль общей эпидемиологической ситуации. Так по архивному документу: МВД, Забайкальское областное управление, врачебное отделение. 25 сентября 1880 года за № 2097 город Чита. Врачебное отделение направило в Верхнеудинский

---

<sup>633</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 87.

окружной комитет общественного здоровья 30 экземпляров печатных наставлений о дифтерите и мерах против него<sup>634</sup>. Эти наставления распространялись в городе Верхнеудинске и в округе.

29 сентября 1880 года в селении Унэгэтэй возникла эпидемия брюшного тифа. Сюда был направлен фельдшер Иванов. В селение Погромском умерло 8 человек от дифтерита. Направленный лекарский ученик Боровицкий самовольно уехал. К сожалению, не исключались и такие факты. С 12 ноября по 21 ноября 1880 года в Верхнеудинске заболело дифтерией 48 человек. Все получили своевременное лечение, и никто не умер. Так дифтерия встречалась в Бичуре, Куйтуне и в Тарбагатае (территория двух современных районов Республики Бурятия)<sup>635</sup>.

Унэгэтэйский сельский старшина Потемкин 3 мая 1881 года пишет донесение в Кульскую сборную избу, что «болезнь горла была у 51 человека и умерло 2 чел. И теперь болезнь прекратилась». По-видимому, протекала дифтерия. Был направлен специалист по обследованию и лечению в Унэгэтэй. Уже 24 июля 1881 года командированный сообщает, «что с 10 апреля по 5 мая 1881 года было дифтерита 7 случаев, выздоровело 4 и умерло 3. Однако затем с 5 мая болезнь снова появилась в Новокурбинском селении, умерло 4 и остались живы 5 человек»<sup>636</sup>. Снова 28 июня 1881 года Потемкин сообщает: «с 20 по 28 июня заболело оспой в Унэгэтэе 18 человек и умерло 3 чел. Далее: «в Новой Курбе заболело 15 человек оспой, а умерших нет».

В Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья обращается администрация Кульской сборной избы 14 июля 1881 года: «в Унэгэтэе заболело оспой 13 человек, выздоровело 6 и умерло 3 человека». 15 июля 1881 года в Кульскую сборную избу докладывает Домноключевской сельский старшина, что «с 20 мая 1881 года появилась болезнь оспа, заболело 5 человек и, умер 1 человек»<sup>637</sup>.

<sup>634</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 35.

<sup>635</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 37, 52, 76.

<sup>636</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 12. — Л. 1, 13.

<sup>637</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 12. — Л. 17-33.

В борьбе с эпидемическими заболеваниями принимали участие все медицинские работники. Администрация Кульской сборной избы 22 сентября 1881 года сообщает в Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья, о том, что фельдшер Онинской конвойной команды господин Иванов лечил и оказывал медицинскую помощь больным дифтерией в селении Кульское. «Подаваемая Ивановым медицинская помощь больным принесла довольно благоприятные действия». 30 октября сельский старшина Беклемишенского села отправляет телеграмму в Кульск, о том, что распространяется дифтерия. «28 октября умер мальчик, а 29-го – девочка. Прошу принять меры. Так в этом селе заболело дифтерией 9 человек и умерло 6 человек»<sup>638</sup>.

На основании этих документов, можно констатировать, что случаи инфекционных заболеваний, как ранее известных, так и впервые возникшие немедленно фиксировались и докладывались в соответствующий комитет. Население Забайкалья понимало всю опасность этих заболеваний и теперь уже надеялось на квалифицированную медицинскую помощь со стороны государственных органов.

Такие же донесения принимались и от коренного бурятского населения. 6 октября 1881 года заседатель Хоринской степной думы Бадмаев пишет донесение за № 157 Верхнеудинскому Окружному исправнику. «По появлении в селении Хасуртаевском дифтерита, были наложены карантинные меры. Однако крестьяне свободно заходят в юрты бурят. Степная Дума с целью дальнейшего нераспространения дифтерии воспрещает хождение крестьян в дома бурят. Просим принять меры через волостные чины о не выпуске крестьян в инородческие улусы. Так подписано Выборным Зодбоевым и старостами Бадмаевым и Убугуновым»<sup>639</sup>. Безусловно, на местах старались проводить карантинные меры, эмпирически предполагая, что инфекция передается воздушно-капельным путем.

---

<sup>638</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 12. – Л. 102, 136.

<sup>639</sup> ГАРБ. – Ф. 319. – Оп. 1. – Д. 12. – Л. 160.

При массовом заболевании скота также проводились карантинные меры. К примеру, имеется протокол от 26 июля 1889 года Верхнеудинского окружного комитета общественного здоровья под председательством и.д. начальника округа Пантелеева и членов: окружного врача Болтенко, городского головы Овсянкина, благочинного протоиерея Ст. Попова и военного врача 1-й конной артиллерийской батареи Забайкальского казачьего войска Славинского. «Прочитав донесение волостных управлений по Хоринской степной думе о ходе чумы на рогатом скоте, при которых видно, что чумная эпидемия началась в Ключевской волости селении Барыкинском 26 мая 1889 года и за последний период времени, т.е. с 15 по 22 июля заболело 13 голов, пало 8 и убито 5». В протоколе вынесено решение: «Объявить карантинные меры, чтобы не распространять чуму, въезд и выезд запретить. Решено командировать ветеринарного врача в эту волость»<sup>640</sup>.

В селе Малый Куналей работал фельдшер Боровицкий. 19 августа 1889 года для работы он получил один ящик медикаментов в Мухоршибирском Волостном правлении. В эти годы продолжали работать Окружной врач Болтенко, военные врачи Славинский и Шубин<sup>641</sup>. 6 октября 1889 года Верхнеудинский Городовой врач Иван Казанский докладывает в Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья о том, что «с 15 августа 1889 года заболело брюшным тифом 80 человек, умерло 5 и выздоровело 40 человек»<sup>642</sup>.

Таким образом, вспышки инфекционных заболеваний встречались в каждом селении Забайкалья. Однако в подавляющем большинстве городов Российской империи санитарных организаций даже в начале XX века не существовало. Исполнение обязанностей по санитарному надзору возлагалось по старинке на полицию или на городского врача. В своей структуре Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья объединял всех основных представителей местной власти – исполнительной, духовной, военной и гражданской

<sup>640</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 1.

<sup>641</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 57-58.

<sup>642</sup> ГАРБ. — Ф. 319. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 62.

медицинской. Созданный при городской управе, Верхнеудинский комитет являлся частью муниципального самоуправления<sup>643</sup>.

Обеспечение городов санитарными кадрами в этот период оставалось крайне неудовлетворительным. В 1902 году на VIII Пироговском съезде было зафиксировано, что не более 10% всех российских городов содержат санитарного врача, работа, которого, тем не менее, носит характер спонтанной деятельности, вызванной экстренной эпидемической ситуацией<sup>644</sup>.

Но, сам принцип организации первичных противоэпидемических мероприятий уже закладывался в стране в дореволюционный период. Преемственность богатого исторического опыта для создания санитарно-эпидемиологического благополучия тыла будет наглядно применена в отечественной системе здравоохранения в будущем при сложных условиях Великой Отечественной войны. Основное внимание тогда уделялось прежде всего раннему выявлению и лечению инфекционной патологии на амбулаторном этапе<sup>645</sup>. Благодаря продуманным организационным мероприятиям, умению органов власти грамотно распорядиться имеющимися средствами и кадрами, эпидемические заболевания, угроза, которых реально существовала в годы войны, не получила широкого распространения<sup>646</sup>.

Другим примером соответствующей работы является деятельность Троицкосавского уездного комитета общественного здоровья. Военный губернатор Забайкальской области 6 апреля 1910 года своим распоряжением № 1572 обращается в Троицкосавскую городскую управу о соблюдении противоэпидемических и санитарно-гигиенических мер в местах скопления людей: постоянные дворы, трактиры, пекарни, школы и т.д. Особое внимание

<sup>643</sup> Башкуев В.Ю. Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья и опыт борьбы с эпидемиями в Забайкальской области (1870-1880 гг.) / Ю.В. Башкуев // Власть, 2013. — С.144-147.

<sup>644</sup> Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова — М.: «Шико», 2017. — С. 92-93.

<sup>645</sup> ГАРФ. — Ф. Р. — 8009. — Оп. 21. — Д. 95. — Л. 15.

<sup>646</sup> Цыретарова Б.Б. Санитарно-эпидемическая обстановка и борьба с эпидемиями в Бурятии в годы Великой Отечественной войны / Б.Б. Цыретарова // Вестник РГГУ. Серия «История. Филология. Культурология. Востоковедение». — № 19 (14) — 2014. — С. 87.

обратить на источники водоснабжения населения. Приказ подписан генерал-губернатором и областным врачебным инспектором<sup>647</sup>.

Троицкосавская городская дума организует санитарную комиссию 13 апреля 1910 года. Выделены списки членов санитарной комиссии: 1 участок - 8 человек, 2 участок - 7 человек, 3 участок - 7 человек, 4 участок - 7 человек, 5 участок - 8 человек, 6 участок - 15 человек, слобода Кяхты - 3 человека<sup>648</sup>. В задачи этой комиссии входило наблюдение за санитарным состоянием в отношении чистоты дворов, улиц, помещений, контроль качества воды и продовольствия в городе<sup>649</sup>.

Учитывая пограничное положение Троицкосавска и опасность занесения чумы и холеры из Монголии проводилась учеба: «При Императорском Институте экспериментальной медицины в целях ознакомления врачей с чумой и методами распознавания холерного вибриона и практической дезинфекции при холере организуются четырехнедельные бесплатные курсы с 15 февраля 1910 года»<sup>650</sup>.

Приводим протокол №1 от 9 апреля 1910 года заседания Уездного комитета общественного здоровья во главе с атаманом 1-го военного отдела Забайкальского казачьего войска генерал-майором Трухиным и другими высшими лицами города, духовенства и медицины. Рассматривается серьезная проблема о возможном распространении цереброспинального менингита (менингококковый), имеющего место в Урге (Монголия). Необходимо принять меры по недопущению эпидемии<sup>651</sup>. Соответствующие меры были приняты, и вспышка инфекционной болезни не наблюдалась.

Но, в следующем протоколе №2 от 12 июня 1910 года заседания Уездного комитета общественного здоровья при участии Забайкальского областного врачебного инспектора и всех первых лиц города и здравоохранения идет речь уже о появлении в Троицкосавске случаев заболевания цереброспинальным

<sup>647</sup> ГАРБ. — Ф.261. — Оп. 1. — Д. 1179. — Л. 44.

<sup>648</sup> ГАРБ. — Ф.261. — Оп. 1. — Д. 1179. — Л. 46-46 об, 52 об.

<sup>649</sup> ГАРБ. — Ф.261. — Оп. 1. — Д. 1179. — Л. 25.

<sup>650</sup> ГАРБ. — Ф.261. — Оп. 1. — Д. 1179. — Л. 28.

<sup>651</sup> ГАРБ. — Ф.261. — Оп. 1. — Д. 1179. — Л. 107.

менингитом<sup>652</sup>. 7 июня 1910 года в Троицкосавскую городскую больницу госпитализирована Кяхтинская мещанка Голикова. 9 июня был доставлен в больницу сын Кяхтинского мещанина Меншикова. У обоих пациентов выявлен цереброспинальный менингит<sup>653</sup>. Троицкосавский Полицеймейстер в докладной записке №3006 сообщал об этих случаях. По заключению Троицкосавского общественного врача Бец все случаи заболевания закончились летальным исходом. Других случаев подобной болезни не выявлено. Предложено усилить карантинные и санитарно-гигиенические мероприятия в городе<sup>654</sup>.

Учитывая опасность инфекционного заболевания Троицкосавская городская управа быстро устанавливает место проживания заболевших и выявляет контакты<sup>655</sup>. До этого момента уже для ознакомления медицинского персонала в 1905 году издается Управлением Главного врачебного инспектора МВД брошюра «Эпидемическое воспаление мозговых оболочек (цереброспинальный менингит)»<sup>656</sup>. Санкт-Петербург, типография МВД, цена брошюры 2 коп. В ней приводится история вопроса, клиническая картина заболевания, подробно описывается возбудитель – менингококк и методы его выявления и лечения. Также выделены общие и специальные меры профилактики. К общим мерам – отнесены усиление санитарного надзора за жилыми помещениями и школами. К специальным мерам – оповещение органов санитарного надзора о каждом случае менингита или подозрительного в этом отношении заболевания. Это является обязанностью не только врачебного персонала, но и всех лиц и учреждений, в которых есть «подозрительные» случаи.

Есть другие примеры настороженности властей в отношении инфекционных болезней. Согласно, предложения военного губернатора Забайкальской области от 23 июня 1910 года за № 2870 Троицкосавский уездный комитет общественного здоровья выделил барачное помещение на случай появления холеры. Помещение

---

<sup>652</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 97.

<sup>653</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 69.

<sup>654</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 97.

<sup>655</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 70, 70 об.

<sup>656</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 99-103 об.

приведено в должный порядок, заготовлены дезинфекционные средства в полном объеме. Приняты все санитарно-гигиенические меры<sup>657</sup>.

Строго соблюдались и противоэпидемические меры в отношении детского населения. В Троицкосавскую городскую общественную больницу 17 сентября 1910 года из детского приюта поступило по одному ребенку, заболевшему скарлатиной и дифтерией<sup>658</sup>. «Случаи заболевания горлом среди детей участились в слободе Усть-Кяхта. Учитывая, что низший класс часто избегает обращаться к врачебной помощи, проводя лечение собственными средствами. Поэтому, Троицкосавская городская управа просит общественного врача города Бец осмотреть всех больных и выявить нет ли за этим опасных инфекций – скарлатины и дифтерии»<sup>659</sup>.

Таким образом, в начале второй половины XIX века зародились первые элементы противоэпидемической, санитарной деятельности в Забайкалье в условиях городской медицины, хотя все обязанности были возложены на городских врачей и полицейских служащих. Руководящую роль осуществлял Областной комитет общественного здоровья, в подчинении которого находились все окружные комитеты на огромной территории Забайкальской области в дореволюционный период.

На примере деятельности Нерчинского, Верхнеудинского окружных комитетов общественного здоровья, Троицкосавского уездного комитета общественного здоровья, мы можем говорить о их безусловно, положительной роли в поддержании приемлемого санитарно-эпидемиологического благополучия своих территорий.

Существовала отработанная схема проводимых первичных медико-санитарных мероприятий при возникновении эпидемической ситуации среди населения и животных. В суровых климатогеографических условиях Забайкалья при существовавшем общем дефиците медицинских кадров и отсутствии санитарных

---

<sup>657</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 121.

<sup>658</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 77.

<sup>659</sup> ГАРБ. – Ф.261. – Оп. 1. – Д. 1179. – Л. 43, 43 об.



врачей, на фоне сохраняющегося невежества, предрассудков и слабых гигиенических навыков местного населения, такая деятельность власти, медицинской и гражданской общественности имела огромное значение.

Отмечая, непосредственные положительные результаты в виде снижения смертности и инвалидности при своевременном обращении за медицинской помощью, жители Забайкалья, начинают осознавать прогрессивную роль научной медицины. Актуально, что в дореволюционный период в Забайкальской области наметились формы эффективных профилактических медико-санитарных мероприятий, которые в результате соблюдения преемственности были успешно реализованы и усовершенствованы в будущей модели здравоохранения советской России.

### **3.4. Организация и роль Забайкальского общества врачей в развитии системы здравоохранения**

Преобразования в сфере здравоохранения в России во второй половине XIX века проходили на фоне интенсивного развития отечественной науки. Достижения науки уже оказывали непосредственное влияние на практику здравоохранения<sup>660</sup>. Важную роль в развитии здравоохранения России во второй половине XIX – начале XX века сыграла медицинская общественность. На волне общественного подъема 60-70-х годов XIX века, медицинские общества создаются в массовом порядке, в том числе в российской провинции<sup>661</sup>. Все это способствует научно-практическому общению между врачами через прессу, на съездах, объединяет и направляет их деятельность<sup>662</sup>. Повышение уровня цивилизации Забайкальской области потребовало создания в ней собственного культурного и научного потенциала<sup>663</sup>.

<sup>660</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 84.

<sup>661</sup> Там же. — С. 88.

<sup>662</sup> Левит М.М. Становление общественной медицины в России / М.М. Левит — М: Медицина, 1974. — С. 4.

<sup>663</sup> Эйльбарт Н.В. Научная деятельность интеллигенции в Забайкалье во второй половине XIX – начале XX вв.: автореф. дис. ... д-ра. ист. наук: 07.00.10. — Москва, 2006. — С. 6.

Таким образом, в 1858 году возникло и в 1863 году официально оформилось в Иркутске Общество врачей Восточной Сибири<sup>664</sup>. Вторым было создано Забайкальское общество врачей. Устав утвержден 16 октября 1892 года<sup>665</sup>, а 14 января 1893 г. члены Общества собрались на свое первое заседание. Эту дату и стали считать днем рождения Забайкальского общества врачей, ежегодно в это время проводили итоговое годовичное заседание общества<sup>666</sup>. Полный текст Устава приведен нами в приложении 2 диссертации (С. 450).

Инициаторами создания Забайкальского общества врачей стали известные забайкальские врачи В.Я. Кокосов, Н.В. Кирилов, П.С. Алексеев<sup>667</sup>. Первым председателем общества был избран Областной врачебный инспектор доктор медицины А.Г. Цитович. В начале работы общества его членами были преимущественно гражданские и военные врачи, а также фармацевты города Читы, всего 12—15 человек. Медики периферии региона присоединились значительно позже.

Забайкальское общество врачей просуществовало с небольшими перерывами 30 лет. Одним из самых активных периодов деятельности Забайкальского общества врачей было первое семилетие. Об этом свидетельствуют опубликованные протоколы заседаний, годовые отчеты и тексты наиболее интересных докладов 1894—1900 гг.<sup>668, 669</sup>. Медицинские исследования в регионе носили постоянный характер, постепенно развиваясь с увеличением количества врачей, русского населения, интенсификацией экономики и имело огромное значение<sup>670</sup>.

<sup>664</sup> Петряев Е.Д. Декабристы и врачебное дело в Забайкалье / Е.Д. Петряев // Альманах «Забайкалье» — № 5. — ЧитГИЗ, 1952. — С. 204.

<sup>665</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 132. — Л. 11.

<sup>666</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 132. — Л. 3-9.

<sup>667</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 220. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

<sup>668</sup> Протоколы заседаний Забайкальского общества врачей в Чите за 1894 и 1895 гг. — Чита, 1897.

<sup>669</sup> Протоколы и труды Забайкальского общества врачей в г. Чите. — Чита, 1901.

<sup>670</sup> Эйльбарт Н.В. Научная деятельность интеллигенции в Забайкалье во второй половине XIX — начале XX вв.: автореф. дис. ... д-ра. ист. наук: 07.00.10. — Москва, 2006. — С. 27.

В 1894 г. Забайкальское общество врачей приступило к чтению публичных лекций. Врач Н.В. Кирилов прочел лекцию о санитарных условиях жизни населения Забайкалья, их особенностях и нуждах<sup>671</sup>. Полученные средства общество врачей пожертвовало на образование Общины сестер милосердия при Обществе Красного Креста. В эти годы общество начало формировать свою библиотеку. Выписывали «Хирургический вестник», «Хирургическую летопись», «Вестник воспитания», «Медицинское обозрение», «Клиническую газету», «Журнал охранения народного здравия» и др. Из-за недостатка средств книги не выписывали, довольствуясь присылаемыми в дар изданиями других медицинских обществ.

С приездом в Читу доктор медицины А.Д. Давыдов стал активным деятелем Забайкальского общества врачей<sup>672</sup>. В 1899 г. он сделал доклад «О значении Забайкалья как климатического курорта для туберкулезных больных», сообщение о бубонной чуме в Соктуе, демонстрировал больного городской больницы с подозрением на проказу. После его доклада, прочитанного в марте 1900 г., «Сифилис и венерические болезни в Забайкальской области» было принято решение о высылке летучих медицинских отрядов в места с бурятским населением для выявления больных венерическими болезнями. Это уже было началом профилактической работы по борьбе с социально-значимыми заболеваниями у коренного населения, еще не получившей широкое распространение в стране.

Н.В. Кирилов сделал доклады о значении тибетской медицины как отрасли народного врачевания, об акушерстве у бурят, о кузьмичевой траве. На одном из заседаний Забайкальского общества врачей ему удалось вызвать П.А. Бадмаева - высокопоставленного гостя, на интеллектуальный поединок по значению

---

<sup>671</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. — Чита, 1993. — С. 6-7.

<sup>672</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 201.

тибетской медицины, в котором П. Бадмаев потерпел поражение и удалился буквально со словами «меня должны были слушать, а не перебивать»<sup>673</sup>.

Интересно, что граф Витте, хорошо знавший козни этого человека, писал: «Из Бадмаева вышел бы дивный министр полиции»<sup>674</sup>. Нами в государственном архиве Российской Федерации найден документ - докладная записка П.А. Бадмаева Царю Российской империи, где он заверяет от своего имени о полной лояльности коренного населения царскому режиму: «Тебе Дорогой Государь хорошо известна преданность и любовь моих сородичей Царствующему дому, укрепляющейся с веками и пустившей глубокие корни в бурятском народе»<sup>675</sup>. Нельзя не привести и обстоятельств, заставившие врача Н.В. Кирилова, много полезного, сделавшего для Забайкалья, покинуть сначала Читу, а затем и область. «Та страстность и резкость, с которой он отстаивал свои интересы, создавала ему врагов, и не только среди врачей»<sup>676</sup>.

По данным К.И. Журавлевой, к 1900 г. деятельность Забайкальского общества врачей «заглохла», с 1904 г. слилась с Временным обществом на Дальнем Востоке. Основной задачей объединенного Общества были запросы военного времени об улучшении военно-санитарного дела<sup>677</sup>.

В период Русско-японской войны 1904—1905 гг. в армии на Дальнем Востоке было собрано до 6 тыс. врачей.

Таким образом, в Чите было создано Временное медицинское общество, которое возглавил врач А.Ф. Сулима. На заседаниях общества обсуждались текущие медицинские проблемы, в т. ч. о ситуации с чумой на станциях Чжалайнор и Маньчжурия, о санитарном состоянии Читы, заслушан доклад врача Арцимовича «Роль врачей и врачебных обществ в освободительных движениях в

<sup>673</sup> Петряев Е.Д. Доктор Кирилов (из прошлого). «Дальний Восток». — № 2. —Хабаровск, 1951. — С. 109-117.

<sup>674</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. — исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С. 42.

<sup>675</sup> ГАРФ. — Ф. 713. — Оп. 1. — Д. 22. — Л. 1-2.

<sup>676</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов — исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С. 43.

<sup>677</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.33. — Чита, 1966. — С. 167.

России». Текст этого доклада опубликован в газете «Забайкалье» 1 ноября 1905 г., а в Харбине отдельным изданием вышел доклад А.Ф. Сулимы «Программа по вопросам гигиены, санитарии и медицины в текущей русско-японской кампании». В ноябре 1905 г. на заседании общества принята резолюция врачей запаса о целесообразности сокращения штата врачей на Дальнем Востоке до необходимого количества (835 человек) и демобилизации остальных врачей<sup>678</sup>.

Оживление деятельности Забайкальского общества врачей наступило в 1912 году в связи с проведением 1-го съезда врачей Забайкальской области<sup>679</sup>. В том году Областным врачебным инспектором стал доктор медицины А.В. Воскресенский, немало сделавший для возрождения Забайкальского общества врачей и в течение пяти лет его возглавлявший (1912-1917 гг.)<sup>680</sup>. В 1914 г. общество насчитывало 36 членов, преимущественно врачей и фармацевтов Читы. Заседания проходили два раза в месяц. В 1914 г. был заслушан 21 доклад. По инициативе А.В. Воскресенского была организована секция по изучению минеральных вод Забайкалья, открыта лаборатория. Под его руководством опубликованы в различных медицинских журналах более 30 научных статей забайкальских врачей.

Необходимо отметить, что в активной работе общества принимали участие врачи уже разных специальностей: заведующий противочумной лабораторией И.С. Дудченко, санитарный врач Читы Г.М. Криворучко, акушер-гинеколог Я.М. Шольц, будущий известный офтальмолог Н.Н. Макаров и его жена гинеколог П.И. Макарова-Соболева, заведующий Читинской городской больницей А.Л. Цейтлин, венеролог Э.А. Атлер, врач больницы Общества Красного Креста А.Г. Легер.

Основным направлением деятельности оставалась систематизация возраставшей информации о результатах научных исследований, обмен опытом лечебно-

<sup>678</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. — Чита, 1993. — С. 8.

<sup>679</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.33. — Чита, 1966. — С. 167.

<sup>680</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С.131-132.

практической деятельности, выработка приоритетных рекомендаций об улучшении здравоохранения в Чите и области.

После сообщения Г.М. Криворучко о деятельности Забайкальского отдела Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом, заседание общества врачей внесло следующие предложения: создать в Забайкалье санаторий для туберкулезных больных, направить текущую деятельность врачебного отдела на изучение распространения туберкулеза в регионе и на изучение Забайкалья для климатического лечения туберкулеза. Г.М. Криворучко впервые поднял вопросы об организации в Чите ночных дежурств, о необходимости мощения улиц как неотложной санитарной мере.

Таким образом, в недрах дореволюционной системы здравоохранения в Забайкалье начали формироваться методы борьбы с социальными болезнями, их профилактики.

17 декабря 1916 года состоялось очередное заседание Забайкальского общества врачей. Были заслушаны следующие доклады врачей: 1) А.Г. Цитович – из наблюдений при приеме бурят. 2) Серебряков – из хирургической практики в Красном Кресте<sup>681</sup>. Имело принципиальное значение, что на заседания приглашались помощники врачей, у которых тоже было создано свое общество. Это способствовало улучшению совместных организационно-методических мероприятий, расширению специальных знаний медицинского персонала. Так, врачебному инспектору Забайкальского Областного правления обращается комиссия от Забайкальского общества помощников врачей.

1. Просим разрешить к 12-му апреля сего года участковым фельдшерам прибыть на общее собрание, с таким расчетом, чтобы население не оставалось без медицинской помощи.
2. Ассигновать на проезд и расходы из средств, ассигнованных на врачебные съезды (по 25 руб. на человека).

---

<sup>681</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 2 (вр). – Д. 1036. – Л. 1.

Под обращением много подписей фельдшеров. На него наложена резолюция от 27 марта - разрешить<sup>682</sup>.

5 ноября 1917 года состоялось общее собрание помощников врачей в г. Чите в помещении 1 собрания<sup>683</sup>. Программа включала:

1. Ближайшие задачи и план деятельности общества.
2. Доклад Б.А. Фейгина о поездке на делегатский съезд в Москву.
3. Доклад Совета об организации бюро дежурства помощников врачей в г. Чите и т.д.

Все эти факты свидетельствуют об активной научно-методической и лечебно-профилактической работе в столице области, городе Чите.

Отдавая последнюю дань уважения, доброй традицией общества врачей стала организация похорон умерших коллег, публикация некрологов, сбор средств для оказания помощи семьям покойных. В 1915 г. умер Е.В. Бек. В 1917 г. трагически погиб И.С. Дудченко в лаборатории. В 1918 г. погиб при исполнении своего врачебного долга в Благовещенске А. В. Воскресенский.

Основным направлением в постреволюционный период становится борьба с инфекционными болезнями, предотвращение эпидемий. В 1919 г. главным докладчиком почти на всех заседаниях был заведующий Читинской бактериологической лабораторией А.Л. Василевский. В январе он выступил с сообщением о состоянии предохранительных прививок против брюшного тифа, паратифов и холеры. Вакцину изготовляла Читинская бактериологическая лаборатория. О результатах проведенной работы можно судить уже по тому, что заболеваний этими тифами, по сравнению с сыпным тифом, было немного.

В марте А.Л. Василевский сделал доклад «Тарбаганый промысел и чума в Забайкалье», 12 августа — отчет о первой годовщине работы Пастеровской станции и бактериологической лаборатории в Чите с демонстрацией противодифтерийной сыворотки, изготовленной в бактериологической лаборатории.

<sup>682</sup> ГАЗК. — Ф.1. — Оп.2 (вр). — Д. 1044. — Л. 1.

<sup>683</sup> ГАЗК. — Ф.1. — Оп.2 (вр). — Д. 1044. — Л. 12.

Заседание 17 августа было посвящено появлению холеры на Востоке, и Василевский, приехавший из Маньчжурии, сделал доклад о заболевании холерой. На основании этого было составлено и издано популярное воззвание к населению, рассказывающее о сущности этого заболевания и мерах профилактики. Наглядно демонстрировались переносчики чумы, а также выделенный от заболевших солдат холерный вибрион.

Налицо, серьезная медико-профилактическая работа на стратегически важной пограничной территории. В областном центре Чите усилена не только лабораторная диагностика, но и широко применяется вакцинации против различных инфекций.

Потери врачей при исполнении служебного долга в этих тяжелейших условиях войны и разрухи не прекращались. Заседание общества 17 декабря 1919 г. было посвящено памяти врачей, умерших от сыпного тифа. В их числе доктора медицины В.А. Гулькевич и А.Е. Корсунский, врачи А.К. Бухвостов, П.Н. Лисицын, А.И. Христов, Е.Л. Сновидов, ветеринарный врач Б.И. Кузнецкий и др. После смерти врачей остались необеспеченные семьи. По инициативе доктора Филиппова и его жены артистами Читы был устроен благотворительный вечер, доход от которого (782 328 руб.) направлен в пользу семейств погибших врачей. Это характеризует забайкальских врачей не только как грамотных специалистов, но и высоконравственных благородных людей.

В мае 1920 г. вместо умершего от сыпного тифа председателя общества А.И. Христова на должность председателя избирается П.К. Флегонтов. На редких заседаниях общества рассматривались самые насущные, административные и общественно-бытовые проблемы: о больничных кассах, о помещении для общества, о немедленном возвращении в Читу рентгеновского кабинета, эвакуированного вместе с семеновскими войсками доктором медицины Голенковским.

Вспыхнувшая в сентябре 1920 г. на ст. Маньчжурия чума вновь активизировала работу чумологов Забайкалья. После изгнания белогвардейцев из Забайкалья и установления Дальневосточной Республики деятельность Забайкальского общества



врачей возвращается в свое прежнее русло. Но, годы развала государственности, падения экономики, не прошли бесследно для Забайкалья. За годы Гражданской войны общество лишилось всех денежных средств, погибла библиотека, бесследно исчезла бактериологическая лаборатория, утерян архив.

В 1921 г. общество насчитывало 42 члена, было проведено 11 заседаний, на которых А.Н. Бек сделала доклад о курорте «Олентуй», В.В. Сукнев «О чумных эпизоотиях тарбаганов в окрестностях Соктуя». Доктор Л.И. Добровольский ознакомил коллег с собственными переводами статей из американских медицинских журналов, доступ к которым в годы войны был закрыт.

По направлению общества врачей в Центральном Дальневосточном комитете (ЦДВК) помощи голодающим Советской России работали врачи: А.Л. Цейтлин, Л.И. Добровольский, А.И. Ковнацкий, Г.И. Барбас. Они выполняли работу по формированию поездов в голодающие губернии, разрабатывали каталоги медикаментов, выработывали нормы питания врачебно-питательных поездов ЦДВК, столовых и приютов, открывавшихся в голодающих районах. Вновь вспыхнувшей в 1921 г. эпидемии сыпного тифа было посвящено специальное заседание Общества врачей. Были приняты следующие рекомендации: увеличить число коек в сыпнотифозных больницах, лазаретах и госпиталях, улучшить постановку дезинфекционного дела в Чите, открыть в городе специальный сыпнотифозный барак и создать межведомственную комиссию по борьбе с сыпным тифом на территории ДВР<sup>684</sup>.

В 1922 г. деятельность Забайкальского общества врачей протекала очень активно. Количество членов Общества увеличилось на 42 человека и составило в 1922 г. 72 члена. Проведено 32 заседания, из которых 22 заседания были посвящены обсуждению сугубо научных вопросов. Преобладали сообщения о сложных хирургических операциях, о работе Пастеровской станции Читы в 1918—1921 гг. (доктор Георгиевский), отчет о хирургической деятельности больницы Общества

---

<sup>684</sup> Р.И. Цуприк 100 лет со дня организации Забайкальского общества врачей (1893-1923 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. — Чита, 1993. — С. 9-13.

Красного Креста за 1921 г. (доктор Барбас) и др. Специальное торжественное заседание общества врачей 27 декабря 1922 г. было посвящено столетию со дня рождения Луи Пастера.

Проведены заседания, посвященные памяти умерших забайкальских врачей Клейна и Бухвостова, 25-летию врачебной деятельности врача городской больницы А.Л. Цейтлина и санитарного врача А.И. Лепина. Главным делом комиссии по организации фонда помощи семьям врачей стало издание «Медицинского журнала Забайкальского общества врачей»<sup>685</sup>. Было проведено два благотворительных вечера, а врачом А.С. Шапиро прочтена публичная лекция на тему «Врачи и общественная медицина Германии после мировой войны».

6 февраля 1922 года начальник управления здравоохранения ДВР Донат Михайлович Мухортов сообщал, что за 1921 год погибли 17 врачей в республике<sup>686</sup>. Это была огромная потеря врачебных кадров, при продолжавшем существовать тогда дефиците дипломированных специалистов.

В ноябре 1922 года вышел первый номер медицинского журнала Забайкальского общества врачей<sup>687</sup>. Таким образом, давняя мечта забайкальских врачей осуществилась. Редакторами стали члены комиссии помощи сиротам врачи Л.И. Добровольский, И.Е. Розенцвейг и К.И. Легков<sup>688</sup>. Ими написано предисловие к первому номеру журнала: «Восемь лет войны, общее разорение и вражда привели науку к молчанию. Молодые врачи, окончившие в такой обстановке курс, в силу условий времени не в состоянии пополнять своих знаний; старые врачи живут воспоминаниями, опытом прошлого. Основывая «Медицинский журнал», мы питаем надежду дать при помощи его возможность более опытным поделиться своим опытом с более молодыми и менее подготовленными коллегами».

<sup>685</sup> «Медицинский журнал» №1-6. Забайкальского общества врачей под редакцией членов общества Добровольского, Легкова, Розенцвейга. — Издание комиссии помощи сиротам врачей Забайкальского общества врачей. — 1922-1923 гг.

<sup>686</sup> ГАЗК. — Ф. Р-181. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 74.

<sup>687</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 224. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

<sup>688</sup> ГАЗК. — Ф. Р-1144. — Оп.1. — Д. 3. —Л.65.

В программу каждого номера входили оригинальные и переводные статьи, рефераты, практические сведения и систематические обзоры успехов в различных отраслях медицины, отчеты о работе медицинских учреждений и заседаниях медицинских обществ, официальный отдел, некрологи, библиография.

Журнал распространялся по всей территории ДВР, а также за ее пределами. На страницах журнала увидели свет статьи сретенского врача А.К. Белявского «Влияние забайкальского климата на органическую жизнь» и «Народное здравие и медицинская помощь в Забайкалье», доктора медицины В.А. Бурмакина «Кукинский минеральный ключ (курорт Кука)», офтальмолога Н.Н. Макарова «К вопросу о заболевании глаза при возвратном тифе» и «Случай первичной саркомы зрительного нерва», доклад доктора Г.Г. Этмара «О деятельности отряда по наблюдению за тарбаганьим промыслом, преобразованного впоследствии в противочумный отряд 1920 г. (Обследование чумных очагов и первичных носителей чумы)» и др.

Таким образом, всего издано было шесть номеров «Медицинского журнала». В последнем номере помещено сообщение, что 5 мая 1923 г. Забгубревком аннулировал устав Забайкальского общества врачей по мотивам «противоречия устава организационному строительству научных обществ Советской России». На этом, завершился тридцатилетний путь первого научного медицинского общества дореволюционного Забайкалья.

Организованное Забайкальское общество врачей сыграло положительную роль в улучшении зарождавшейся системы здравоохранения Забайкальской области. В конце второй половины XIX века насущная потребность в научно-методическом, лечебно-диагностическом единении забайкальских врачей стала отражением общей ситуации в прогрессивном развитии здравоохранения дореволюционной России.

Издание собственного медицинского журнала, хоть и в конце деятельности Забайкальского общества врачей способствовало соблюдению преемственности и взаимосвязи в медицинском деле, о безусловном каждодневном обучении и расширении научно-практического кругозора всех врачей и средних медицинских

работников. Организация Забайкальского общества врачей в конце XIX века означало более высокий научный и нравственный потенциал членов медицинской общественности Забайкалья, которые и в российской глубинке с успехом применяли последние достижения мировой и отечественной медицины в своей повседневной лечебно-диагностической и профилактической работе.

### **3.5. Развитие ведомственной медицины в Забайкалье**

Медицинское обеспечение населения в России к началу XX столетия осуществлялось в рамках сложной системы, при которой медицинские учреждения находились в ведении многочисленных министерств и ведомств, земских и городских самоуправлений, частных, благотворительных и общественных учреждений<sup>689</sup>. Такая же схема организации медицины отмечалась в Забайкальской области.

Исторические традиции России сложились таким образом, что вертикальная структура государственного здравоохранения МВД довольно органично дополнялась ведомственной медициной на местах<sup>690</sup>.

Одной из особенностей медико-санитарного дела Сибири явилось возникновение так называемой приисковой медицины, обусловленное широким развитием золотодобывающей промышленности в XIX веке. До 1835 года медицинское дело на золотых промыслах законодательством не предусматривалось. В 1866 году под влиянием холерных эпидемий, высокой заболеваемости, смертности и вследствие этого выступлений рабочих, правительством было издано постановление об учреждении больниц при фабриках и заводах из расчета 1 койка на 100 человек. Большинство частных предпринимателей этот закон до 1910 года не выполнялся. На предприятиях, где

---

<sup>689</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 199.

<sup>690</sup> Блохина Н.Н. Ведомственная медицина в дореволюционной России. / Н.Н. Блохина // Главный врач. Изд-во «Грант», 2002. — № 4. — С. 111.

работают женщины, по новому положению должны были быть при больницах акушерки по одной на каждые 500 женщин<sup>691</sup>.

По свидетельству Акшинского окружного врача 29 августа 1896 года состояние медицинского дела на золотых приисках Забайкалья обстоит следующим образом: на пять приисков функционировала одна больница, которая была расположена соответственно на самом большом и густонаселенном участке. На Евграфовском прииске располагалась больница на 10 коек, размером 21  $\frac{3}{4}$  × 7 × 3  $\frac{1}{8}$  аршина (1 аршин - 0,71 метра), разделенная двумя капитальными стенами на две палаты и кухню (в 4  $\frac{1}{2}$  × 4  $\frac{1}{2}$  аршина), в одной из палат находилась аптека. Освещение состояло из 11 окон по 7/8 × 1  $\frac{1}{2}$  каждое. Отопление распределялось от одной кирпичной печи с плитой и одной голландской печи. Вентиляция предусматривала 2 вентилятора, расположенные в стене и потолке<sup>692</sup>.

Таблица 7. Золотодобывающие прииски Забайкалья и население при них в XIX веке<sup>693</sup>.

Название	Мужчин	Женщин	Детей
Евграфовский	115	92	228
Аполоновский	32	8	12
Николаевский	5	5	15
Иннокентьевский	21	10	18
Андреевский	51	29	43

Обращает на себя внимание большое количество детей, которые, безусловно, не могли обходиться без медицинской помощи. В 1892-1893 гг. в больнице Евграфовского прииска пролечилось 593 человека, амбулаторно 499 человек. Из амбулаторных больных умерло: 1 женщина от туберкулеза, дети - 1 ребенок 12 лет от крупозной пневмонии, 4 грудных детей - 2 от капиллярного бронхита (бронхиолит), по одному от катара кишок (гастроэнтероколит) и ангины Людвига (тяжелый инфекционно-воспалительный процесс дна полости рта).

<sup>691</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 162.

<sup>692</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 241. — Л. 22-25.

<sup>693</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 147. — Л. 6-25.

В больницу другого густонаселенного Маломальского прииска Даурской золотопромышленной компании поступило 242 человека, амбулаторно 505. Из примечания по отчету заведующего санитарной частью прииска Коллежского советника доктора медицины Стацкевича: «90% амбулаторных больных обращались по поводу пьянства»<sup>694</sup>. Тяжелый беспросветный труд располагал к злоупотреблению алкоголем, но по поводу серьезных заболеваний люди или не обращались, или не видели смысла в амбулаторном лечении.

Представляем вашему вниманию протокол осмотра Ононского золотопромышленного прииска: «Больница деревянная, бревенчатая в отрубе 4-5 вершков. Пазы внутри и снаружи обмазаны глиной. Размеры - длина 18, ширина  $10 \frac{3}{4}$ , высота  $3 \frac{1}{8}$  аршина, разделенная на три палаты, аптеку и две прихожих дощатыми перегородками. Размеры аптеки  $4 \frac{6}{16} \times 5 \frac{1}{2}$  аршина. Больница рассчитана на 10 кроватей. Отопление (печи голландская и 1 русская), в стенах 7 вентиляторов в виде отверстий в  $1 \frac{1}{2}$  вершка в диаметре и в потолке два таких же отверстия. Свет в 13 окнах, размером каждое в  $1 \frac{1}{2}$  и  $1 \frac{1}{4}$ . Вокруг здания земляная завалинка, при больнице цейхгауз размером  $5 \times 5 \times 2 \frac{1}{2}$ ; в цейхгаузе печь с плитой, свет в двух окнах, каждое в  $1 \frac{1}{2}$  и  $1 \frac{1}{4}$ . Есть два чулана дощатые, объемом по кубической сажени каждый. В 8-ми саженьях расстояния дощатый сортир в виде будки с выгребным ящиком»<sup>695</sup>. Судя, по представленному архивному документу больница вполне обустроенная по тем историческим временам.

Медицинским инспектором Нерчинского горного округа Е.В. Бек стал 25 июня 1912 года. С конца июля до начала сентября медицинский инспектор объехал все участки, охватывавшие юго-восточную часть Забайкальской области. Кроме золотых промыслов Могочинского куста, Карийского, Нижне-Борзинского, Новотроицкого и Казаковского золотых промыслов, медицинский инспектор контролировал курорты Дарасун и Ямкун. Этот был довольно большой участок, населенный вольнонаемными рабочими и арестантами, которых обслуживали 3 районных врача, 10 фельдшеров и 2 повивальные бабки. Дополнительно 17

<sup>694</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 147. — Л. 26-50.

<sup>695</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 241. — Л. 26-28.

фельдшеров содержались за счет подрядчиков, но из них только двое имели профессиональное образование.

Им проведен критический анализ медицинской части Нерчинского Горного округа, свидетельствующий о том, что уровень медицинского дела на приисках не только не улучшался, но и значительно ухудшился. Результаты первой инспекторской проверки Е.В. Бек изложил в «Рапорте Главному Управлению Нерчинского округа» от 29 сентября 1912 года<sup>696</sup>. При посещении 12 промысловых участков Е.В. Бек осмотрел не только лазареты, но и арестантские бараки, землянки и бараки русских и китайских рабочих, конвойной команды, квартиры медицинских работников. Его интересовали устройство и содержание отхожих мест и питьевых колодцев, исправность респираторов для подземных рабочих, качество хлеба и условия хранения продуктов. Повсеместно были выявлены серьезные нарушения, начиная от лечебных мероприятий в лазаретах, соблюдения санитарно-гигиенических норм жилищ и рабочих помещений, и заканчивая мерами по охране труда. Е.В. Бек указывает: «Из-за редкой смены белья, скученности и грязи насекомые не дают людям покоя ни днем, ни ночью. Указанные тяжелые условия жизни ослабляют организм и способность противодействия всяким вредным влияниям инфекции»<sup>697</sup>.

В Нижне-Борзинском лазарете тифозные больные лежали в одной палате с хирургическими. Ни в одном лазарете не предусматривалось операционной и перевязочной комнат, отсутствие хирургических инструментов, хотя необходимость в экстренной хирургической помощи очень велика. Зачастую врачи не владеет хирургическими навыками. По предложению Е.В. Бек для обеспечения необходимой профессиональной литературой, на каждый лазарет необходимо выделять 10 рублей единовременно и по 5 рублей ежегодно в течение нескольких лет. Заседание Горного совета, состоявшееся 3 декабря 1912 года,

---

<sup>696</sup> Цуприк Р.И. 145 лет со дня рождения доктора медицины Е.В. Бека (1865-1915 гг.) Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат Забайкальского края 2010. — Чита, 2010. — С. 140.

<sup>697</sup> Там же. — С. 142-143.

рассмотрело обоснованные замечания, многие из которых были приняты к исполнению.

Таким образом, под контролем инспектора медицинской части Нерчинского Горного округа организованы противоэпидемические мероприятия: дезинфекция и дезинсекция помещений и белья, ежедневный осмотр арестантов врачом. Выделен барак на 60 человек, в одной половине располагалась больница, во второй палаты для выздоравливающих. Для Казаковского лазарета дополнительно выделили должность врача. Изучив за полтора года состояние медицинского и санитарного дела в округе, Е.В. Бек делает вполне обоснованный вывод об отсутствии организованной квалифицированной медицинской помощи. По его мнению, выезды на участки должны носить планомерный и системный характер, чтобы о времени его посещения знали, как врачи, так и пациенты и готовились бы к его приезду для консультаций.

Е.В. Бек справедливо считал, что основой улучшения медицинского обеспечения на приисках будет положение, согласно, которого - хозяином медицинской части на местах должен стать врач. «В пределах своей сметы врач должен быть хозяином-исполнителем сметы и составителем ее. Все санитарные мероприятия должны проводиться согласно выработанным положениям по санитарно-медицинской части совместно, как врачом, так и заведующим»<sup>698</sup>.

Помимо организационно-методических рекомендаций медицинский инспектор Нерчинского горного округа говорил о необходимости повысить заработную плату врачам до 3000 рублей (как у него), улучшить материальное и служебное положение фельдшеров, заменить повитух фельдшерицами-акушерками. «Живя в захолустье, лишённые возможности научного общения с товарищами, врачи постепенно приучаются относиться к больным шаблонно, утрачивают стремление к усовершенствованию», отмечал Е.В. Бек. Поэтому он настаивал на научных командировках для усовершенствования не только врачей, но и фельдшеров.

---

<sup>698</sup> Цуприк Р.И. 145 лет со дня рождения доктора медицины Е.В. Бека (1865-1915 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат Забайкальского края 2010. — Чита, 2010. — С. 143.



На совещании 29 ноября 1913 года был решен насущный вопрос с приобретением медикаментов. Было рекомендовано, чтобы годовые запасы медикаментов по требованию районных врачей выписывались медицинским инспектором и высылались фирмой «Штоль и Шмидт» из Томска прямо на промыслы. Также было одобрено предложение Е.В. Бека о реорганизации системы медицинского обслуживания в округе<sup>699</sup>. Мелкие подрядчики освобождались от необходимости содержать своих, как правило, малограмотных фельдшеров, а за определенную плату получали возможность лечить своих рабочих в медицинских учреждениях округа. К 1 января 1915 года медицинскому инспектору совместно с врачами, заведующими промыслами предложено определить оптимальную сеть медицинских учреждений и нанести на карту округа<sup>700</sup>.

Соответственно, врачом Е.В. Бек была подготовлена реформа медицинского обеспечения приисковых и горнозаводских рабочих и их семей. Первостепенной задачей являлось повышение правового статуса врача на предприятиях, который становился независимым от администрации при выполнении должностных обязанностей и планировании лечебно-профилактической работы. Важным звеном являлось расширение и техническое улучшение помещений лазаретов, увеличения их количества. Для привлечения медицинского персонала в Горный округ необходимо было повышение их материального положения и создание необходимых условий для возможности периодического усовершенствования и повышения квалификации. Но, претворить в жизнь необходимые решения помешала первая мировая война и гибель в 1915 году врача Е.В. Бек<sup>701</sup>.

С середины 80-х годов XIX века в России активно обсуждался вопрос строительства железнодорожной магистрали, которая должна была протянуться

---

<sup>699</sup> Бюллетень Национального Научно-Исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. // Тематический выпуск. Знаменательные и юбилейные даты истории медицины 2015 года. — Москва, 2014. — С. 32.

<sup>700</sup> Цуприк Р.И. 145 лет со дня рождения доктора медицины Е.В. Бека (1865-1915 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат Забайкальского края 2010. — Чита, 2010. — С. 144.

<sup>701</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 82.

практически вдоль всей территории страны с востока на запад. Этой теме даже была посвящена отдельная дискуссия Второго Хабаровского съезда амурских губернаторов и местных, влиятельных людей, состоявшегося летом 1886 года. Выступивший на нем со специальным докладом генерал-губернатор Приамурья А.Н. Корф призвал собравшихся поддержать его ходатайство о строительстве железной дороги от Сретенска до Байкала, которая, по его мнению, принесла бы с собой выгоду, как в торговом, так и в стратегическом отношении. Через 3 года, 30 августа 1889 года в Сретенск из Читы прибыли представители экспедиции Забайкальской железной дороги. Начальным пунктом дороги значилась станция Мысовая (современная Республика Бурятия) на Байкале, а конечным в ходе дальнейших обсуждений был выбран Сретенск (современный Забайкальский край)<sup>702</sup>.

Официально строительство Забайкальского участка Транссиба началось 23 мая 1895 года. 1 июля 1900 года состоялось официальное открытие ежедневного движения поездов на участке Иркутск – Сретенск<sup>703</sup>. Прохождение Транссибирской железной дороги через города Забайкалья имело существенное культурно-политическое и социально-экономическое значение, которое способствовало и развитию системы здравоохранения области. Железная дорога явилась толчком, пробудившим Верхнеудинск (ныне Улан-Удэ) от вековой спячки, более тесно и крепко связала его с культурными центрами страны<sup>704</sup>.

15 августа 1899 года прибыл первый поезд в город Верхнеудинск. Через год в мае 1900 года на станции города была открыта железнодорожная больница на 25 кроватей<sup>705</sup>. Первым врачом, оказывавшим медицинскую помощь рабочим,

---

<sup>702</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — С. 153. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»).

<sup>703</sup> Там же — С. 157-158.

<sup>704</sup> Танский М.В. Записки Верхнеудинского врача / М.В. Танский — Улан-Удэ: НоваПринт, 2018. — С. 72.

<sup>705</sup> Потапов А.И. Этапы развития отделенческой больницы на станции Улан-Удэ. / А.И. Потапов, Е.А. Семенищева, М.А. Козуб // Материалы научно-практической конференции к 100-летию отделенческой больницы на ст. Улан-Удэ. 15 сентября 2000 г. — Том 1, Изд-во ВСТГУ. — Улан-Удэ, 2000. — С. 3.

строителям железной дороги и членам их семей стал Натансон Вениамин Васильевич<sup>706</sup>.

Родился он в Харькове 18 февраля 1862 года. После окончания медицинского факультета Харьковского университета выехал на строительство Транссибирской железнодорожной магистрали. В.В. Натансон работал участковым врачом на станции Могзон (ныне Забайкальский край). А после переехал в Верхнеудинск. Он являлся заведующим Верхнеудинской железнодорожной больницей до 1917 года. В. В. Натансон работал и терапевтом, и педиатром. В 1932 году ему было присвоено звание Героя Труда.

Следующим заведующим железнодорожной больницей станции Верхнеудинск является Иван Иванович Алексеев. Биография этого врача представлена нами в приложении 3 диссертации (С. 453).

Чуть позднее, в июне 1900 года была открыта железнодорожная больница в городе Чите на 35 коек, из них 10 инфекционных со штатом 17 человек для обслуживания пассажиров, железнодорожников и их семей. Возглавлял больницу доктор медицины С.А. Курбатов<sup>707</sup>. В 1917 году больница располагала 80 койками. В 1923 году при больнице организована амбулатория. На узловых станциях забайкальской железной дороги создавались маломощные больницы, и их наличие приближало доступность медицины.

Верхнеудинская тюремная больница располагала сначала 20 койками, затем расширилась. Помещения состояли из двух просторных светлых комнат с решетками на окнах, маленьким кабинетом для приема больных и аптекой. В больнице работал фельдшер<sup>708</sup>.

Читинская пересыльная тюрьма начала функционировать в 1861 году, заменив бывшие этапы и полу этапы. Предписание Главного тюремного управления от 17 января 1862 года рекомендовало местным врачам оказывать медицинскую

---

<sup>706</sup> ГАЗК. — Ф. Р-1114. — Оп. 2. — Д. 37. — Л. 1.

<sup>707</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 16-17.

<sup>708</sup> Танский М.В. Записки Верхнеудинского врача / М.В. Танский — Улан-Удэ: НоваПринт, 2018. — С. 96.

помощь всем больным заключенным с целью предотвращения осложнений, эпидемий и летальных исходов. Для этого государством выделялись дополнительные финансовые средства и лекарства<sup>709</sup>.

На Амур, особенно в летнее время через Читу направляли большие партии заключенных, среди которых было много больных. Амбулаторную помощь оказывал тюремный фельдшер, а со стационарным лечением было значительно труднее. Ведь других лечебных заведений кроме Читинского военного полугоспиталя до 1894 года в городе не существовало. 16 марта 1872 года в одной из свободных камер Читинского тюремного замка был открыт тюремный лазарет на 20 коек.

В 1875 году заключен контракт на строительство здания больницы на территории тюрьмы и только в 1884 году строительство было завершено. Больница представляла собой деревянное здание под железной крышей длиной 17,5 сажени и шириной в 4 сажени. Располагала 40 койками, из них 10 палат для мужчин и 5 для женщин. Имелись аптека, ванны, кухня. Отапливалась дровами, до октября 1906 года освещалась сальными свечами, керосиновыми лампами и фонарями, а с октября 1906 года, когда заработала в Чите первая электростанция, больница и тюремный колодец пользовались электричеством. При необходимости рентгеноскопии больные проходили обследование в рентген-кабинете Забайкальской общины сестер милосердия, открытом в 1906 году, за что администрация тюрьмы выплачивала немалые деньги.

Операционное отделение в тюремной больнице было открыто 2 ноября 1912 года. В штате тюремной больницы хирурга не было, и Главное тюремное управление разрешило приглашать хирурга со стороны и платить ему по 10 рублей за каждую операцию, но при этом обязало: «операции при Читинской тюремной больнице проводить и всем нуждающимся ссылькаторжным с Нерчинской каторги». За это время была проведена 141 операция, в числе

---

<sup>709</sup> Маннов А.А. 130 лет Читинской тюремной больнице (1872 г.) / А.А. Маннов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. — Чита, 2002. — С. 29.

которых удаление доброкачественных и злокачественных новообразований - 26, удаление туберкулезных желез - 9, операции на глазах - 3, гинекологические операции - 9, различные виды грыж - 10, геморрой - 13 и др. Летальности не отмечалось. В Читинской тюремной больнице лечились также и ссыльнокаторжные Нерчинской каторги, работавшие на строительстве Читинского участка железной дороги и дети, содержащиеся в арестантском детском приюте. Дети попадали в больницу с инфекционными и другими болезнями<sup>710</sup>.

Таким образом, заболевшие заключенные в Читинской тюремной больнице были обеспечены хирургической и терапевтической медицинской помощью.

Нерчинская каторга – главная сибирская каторга в дореволюционной России, была отменена Временным правительством после Февральской революции в марте 1917 года. Это была особая территория, в которую входила сеть каторжных тюрем, разбросанных на значительном расстоянии друг от друга и объединенных в каторжные районы: Горно-Зерентуйский, Александрово-Заводской и Карийский<sup>711</sup>.

Вот так описывал состояние лазаретных палат Карийской каторги врач Владимир Яковлевич Кокосов, работавший там с 1873 года в течение десяти лет<sup>712</sup>. «Сотни тифозных и цинготных больных с кандалами на ногах валялись на полу. Запах одурманивал даже привыкших ко всему фельдшеров. Мириады вшей ползали по больным, по полу, стенам. Раза четыре в сутки приходилось

---

<sup>710</sup> Маннов А.А. 130 лет Читинской тюремной больницы (1872 г.) / А.А. Маннов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. — Чита, 2002. — С. 30-31.

<sup>711</sup> Погодаева Г.И. Март к 100-летию закрытия Нерчинской каторги (1917г.) / Г.И. Погодаева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2017 г. — Чита, 2017. — С. 52.

<sup>712</sup> Цуприк Р.И. 165 лет со дня рождения врача, писателя-демократа, бытописателя Карийской каторги В.Я. Кокосова (1845-1911 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2010 г. — Чита, 2010. — С. 152.

осматривать палаты для выноса умерших, места которых заполнялись вновь прибывшими»<sup>713</sup>.

Все попытки врача улучшить санитарное состояние каторги встречали решительный протест начальства. Условия проживания рабочих на каторжных заводах были тяжелыми. Тем не менее, в середине XIX века маломощные лечебные учреждения функционировали при Петровском, Дучарском, Кутомарском и других заводах Нерчинского Горного округа. Александровский лазарет состоял из 6 довольно просторных комнат, постоянно переполненных больными людьми и обслуживался одним фельдшером.

Тюремный лазарет при Алгачинской каторжной тюрьме в 1899 году имел 40 коек (35 для ссыльнокаторжных и 5 коек в отдельном помещении для нижних чинов местной конвойной команды). Санитарное состояние лазарета оставалось неудовлетворительным, он никогда капитально не ремонтировался и не дезинфицировался.

Акатуевский лазарет на 20 коек, размещался в двух зданиях (21 койка для ссыльнокаторжных и 8 для нижних чинов конвойной команды). На Карийской каторге, разбросанной на 30 верст, функционировал один лазарет на 280 коек со штатом в 5 фельдшеров. В Зерентуе при тюрьме имелась больница на 40 коек мужских и 10 женских. Врач Рудаков, заведующий больницей жил в Нерчинском Заводе, т.е. в 15 верстах и приезжал крайне редко. В больнице фактически работал один фельдшер Л.В. Фрейфельд<sup>714</sup>.

В 1887 году в Забайкальской области располагались 2 тюремные больницы: Читинская на 40 коек, Верхнеудинская на 40 и отдельно Нижне-Карийский лазарет на 250 коек<sup>715</sup>.

---

<sup>713</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — С. 213. — Избранные труды исследователей Забайкалья.

<sup>714</sup> Погодаева Г.И. Март к 100-летию закрытия Нерчинской каторги (1917г.) / Г.И. Погодаева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2017 г. — Чита, 2017. — С. 52-61.

<sup>715</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. — начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 22.

Таким образом, лечебные заведения, функционировавшие в Забайкальской области, были подчинены различным ведомствам и министерствам. При этом специалисты разного профиля могли оказывать медицинскую помощь в любой больнице по взаиморасчетам. Самые первые лечебные учреждения в Забайкалье открылись в XVIII веке при горных заводах в связи с развитием горного и золотодобывающего дела для медицинского обеспечения рабочего контингента, воинской команды, а также арестантов, занятых на тяжелых работах.

В последующем к концу XIX и особенно в начале XX века на больших приисках функционировали больницы, в некоторых из них работали врачи, фельдшера, повивальные бабки. С началом строительства, открытием и последующей эксплуатацией Транссибирской железной дороги, возникает необходимость медицинского обеспечения рабочих, железнодорожников и членов их семей, а также заболевших пассажиров. Поэтому открываются железнодорожные больницы сначала в Верхнеудинске затем в Чите. Безусловно, при сохраняющемся общем дефиците лечебниц и квалифицированных кадров уровень медицинской помощи на каторгах и приисках оставался невысоким и в целом целиком зависел от желания руководства этими отраслями. Сохранялась высокая смертность, в том числе и материнская и детская, отмечался большой травматизм, хронические болезни, алкоголизм.

Но, неравнодушие исполнявших долг врачей постепенно способствовали в этих сложных условиях подъему медицинской деятельности. Наметившийся перелом в организации медицинской помощи прервала первая мировая война и последовавшие затем революционные события, развал государственности, гражданская война.

Таким образом, с началом эксплуатации Транссибирской железной дороги, сыгравшей роль локомотива в значительном всплеске политического, социально-экономического, общественного движения, медицинское дело в Забайкальской области получает дальнейший импульс для становления.

### 3.6. Военная медицина в Забайкалье

Любые военные действия противоборствующих сторон, безусловно, предполагают людские потери от различных ранений, травм и увечий. Все государства во время войны стремились уменьшить невозвратные потери путем организации медицинского обеспечения воинских формирований. Для этого необходимо было создавать систему обязательной подготовки медицинских кадров.

Важной заслугой Аптекарского приказа явилось создание медицинской службы в русской армии: в войска посылались лекари и лекарственные средства, создавались временные госпитали<sup>716</sup>. Развитие русской армии, проблемы ее медицинского обеспечения обусловили совершенствование военно-госпитального дела как части военного строительства. В конце XVII - начале XVIII века в России сложилась более или менее устойчивая система медицинского обеспечения войск<sup>717</sup>. До XVIII столетия военных медицинских учреждений в Сибири не было, так как еще нет регулярных войск. В 1727 году по крупным по тому времени сибирским городам уже стояли гарнизонные полки. Основой военных формирований Сибири являлись казаки<sup>718</sup>.

Вслед за впервые организованным военным госпиталем в Тобольске в 1735 году, открываются госпитали в других городах Сибири<sup>719</sup>. Первые элементы зарождавшейся военной медицины описаны нами в соответствующей главе. Многие сибирские военные госпитали и лазареты были убогими и располагались в приспособленных помещениях.

Ведомственные различия заставляли думать об улучшении условий деятельности военных лечебных учреждений. В частности, представляем

---

<sup>716</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 9.

<sup>717</sup> История медицины, история Отечества и культурологии. Учебное пособие для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. — М: Издательский дом «Русский врач», 2009. — С. 151-152.

<sup>718</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск. Изд. ТГУ, 1975. — С. 80.

<sup>719</sup> Там же. — С. 81-83.



архивный документ: «Дело об отводе дома под лазарет для больных казаков» от 28 марта 1813 года. Из Селенгинского гарнизонного полка капитан Юдин обращается к Верхнеудинскому городничему Решетникову: «Для больных моей роты требуется просторный дом. При доме иметь погреб для льда, чтобы хранить продукты. Организовать хорошую кухню для приготовления пищи. А также баню для больных»<sup>720</sup>. Военное ведомство занималось медицинским обеспечением не только армии, но и ряда пограничных областей, а также в казачьих войсках<sup>721</sup>.

26 января 1848 г. вышло постановление Николая I о передаче пограничных функций забайкальским казакам. Эта мысль императора импонировала честолюбивым устремлениям генерал-губернатора Восточной Сибири Н.Н.Муравьева, который уже давно мечтал военной силой присоединить к России реку Амур, а в качестве этой силы видел организованное Забайкальское казачье войско<sup>722</sup>.

В середине XIX века Англия, США и Франция активизируют свою деятельность в Китае и Приморье<sup>723</sup>. Для укрепления боеготовности по-прежнему активно принимаются меры к увеличению военного контингента непосредственно в Забайкалье из местных жителей. 15 мая 1849 года Н.Н. Муравьев представил военному министру доклад «Об усилении военных средств в Забайкалье».

Охрана торгово-экономической базы Забайкалья представлялась наиболее целесообразной. Н.Н. Муравьев предложил создать войско из конных и пеших казаков. В состав конного войска ввести всех пограничных казаков (кроме Тункинского отделения), забайкальский казачий городской полк, все инородческие полки, всех станичных казаков края. Законом от 21 июля 1851 года

<sup>720</sup> ГАРБ. — Ф. 11. — Оп. 11. — Д. 114. — Л. 1.

<sup>721</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 202.

<sup>722</sup> Газета «Казачий вестник Забайкалья». — № 4-5, 29 марта, 2001.

<sup>723</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 63.

приписанные к заводам крестьяне в числе 58 443 душ обоего пола были обращены в казачье сословие<sup>724</sup>.

30 декабря 1849 года Муравьев отправил военному министру проект образования Забайкальского казачьего войска из двух соединений – конных и пеших. Проект рассматривался и дорабатывался военным Министерством больше года. Указом от 17 марта 1851 года император Николай I образовал Забайкальское казачье войско в составе: 1-го, 2-го, 3-го русских полков, 4-го тунгусского полка и 5-го и 6-го бурятских полков, все шестисотенного состава. В функции войска входили: охрана китайской границы, содержание караулов и разъездов, преследование и поимка беглых, пресечение недозволенной торговли, внутренняя служба и в случае необходимости военная деятельность вне войсковых пределов.

Уже 23 октября 1851 года вступил в должность первый губернатор Забайкальской области генерал-майор Павел Иванович Запольский. Он же стал первым наказным атаманом Забайкальского казачьего войска. На следующий 1852 год казачьи округа Войска были сведены в три военных отдела, а затем было утверждено и новое Положение о службе казачьего войска.

Главной квартирой Забайкальского казачьего войска был назначен город Чита. Станицы и поселения были объединены в восемь округов: Читинский, Акмолинский, Баргузинский, Верхнеудинский, Нерчинский, Нерчинско-Заводской, Селенгинский и Троицкосавский. Вообще в начале XX века в войсковом сословии состояло 91 тыс. душ мужского пола и 89 тыс. душ женского пола. Из них по религии 25 тыс. человек были буддистами, а остальные христиане<sup>725</sup>. В 1916 году казачье население Забайкальского казачьего войска составляло 265 тыс. человек.

Таким образом, на территории Забайкальской области в силу сложившихся геополитических условий, противоречий с другими государствами, выливавшиеся в периодические военные конфликты, а также необходимость усиления

---

<sup>724</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 65.

<sup>725</sup> Крылов Д. Забайкальское казачье войско. Краткий исторический обзор. — 2014.

пограничной и внутренней службы наряду со значительным увеличением вооруженных сил, в регионе получает развитие военно-медицинская деятельность.

В соответствии с Положением о Забайкальском казачьем войске в марте 1851 года в Чите впервые был открыт военный лазарет 14-го Сибирского линейного батальона с 1 лекарем и 2 фельдшерами по штату<sup>726</sup>. В дальнейшем для улучшения стационарной лечебной базы военнослужащим стало высочайше утвержденное положение Военного Совета от 4 сентября 1857 года «Об учреждении в г. Чите полугоспиталя на 75 кроватей»<sup>727</sup>.

12 сентября 1857 г. Военное министерство направило письмо в Медицинский Департамент за № 3554 «Об утверждении в г. Чите постоянного военного полугоспиталя»<sup>728</sup>. Принимая во внимание заявление командующего войсками в Восточной Сибири, и Военно-медицинского Ученого Комитета о необходимости учреждения в г. Чите военного полугоспиталя, согласно ходатайству Генерал-лейтенанта Н.Н. Муравьева от 6 сентября 1857 года за № 9015 выдать предписание Военного Министра Комиссариатскому Департаменту:

1) «Военный лазарет на 14 кроватей в Чите довольствующийся от комиссариатства и имеющий только одного фельдшера, переименовать в полугоспиталь на 75 мест, полагая, в том числе офицерское и женское отделения на 5 кроватей и снабдить его всеми недостающими вещами по положению».

2) «Полугоспиталь учредить при штабе Наказного Атамана Забайкальского казачьего войска и подчинить непосредственно его наблюдению».

3) «Военных офицеров пользоваться в полугоспитале безденежно, а гражданских чиновников принимать с платою за содержание и лечение на основании законов того ведомства, которому они принадлежат».

4) «Арестантов проходящих партий и Читинского тюремного помещения пользоваться в полугоспитале на общем положении».

<sup>726</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1798. — Л. 7.

<sup>727</sup> ПСЗРИ. — Т. 32. — 2 собрание, отд. 1. — Ч. 1. — СПб, 1857. — Ст. 32215. — С. 740-741.

<sup>728</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 1.

5) «Для прислуги при полугоспитале сформировать  $\frac{1}{4}$  инвалидной роты, из числа чинов, состоящих при этих войсках неспособных II разряда».

6) «При полугоспитале иметь чинов Медицинского и Комиссариатского ведомств:

- Главного лекаря одного с жалованьем из усиленного оклада по VII разряду должностей Положения от 1 апреля 1843 г. – 530 рублей.- Младшего ординатора одного с жалованьем по усиленному окладу VIII разряда – 480 рублей.- Управляющего аптекой одного (провизор или Гезель – от нем. Geselle – «подмастерье, товарищ») – в Российской империи с XVI по XIX века должность помощника аптекаря или врача с жалованьем по усиленному окладу III разряда – 375 рублей серебром.

- Старшего фельдшера одного с жалованьем – 33 руб. 60 коп. - Младшего фельдшера двоих по 25 руб. 35 коп. - Комиссара одного с жалованьем по чину и столовых 200 руб. - Бухгалтера одного с жалованьем по чину. - Старшего писаря одного с жалованьем по положению. - Младших писарей двоих с жалованьем по положению. На канцелярские расходы по конторе 50 руб. в год».

7) «Для ухода за больными в женском отделении иметь на основании высочайше утвержденного 5 апреля 1857 г. Положения Военного Совета одну вольнонаемную женщину с жалованьем по 3 руб. 57  $\frac{1}{4}$  коп, серебром в месяц и с отпуском ей солдатского провианта».

8) «Фельдшерской школы при полугоспитале согласно заключению Военно-медицинского Ученого Совета не учреждать».

9) «Расход на первоначальное устройство полугоспиталя и снабжение вещами произвести из суммы комиссариата с истребованием по смете 1858 года 579 руб. 68  $\frac{1}{4}$  коп, потребных на первоначальное обмундирование  $\frac{1}{4}$  инвалидной роты для прислуги при полугоспитале и первоначальное обмундирование писарей и фельдшеров<sup>729</sup>».

Нами установлено имя первого Управляющего аптекой Читинского военного полугоспиталя. Им стал Карл Христианов сын Иогансон. Ему 41 год,

<sup>729</sup> РГВИА. – Ф. 879. – Оп. 2. – Д. 1489. – Л. 2-3.

происхождением из купеческих детей, Лютеранского вероисповедания<sup>730</sup>. Представляем Вашему вниманию Формулярный список о службе Карла Иогансона.

- 30 марта 1838 г. по экзамену Конференции Императорской Санкт-Петербургской Медико-хирургической Академии удостоен звания Аптекаря первого отделения.
- 21 июня 1839 г. по распоряжению начальства Охотского порта назначен аптекарем Охотской гражданской больницы.
- 22 января 1845 г. перемещен в Петропавловский морской полугоспиталь.
- 21 июня 1849 г за выслугу на Камчатке и в Охотске беспорочно 10 лет, производить в пенсию половину оклада жалованья 200 руб. 5 коп, серебром в год.
- 10 апреля 1855 года согласно прошения определен на службу в Динабургский госпитальный кадр управляющим аптекой.
- 3 марта 1856 г. по воле начальства прикомандирован в Новгород-Северский военный временный госпиталь для управления аптекой.
- 8 июля 1856 г по случаю реформирования Динабургского госпитального кадра и по отсутствию свободной фармацевтической вакансии уволен от службы за штатом с производством жалованья в течение года или до определения новой должности<sup>731</sup>.

7 октября 1857 года он подает прошение на имя Императора о желании продолжить службу аптекарем в Читинском военном полугоспитале<sup>732</sup>. 10 ноября 1857 года Коллежский ассессор Иогансон приказом о гражданских чинах военного ведомства за № 16145 определен согласно прошению в Читинский военный полугоспиталь управлять аптекой с жалованьем и прочими довольствиями по Положению. Выданы двойные прогонные на проезд от Санкт-Петербурга до Читы из Главного Казначейства<sup>733</sup>.

<sup>730</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 6.

<sup>731</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 15-19.

<sup>732</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 5.

<sup>733</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 12.

По прибытии на место провизор подает рапорт в Медицинский Департамент Военного Министерства: «Честь имею почтительнейши донести, что я прибыл к месту своего служения 14 января 1858 года и вступил в должность»<sup>734</sup>. Соответственно штаб-доктор войск в Восточной Сибири, расположенных Коллежский Советник Погорельцев рапортует в Медицинский Департамент Военного Министерства: «...войсковой доктор Надворный Советник Ворожцов письмом № 36 от 29 января сообщает о прибытии аптекаря Иогансона в Читу 14 января»<sup>735</sup>.

В городе Чите при отсутствии городской больницы остро стояла проблема обеспечения гражданского населения лекарствами, а открытие рецептурной аптеки требовало значительных дополнительных расходов. Поэтому по случаю поступления всех казенно-аптечных учреждений в военное ведомство инспектор медицинской части Забайкальской области предложил присоединить рецептурную аптеку к аптеке полугоспиталя с разрешением ей проводить продажу лекарств по рецептам гражданским больным от 10 декабря 1862 года. «Для этого будет достаточно иметь в аптеке полугоспиталя одного провизора, одного гезеля, двух аптекарских учеников, дабы аптека не могла оставаться без ответственного фармацевтического чиновника в случае необходимой отлучки или болезни провизора»<sup>736</sup>.

На основании предписания Военно-медицинского департамента от 19 июня 1863 года № 8484 бывшее в городе Чите казенное рецептурное отделение передано на законном основании по шнуровым книгам в аптеку Читинского военного полугоспиталя<sup>737</sup>. Таким образом, военный лазарет на 14 мест, имевший всего 1 фельдшера, был переформирован в полугоспиталь, обслуживающий военных чинов бесплатно, а гражданское население и арестантов, согласно установленным тарифам<sup>738</sup>.

---

<sup>734</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 26.

<sup>735</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1489. — Л. 27.

<sup>736</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1798. — Л. 8.

<sup>737</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1798. — Л. 27.

<sup>738</sup> ГАЗК. — Ф. 1 (вр). — Оп. 2. — Д. 250. — Л. 8.

Для российских военных врачей, служивших в Сибири, были предусмотрены следующие положения<sup>739</sup>:

1. Все военные врачи имеют присвоенную им форму обмундирования.
2. Все военные врачи, занимающие низшие медицинские должности хотя и состоят по чинопроизводству в IX классе, но не имеют еще никакого чина, пользуются правами по IX классу, присвоенными по ученому своему званию лекаря.
3. Военные врачи получают содержание по VI разряду должностей от 17 апреля 1859 г. № 5 по 500 рублей серебром (т.е. жалованье по 360 рублей и столовыми 140 рублей в год), а за надлежащими выплатами в Инвалидный капитал и в Эмеритуру всего 462 рубля.
4. За выслугу 5 лет даются прибавки к жалованью из  $\frac{1}{4}$  оклада (в течение 20 лет службы). Они пользуются пенсией на особых основаниях: она слагается из основного жалованья, из прибавочного жалованья и по числу платных лет из эмеритальной кассы. 5 лет службы в Сибири считается военным медикам при пенсионном расчете за 6 лет.
5. При командировании по делам службы все военные медики получают независимо прогон по чинам, порционные и подъемные деньги по разрядам, занимаемых должностей по расписанию 17 апреля 1859 года.
6. Военные врачи пользуются квартирными деньгами по чину.
7. Военные врачи, не имея, даже чина пользуются правом получать за отличия по службе ордена.

Дореволюционным правительством принимались меры для организации медицинской службы в Забайкальском казачьем войске на более высоком уровне. Из-за различных осложнений, возникавших при болезнях, многие казаки становились непригодными к строевой службе. Все это, наносило серьезный урон как боевой и психологической подготовке забайкальских казаков, так и в плане обеспечения качественного пополнения войска.

---

<sup>739</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1914. — Л. 59-60 об.

Особенно инфекционные заболевания, такие как натуральная оспа, скарлатина, дифтерия, корь, сифилис, коклюш, грипп, пневмония, обусловленные, низкими санитарно-гигиеническими знаниями поражали местное население и казаков. Отмечалась высокая материнская и детская смертность. Слабая акушерская помощь приводила к летальным исходам при беременности и родах, погибали новорожденные. Необходимо отметить, смертность в Забайкальском казачьем войске вызывала тревогу. В 1912 году из 86 036 человек, обратившихся за медицинской помощью, 23 834 человека страдали инфекционными болезнями (28%), из них умерли 1182 человека (4,9% от общего числа заболевших)<sup>740</sup>.

Серьезную опасность представляли желудочно-кишечные инфекционные болезни, так как, несмотря на проводимую санитарную работу среди населения, люди продолжали пользоваться водой для питья и приготовления пищи из рек, ручьев и открытых водоемов. С наступлением сезона дождей (июнь-июль) в Забайкальском казачьем войске вспышки дизентерии и брюшного тифа были обычным явлением<sup>741</sup>. Поносы любой этиологии в тот период, даже, несмотря на лечение, уносили массу жизней детей, особенно грудного возраста. Из 2108 учтенных больных, 179 человек умерли от несвоевременного обращения за квалифицированной медицинской помощью.

Поэтому для эффективного исполнения пограничных и внутренних обязанностей необходимо было прежде всего предпринять государственные меры медицинского характера для обеспечения максимальной защиты военных чинов и членов их семей от заболевания прежде всего, натуральной оспой и предотвращения эпидемий. Сохранение и поддержание благополучной эпидемиологической обстановки на приграничной территории, безусловно, являлось актуальной задачей. При этом необходимо было учитывать природно-климатическую, социально-экономическую, демографическую и территориальную особенность Забайкальской области.

---

<sup>740</sup> Смирнов Н.Н. Слово о Забайкальских казаках: Исторический очерк-хроника / Н.Н. Смирнов; под ред. С.И. Рябова, Ю.Ф. Болдырева — Волгоград: Волгогр. ком. по печати, 1994. — С. 380.

<sup>741</sup> Там же. — С. 382.



Решение насущной проблемы, было начато с организации оспопрививания непосредственно в Забайкальском казачьем войске.

Таблица 8. Расчет о сумме, необходимой на содержание войсковых оспопрививателей Забайкальского казачьего войска в 1855 году<sup>742</sup>.

Ежегодно	Число чинов	Жалованье			
		Одному		Всем	
		Руб.	Коп.	Руб.	Коп.
1. Войсковые Оспопрививатели в шести полках, в каждом по шесть, в 12 батальонах в каждом по четыре - всего	84	17	14 <sup>1/4</sup>	1439	97
2. На канцелярские расходы:	84	5	71 <sup>1/2</sup>	480	6
А) Войсковые оспопрививатели					
Б) Бригадные лекари	6	10	-	60	-
Всего	90	32	85	1980	3
Единоновременно					
На заведение инструментов примерно	-	-	-	50	-
				2030	3
В том числе по конным полкам					
Ежегодно				852	87
Единоновременно				25	-
По пешим батальонам					
Ежегодно				1127	16
Единоновременно				25	-

По представленной таблице видно неплохое финансовое содержание оспопрививателей и лекарей Забайкальского казачьего войска. Сначала Генерал-губернатор Восточной Сибири предоставил 24 октября 1853 года проект Положения об оспопрививании в Забайкальском казачьем войске на рассмотрение в Медицинский департамент Военного Министерства<sup>743</sup>. В ответ была получена Выписка из журнала Военно-медицинского Ученого Комитета от 2 ноября 1853 года: «Рассмотрев Положение об оспопрививании в Забайкальском казачьем

<sup>742</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 931. — Л. 17.

<sup>743</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 931. — Л. 1.

войске, находит его удовлетворительным и соответствующим цели. Комитет полагает, что слово «оспенный ученик» необходимо заменить на «оспопрививатель» или «войсковые оспопрививатели», согласно принятым в т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных. Посему 1-й пункт §17, 18, 19, 20, 21, 22 и 23 и в приложении к Положению исправить»<sup>744</sup>.

Итак, было издано «Положение об оспопрививании в Забайкальском казачьем войске», которое отпечатали на 20 страницах в Санкт-Петербурге в 1855 г. Государь Император по журналу Сибирского Комитета Высочайше соизволил утвердить это Положение 25 апреля 1855 г. Подписано Управляющим делами Сибирского Комитета, Статс-секретарем В. Бутковым<sup>745</sup>. Положение полностью представлено нами в приложении 4 диссертации (С. 457).

Так как в Забайкальской области не было организовано собственного производства оспенной материи, то необходимый детрит военные врачи покупали. Например, 24 января 1897 года командование Читинского резервного пехотного батальона отправляет 1 руб. 50 коп, для получения 5 трубочек детрита для приемного покоя<sup>746</sup>.

Главный врач Читинского полугоспиталя 30 января 1897 года обращается к Областному врачу войск Забайкальской области: «...выслать в возможно непродолжительное время несколько баночек детрита, ввиду случаев заболевания больных, поступающих в полугоспиталь натуральной оспой». На письме наложена резолюция от 31 января 1897 года: «выслать 3 трубочки»<sup>747</sup>. Серьезная ситуация вызывала и быстрые ответные меры.

Отмечаются элементы профилактической работы. Так, 18 декабря 1897 года старший врач 2-го военного отдела отмечает в рапорте Областному врачу войск Забайкальской области: «17 декабря мною осмотрены лечебные пункты и приемный покой 2-го военного отдела (Акшинский) - во всех 12 станичных округах заразных больных нет. Ввиду начала строительства железной дороги и

<sup>744</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 931. — Л. 3.

<sup>745</sup> РГВИА. — Ф.879. — Оп.2. — Д. 931. — Л. 7.

<sup>746</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 5.

<sup>747</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 8.

наплыва рабочих со всех сторон необъятной России, а также и наплыва китайцев, было бы вполне целесообразно в целях охраны здоровья казачьего населения 2-го отдела от заражения натуральной оспой, принять нижеследующие меры: всякий казак 2-го отдела при выдаче ему вида на заработки на железную дорогу обязательно должен быть ревакцинирован оспопрививателем его станицы»<sup>748</sup>.

В последующем выходит высочайше утвержденное положение Военного совета от 4 февраля 1905 года «О замене в Забайкальском казачьем войске оспопрививателей фельдшерами»<sup>749</sup>. По закону утверждалось 24 старших медицинских фельдшера вместо оспопрививателей, которые состояли в основном из лекарских учеников. Таким образом, повышался профессиональный уровень проведения вакцинации против натуральной оспы.

Организованное оспопрививание принимало системный и планомерный характер. Решение данной приоритетной задачи приносило положительные результаты, но, в целом организация медико-санитарной помощи все еще оставалась слабой. Удаленность казачьих станиц и сел от мест оказания квалифицированной медицинской помощи, несвоевременное обращение к врачам и фельдшерам, отсутствие нужных медикаментов приводили к невосполнимым потерям среди казачьего населения. Из-за больших расстояний между населенными пунктами и плохих транспортных коммуникаций повивальные бабки просто не успевали к роженицам. Из 505 беременных в 1908 году 7 скончались при родах, а из 582 родившихся детей умерли 63 (10,8%). На первый взгляд по этим данным можно предположить, что смертность не катастрофическая, но мы не имеем данных о причинах летального исхода, не знаем сколько вообще не получили своевременной акушерской помощи, сколько не обращались за медицинской помощью из-за ее недоступности.

С целью обеспечения медицинской помощью женской части приписанного к войску населения 5 мая 1858 г. было принято дополнение к существующему законодательному положению «О Забайкальском казачьем войске» под

<sup>748</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 250. — Л. 95.

<sup>749</sup> ПСЗРИ. — Т. 25. — 3 собрание, отд. 1. — Ч. 1. — СПб, 1908. — Ст. 25791. — С. 94.

наименованием «Об открытии женских палат в лазаретах Забайкальского казачьего войска», в котором указывалось: «В бригадных лазаретах Забайкальского казачьего войска из числа содержащихся в каждом 72 кроватей, отделяется по 7 кроватей собственно для пользования женщин войскового сословия»<sup>750</sup>.

После образования в 1851 году Забайкальского казачьего войска Сретенское селение получило статус казачьей станицы Нерчинского округа Забайкальской области. В 1881 году в Сретенскую станицу из Шелопугинской была переведена войсковая больница, которая до 1883 года размещалась в обширном и специально приспособленном здании на 60 коек<sup>751</sup>. В ней работали врачи С.И. Кушелевский, А.К. Белявский, фельдшера А.Н. Голобоков, Ф. Голобоков, В. Батулин, И.И. Журченко, аптечный фельдшер А. Размахнин, младший медицинский фельдшер И. Бубнов. В период 1896-1898 гг. старшим врачом работал Иван Степанович Дудченко (Колбасенко), который в течение 8 месяцев заведовал больницей и по поручению военного губернатора Забайкальской области возглавлял санитарную часть Сретенской станицы.

В дальнейшем 18 июля 1886 года выходит высочайше утвержденное положение «Об учреждении местного лазарета в селе Сретенском Забайкальской области», которое создавало возможность открыть еще одно лечебное учреждение для казаков на 40 кроватей, в котором специально предусматривалось выделить 4 женских кровати<sup>752</sup>.

Такую оценку медицинской деятельности дает врач В.Я. Кокосов, который в октябре 1881 года был назначен в Акшу врачом 2-го военного отдела Забайкальского казачьего войска. «Население вверенной территории составляло более 50 000 человек, а площадь в 60 000 кв. верст. На каждого фельдшера приходилось 10 000 кв. верст и 10 000 жителей, сосредоточенных в 14 поселках,

<sup>750</sup> ПСЗРИ. — Т. 33. — 3 собрание, отд.1. — Ч.1. — СПб, 1913. — Ст. 33123. — С. 578.

<sup>751</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — С. 65-66. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»)

<sup>752</sup> ПСЗРИ. — Т. 6. — 2 собрание, отд.1. — Ч. 1. — СПб, 1886. — Ст. 3887. — С. 403.

не считая местное кочевое бурятское и тунгусское население, которое тоже нуждалось в организованной охране здоровья»<sup>753</sup>.

С 1896 года по 1903 год участковым врачом 4-го военного отдела Забайкальского казачьего войска работал Евгений Владимирович Бек<sup>754</sup>. Его участок растянулся на 480 верст в длину и 270 верст в ширину, насчитывал 60 000 населения. Отсюда можно легко представить объем и нагрузку лечебной работы на врачей и фельдшеров дореволюционного периода.

Вот так характеризует уровень медицинской помощи военный врач Александр Капитонович Белявский, прибывший по приказу от 4 декабря 1898 года для работы в Шелопугинскую войсковую больницу 3-го военного отдела Забайкальской области<sup>755</sup>. Он родился 21 августа 1872 года в Илецке Оренбургской губернии. Окончил медицинский факультет казанского университета. 4 декабря 1898 года получил назначение на должность младшего врача Шелопугинской войсковой больницы Забайкальского казачьего войска<sup>756</sup>. В Забайкалье занимался помимо лечебной работы медико-санитарным изучением края, исследовал урскую болезнь, активно участвовал в работе Забайкальского общества врачей.

«Больница для казачьего населения занимала два ветхих, небольших здания, разьединенных площадью. Один корпус был предназначен для женского отделения, аптеки, канцелярии старшего врача и смотрителя, комната амбулаторного приема, служила перевязочной и операционной. Другой корпус стоял на берегу реки и служил мужским отделением. Здание самой больницы давно сторело, сохранившиеся помещения были не приспособлены для лечебного

<sup>753</sup> Цуприк Р.И. 165 лет со дня рождения врача, писателя-демократа, бытописателя Карийской каторги В.Я. Кокосова (1845-1911 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2010 г. — Чита, 2010. — С. 151-154.

<sup>754</sup> Цуприк Р.И. 145 лет со дня рождения доктора медицины Е.В. Бека (1865-1915 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат Забайкальского края 2010. — Чита, 2010. — С. 138-139.

<sup>755</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — С. 123. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»)

<sup>756</sup> Белявский А.К. Записки военного врача / А.К. Белявский — Чита. Экспресс-издательство, 2016. — С. 75.

заведения, все комнаты были проходными. Заразного отделения не было, во дворе первого корпуса стоял летнего типа холерный барак, служивший летом заразным отделением или при переполнении больницы, палатой для испытуемых казаков. До девятисотых годов больница носила характер богадельни, где содержались дряхлые старики, хронические больные, не подлежавшие лечению, душевнобольные. Персонал больницы состоял из двух врачей, акушерки, смотрителя, писаря, прачки, кухарки, трех служителей и конюха.

Амбулаторная помощь оказывалась всему населению бесплатно, а казачьему населению бесплатно выдавались и лекарства. Была доступна хирургическая помощь в виде ампутаций, пластических и полостных операций. При этом оперировали в маленькой комнатке с одним окном, в которой до этого велся амбулаторный прием всевозможных пациентов. Но исходы оперативных вмешательств были неплохие, в основном первичным натяжением»<sup>757</sup>.

Итак, к военному ведомству в 1887 году относились 3 войсковые больницы на 160 коек<sup>758</sup>: Кударинская, Шелопугинская и Акшинская, войсковое больничное отделение в г. Троицкосавске на 6 коек и 10 войсковых приемных покоев на 53 койки. В них работали 12 врачей, 20 фельдшеров, 23 повивальные бабки. В самом конце XIX века в Забайкальском казачьем войске функционировали следующие военные лечебные учреждения:

1. войсковые больницы – 4 на 190 коек.
2. больничное отделение – 1 на 6 коек.
3. приемные покои – 8 на 39 коек.
4. лечебные пункты – 12 без коечного фонда.

При этих учреждениях и строевых частях Забайкальского казачьего войска состояло 14 врачей, 48 фельдшеров и 17 повивальных бабок. Следовательно, для санитарного наблюдения и организации медицинской помощи на все войско, с его

---

<sup>757</sup> Белявский А.К. Записки военного врача / А.К. Белявский — Чита. Экспресс-издательство, 2016. — С. 75-83.

<sup>758</sup> Мантурова С.Ч. Государственное призрение и благотворительность в социальной и культурной жизни Забайкалья во второй половине XIX-начале XX вв. / С.Ч. Мантурова; М-во образования и науки Рос. Федерации, Вост-Сиб. гос. технол. ун-т. — Улан-Удэ: Респ. тип., 2005. — С. 131.

населением 172 000 душ всех сословий, состояло по одному лечебному учреждению на 6880 душ обоего пола, по 1 врачу на 12 285 человек, по 1 фельдшеру на 3583 человека и по 1 повивальной бабке на 10 117 женщин. Из лечившихся в течение 1889 года в войсковых больницах, приемных покоях, в Читинском военном полугоспитале и других лечебных учреждениях гражданского ведомства 1583 человека – умерло 71<sup>759</sup>.

На средства Забайкальского казачьего войска в Чите открылась войсковая больница для психических больных, сначала, как приют на 8 коек (1884 г.), а затем в специально снятом здании - больница на 30 коек (1885 г.)<sup>760</sup>. В сентябре 1899 года в Чите при артиллерийском дивизионе был открыт лазарет, что несколько разгрузило гражданскую больницу, количество больных которой иногда вдвое превышало ее возможности<sup>761</sup>.

С 1872 по 1918 гг. Сретенск входил в состав 3-го военного отдела Забайкальского казачьего войска. 30 августа 1900 года в Сретенске в специально построенных зданиях торжественно открылась больница Красного Креста имени Императрицы Александры Федоровны. Она разместилась на левом берегу реки Шилки, неподалеку от переселенческого пункта. С началом Русско-японской войны 1904-1905 гг. Российское Общество Красного Креста сформировало и отправило на Дальний восток 143 лечебных учреждения, одно из них Вятский лазарет было дислоцировано в Сретенске. Солдаты с фронта старались попасть именно в лазареты Красного Креста, а не в военные госпитали, поскольку содержание, уход и лечение в них было на порядок выше<sup>762</sup>.

В начале XX века в Сретенской станице действовал войсковой станичный

<sup>759</sup> Эпов Н.И. Забайкальское казачье войско / Н.И. Эпов — Нерчинск. Типография М.Д. Бутина, 1889. — С. 43.

<sup>760</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина). / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск, 2011. — С. 15.

<sup>761</sup> Сливкин А.Н. 180 лет со дня открытия в Нерчинске первой больницы (1827 г.) / А.Н. Сливкин, Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. — Чита, 2007. — С. 96-108.

<sup>762</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — С. 159. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»)

пункт<sup>763</sup>. Также в Сретенске по приказу № 1353 от 24 ноября 1904 г. начальника Военно-Окружных Управлений и Временно командующего войсками Гиргинской и Хейлундзянской провинций и Забайкальской области, предписывалось: «Сформировать два полевых запасных госпиталя за № 86 и 87 и соединив их в один Сводный, отправить в станицу Сретенскую, где развернуть под названием Сводного Полевого Сретенского № 1 госпиталя. Генерал-лейтенант Надаров»<sup>764</sup>.

В период Русско-японской войны 1904-1905 гг. Читинский военный полугоспиталь был расширен до 400 коек и руководил лечебной деятельностью всех полевых запасных и подвижных госпиталей региона. С началом первой мировой войны в июле 1914 года реорганизованный уже военный госпиталь рассчитан на одновременное стационарное лечение до 1000 человек раненых и больных<sup>765</sup>.

Опыт организации военной медицины России, был чрезвычайно важен и распространялся также на другие сферы. Формы обеспечения войсковой медицины (доступность, участковость, бесплатность, пропаганда гигиенических знаний, сочетание лечения и профилактики на определённой территории) легли в основу земской медицины<sup>766</sup>.

Таким образом, в конце XIX века в Забайкальской области функционировало уже 4 военных отдела с приписанным войсковым населением и лечебными учреждениями. К 1-му военному отделу относились Троицкосавский, Селенгинский, Верхнеудинский округа, к 2-му Акшинский округ, к 3-му Читинский, Нерчинский, к 4-му Нерчинско-Заводской округа<sup>767</sup>.

<sup>763</sup> Там же. — С. 66.

<sup>764</sup> РГВИА. — Ф. 14803. — Оп. 1. — Д. 2. — Л. 1.

<sup>765</sup> Лим В. 17 марта 165 лет со дня основания 321 военного клинического госпиталя / В. Лим, Б. Загалаев, Н. Куницкий, Е. Хажиханова // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2016. — С. 56-62.

<sup>766</sup> Будко А.А. Военная и земская медицина: общие страницы истории / А.А. Будко // Материалы III съезда конфедерации историков медицины (международный). — М: Издательство РАМН, 2009. — Т. 2. — С. 393-396.

<sup>767</sup> Эпов Н.И. Забайкальское казачье войско / Н.И. Эпов — Нерчинск. Типография М.Д. Бутина, 1889. — С. 20.



Таблица 9. Военные лечебные учреждения в Забайкальской области в 1900 году<sup>768</sup>.

Населенный пункт	Количество больниц	Количество коек
Чита	2	130
Округ	1	4
Нерчинск	2	35
Округ	3	12
Нерчинск-Заводск и его округ	1	4
Верхнеудинск	-	-
Округ	-	-
Селенгинск	1	4
Округ	1	4
Троицкосавск	-	-
Округ	1	50
Баргузин	-	-
Округ	-	-
Акша	1	50
Округ	1	4
Итого	14	297

Наибольшее количество военных госпиталей и коек находилось в Восточном Забайкалье, в Чите и Нерчинске, а в Западном Забайкалье в Троицкосавске. Такой коечный фонд был организован для воинских соединений, находящихся в Забайкальской области для дальнейшего освоения и закрепления Дальнего Востока и охраны внешних границ.

В 1881 году было осуществлено преобразование медицинской части Забайкальского казачьего войска с введением участкового принципа обслуживания, но при этом до конца не были учтены территориальные,

<sup>768</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 28.

социальные и демографические особенности, что не позволило приблизиться к более равномерному охвату всего приписного к войску населения<sup>769</sup>.

В результате этого огромные территории войска, заселенные десятками тысяч людей, оказались без медицинского наблюдения из-за неправильного размещения медицинских учреждений, отсутствия штатного персонала и медикаментов. Например, на 65 тысяч населения 4-го военного отдела не было предусмотрено ни одного врача. Отдел был образован позже из территорий и населения 2-го и 3-го отделов. Отдел создали, а про медицину забыли. При этом имевшийся опыт организации медицинской помощи не всегда учитывался, меры к исправлению ошибок своевременно не принимались.

Во 2-м военном отделе, растянутом на 900 верст вдоль границы с Монголией и Китаем, войсковая больница размещалась в западной его части в Акше с населением 12 тысяч человек, когда к востоку от Акши проживало 45 тысяч. Большая часть войскового населения не имела врача, а меньшая при полном штате медицинского персонала, обслуживалась одним врачом на 5750 человек. Чтобы попасть в больницу, например из сел Средне-Борзинского, Соктуевского или Старо-Цурухайту, необходимо было преодолеть несколько сот верст кратчайшим путем по грунтовым дорогам. Многодневный путь был труден и утомителен для здорового человека, а если это тяжелобольной или тяжелораненый. Исход был очевиден.

Вот и наглядный пример, какое существенное значение имеет фактор доступности медицинской помощи в условиях слабой инфраструктуры и неразвитой транспортной сети отдаленных регионов России. Официальная оценка работы по охране здоровья войскового населения в 1908 году была следующая: «Здравоохранение в Забайкальском казачьем войске за годы, предшествующие

---

<sup>769</sup> Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: Томск, 1964. — Т. 1. — 450 с. — Т.2. — С. 445.

отчетному, не достигло цели. То, что предпринималось, трудно назвать даже ошибками. Это было почти полное игнорирование всех условий быта казаков»<sup>770</sup>.

Денежное довольствие врачам и фельдшерам выплачивалось маленькое, работы было всегда много, поэтому никто не хотел жить и работать в станицах, а если кто оставался, то не имел возможности лечить из-за отсутствия лекарств, которые были в больничной аптеке, далеко от станицы. Аптеки станичных пунктов снабжались по фельдшерскому каталогу и содержали крайне скудный перечень препаратов. При возникновении эпидемий на помощь приходили врачи 2-го Армейского Сибирского корпуса, размещенного на территории Забайкальской области, но также из-за нехватки квалифицированного персонала это не решало системной проблемы<sup>771</sup>.

Таким образом, быстро организовать научную медицину для обеспечения казачьего сословия было сложным делом. Но государственные мероприятия в этом направлении не прекращались. К таким мерам можно отнести: перевод в 1-ом военном отделе в 1908 году больницы из станицы Кударинской в слободу Кяхта, количество врачей с 14 человек в 1912 году увеличилось до 20 в 1915 году, а приемных покоек с 8 в 1908 году до 20 в 1915 году, число коек увеличилось с 232 до 356, стали вводиться должности акушерок-фельдшерниц<sup>772</sup>.

Лишь накануне первой мировой войны медицинская структура Забайкальского казачьего войска фактически организована. В основу ее с 1881 года был положен участковый принцип медицинской деятельности<sup>773</sup>.

В Забайкальской области через 32 года количество войсковых больниц осталось на прежнем уровне – 4, коечный фонд увеличился только на 10, но значительно возросло количество приемных покоек на 13, а количество коек в них увеличилось на 147, появились фельдшерские амбулатории.

<sup>770</sup> Смирнов Н.Н. Слово о Забайкальских казаках: Исторический очерк-хроника / Н.Н. Смирнов; под ред. С.И. Рябова, Ю.Ф. Болдырева — Волгоград: Волгогр. ком. по печати, 1994. — С. 381.

<sup>771</sup> Смирнов Н.Н. Слово о Забайкальских казаках: Исторический очерк-хроника / Н.Н. Смирнов; под ред. С.И. Рябова, Ю.Ф. Болдырева — Волгоград: Волгогр. ком. по печати, 1994. — С. 382.

<sup>772</sup> Там же. — С. 383.

<sup>773</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: Изд. ТГУ, 1975. — С. 85.

Таблица 10. Динамика организации военных лечебных заведений<sup>774, 775</sup>.

	1887		1919	
	Войсковые больницы	4	190 коек	4
Приемные покои	8	39 коек	21	186 коек
Фельдшерские амбулатории	-	-	42	-
лечебные пункты	12	-	-	-
Больничное отделение	1	6 коек	-	-

Наметилось улучшение медицинской службы, связанное с увеличением сети военных лечебных учреждений, приемных покоев, кадрового и лекарственного обеспечения, поднятия денежного пособия врачам и фельдшерам. Были ликвидированы из-за неэффективности лечебные пункты и больничное отделение. Эти факты можно положительно рассматривать с позиции экстенсивного развития военной медицины, имевшее основной целью организацию более доступной медико-санитарной помощи населению и военнослужащим Забайкалья.

Таблица 11. Сравнение лечебной базы казачьих войск в 1913 г.<sup>776</sup>

	Забайкальское казачье войско (265 т. человек)		Терское казачье войско (255 т. человек)	
	Войсковые больницы	4	190 коек	4
Приемные покои	8	39 коек	3	15 коек

Учитывая пограничное положение, площадь территории Забайкалья и значение военного формирования для укрепления Дальнего Востока коечный фонд больше у Забайкальского казачьего войска.

<sup>774</sup> Эпов Н.И. Забайкальское казачье войско / Н.И. Эпов — Нерчинск. Типография М.Д. Бутина, 1889. — С. 43-44.

<sup>775</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 26-26 об.

<sup>776</sup> Рубаева Э.М. Становление и развитие системы здравоохранения на Северном Кавказе в XIX-начале XX века (на материалах Терской области) / Э.М. Рубаева, Р.Е. Суанова: монография; Северо-Осетинский гос. ун-т: Владикавказ: Изд-во СОГУ, 2016. — С. 37.

Таблица 12. Список больниц, приемных покоев и амбулаторных пунктов  
Забайкальского казачьего войска на 2 июня 1919 г.<sup>777</sup>

<b>Западное Забайкалье I-й военный отдел г. Троицкосавск</b>	Количество коек
Войсковая больница в слободе Кяхта	50
Атамано-Николаевский приемный покой в станице	10
Кударинский приемный покой в станице	10
Селенгинский приемный покой в станице	10
Цакирский приемный покой в станице	4
Мензинский приемный покой в станице	4
Харьясской станицы фельдшерская амбулатория	-
Янгажинская фельдшерская амбулатория	-
Боргойская фельдшерская амбулатория	-
В-Удинская фельдшерская амбулатория	-
Мурочинская фельдшерская амбулатория	-
Шарагольская фельдшерская амбулатория	-
Усть-Урлукская фельдшерская амбулатория	-
Желтуринская фельдшерская амбулатория	-
Гыгетуйская фельдшерская амбулатория	-
Аракиретская фельдшерская амбулатория	-
Цагано-Усинская фельдшерская амбулатория	-
<b>Восточное Забайкалье II-й военный отдел г. Акша</b>	
Войсковая больница	50
Киренский приемный покой в станице Киренской	10
Суворовский приемный покой на ст. Борзя	10
Ново-Цурухайтуевский приемный покой в станице Ново-Цурухайтуйск	10
Донинский приемный покой в станице Донинской	10
Чиндант-Гродековский приемный покой в станице Чиндант-Гродековской	4
Акшинская фельдшерская амбулатория	-
Мангутская фельдшерская амбулатория	-
Могойтуевская фельдшерская амбулатория	-
Дурулгуевская фельдшерская амбулатория	-
Улятуевская фельдшерская амбулатория	-
Зоргольская фельдшерская амбулатория	-
Манкечурская фельдшерская амбулатория	-
Быркинская фельдшерская амбулатория	-
Калчинская фельдшерская амбулатория	-
Букукунская фельдшерская амбулатория	-

<sup>777</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 26-26 об.

Цагань-Олуевская фельдшерская амбулатория	-
<b>Восточное Забайкалье III-й военный отдел г. Нерчинск</b>	
Восковая больница в г. Сретенск	50
Приемный покой в г. Нерчинск	10
Приемный покой в станице Шелопугинской	10
Приемный покой в станице Титовской	10
Приемный покой в станице Размахнинской	10
Приемный покой в станице Ундинской	10
Приемный покой в станице Ботовской	10
Знаменская фельдшерская амбулатория	-
Кулаковская фельдшерская амбулатория	-
Курлыченская фельдшерская амбулатория	-
Куенгская фельдшерская амбулатория	-
Титовская фельдшерская амбулатория	-
Макковеевская фельдшерская амбулатория	-
Кайдаловская фельдшерская амбулатория	-
Митрофановская фельдшерская амбулатория	-
Жидкинская фельдшерская амбулатория	-
Новотроицкая фельдшерская амбулатория	-
Куларская фельдшерская амбулатория	-
Ломовская фельдшерская амбулатория	-
<b>Восточное Забайкалье IV-й военный отдел г. Нерчинск-Заводской</b>	
Войсковая больница в станице Красноярской	50
Приемный покой в станице Шелопугинской	10
Приемный покой в станице Нерчинск-Заводской	10
Приемный покой в станице Усть-Уровской	10
Приемный покой в станице Богдатской	10
Приемный покой в станице Аркаинской	4
Чалбучинская фельдшерская амбулатория	-
Аргунская фельдшерская амбулатория	-
Дог-Инская фельдшерская амбулатория	-
Онон-Борзинская фельдшерская амбулатория	-
Конунская фельдшерская амбулатория	-
Больше-Зарентуйская фельдшерская амбулатория	-
Актагучинская фельдшерская амбулатория	-
Аркаинская фельдшерская амбулатория	-
<b>Всего</b>	<b>386</b>

Таким образом, в 1919 году военные лечебные заведения Забайкальского казачьего войска по-прежнему были подразделены на 4 отдела: один в Западном

Забайкалье и три в Восточном Забайкалье. 8 октября 1921 года состоялось заседание ответственных работников по здравоохранению Дальневосточной Республики<sup>778</sup>. На этом совещании сделал доклад К.И. Легков: «О Верхнеудинском районном эвакуационном управлении».

Итак, «В сфере влияния Верхнеудинского эвакуационного управления, имеющего свою резиденцию в поселке Нижнее-Березовке Прибайкальской области, входили и входят следующие пять гарнизонов: Нижнее-Березовский, Верхнеудинский, Троицкосавский, Петровско-Заводской и Баргузинский (часть территории современной Бурятии и Забайкальского края). Все специальные задания во врачебно-санитарном отношении выполнялись при помощи: 1) Двух крупных лечебных заведений – Березовского военного III класса госпиталя и Верхнеудинского местного хирургического лазарета и Госпиталя распределителя, находящегося в Нижнее-Березовке; 2) при помощи 4-х гарнизонных амбулаторий – Нижнее-Березовской (при госпитале), Верхнеудинской, Троицкосавской и Баргузинской; 3) 5-ти околотков при строевых и других разрядов частях; 4) при помощи Барака – приемника при станции Верхнеудинск. Березовский военный госпиталь, рассчитанный по штату на 1160 коек, находится в поселке Нижнее-Березовке у станции «Дивизионная» (ныне пригород Улан-Удэ). Имеются отделения: терапевтическое, хирургическое, кожно-венерологическое, глазное, ушное, заразное и для арестованных. Помещается госпиталь в 18 громадных одноэтажных, казарменного типа, деревянных бараках. Полы асфальтовые, стены штукатуренные. Освещается госпиталь электрической энергией, получаемой из гарнизонной электрической станции. Работает химико-бактериологическая лаборатория.

Функционирует местный хирургический лазарет (Верхнеудинский). Лазарет рассчитан на 100 коек, а в данное время развернуто 80. Всеми вышеприведенными лечебными заведениями в течение первых 8 месяцев 1921 года проделана следующая работа. Больничных дней проведено 104 340, сделано больших операций 161, а малых – 22. Принято было амбулаторно 22 530 больных. Всего

<sup>778</sup> ГАЗК. – Ф.Р– 1144. – Оп.1. – Д. 22. – Л. 2.

было эвакуировано первой категории 1088 человек и остальных 22 234 чел»<sup>779</sup>.

Но, больных и раненых было очень много, поэтому к концу 1921 года Березовский военный госпиталь функционировал на 1500 коек. При этом не была организована прачечная. Белье приходилось сдавать в частные руки по дорогим расценкам, так 17 коп, золотом за каждого больного в сутки или как, показал проведенный расчет за месяц, по 10 коп, золотом за штуку белья плюс от казны помещение, отопление и освещение. Таким образом, на оборудование собственной прачечной при Березовском военном госпитале Начальнику Верхнеудинского эвакуоуправления была выделена сумма 4577 руб. 20 коп.

Таким образом, медицинское обеспечение армии долгое время в России оставалось приоритетным направлением. Биографии первых военных врачей конца XIX начала XX вв. Б.С. Ямпилова и С.Б. Цыбыктарова, выходцев из бурятского народа представлены в приложении 5 диссертации (С. 463).

Первые воинские соединения с постоянной дислокацией появились в Забайкалье в первой половине XVIII века с момента окончательного закрепления территории за Российской империей.

С целью обеспечения охраны внешних границ большой протяженности и несения внутренней службы из местного населения в середине XIX века было организовано Забайкальское казачье войско. Целесообразность формирования войск из приспособившегося к суровым местным условиям «пришлого» и коренного населения, объяснялось финансовыми издержками для содержания регулярной армии и вполне боеспособным состоянием Забайкальского казачьего войска.

Актуальной проблемой являлась большая смертность от инфекционных заболеваний, оставалась высокой материнская и детская смертность, снижался естественный прирост населения. Существенным препятствием для социального развития Забайкалья в XVIII-XIX веках служили суровые климатогеографические условия огромной территории, с резко ограниченными транспортными коммуникациями, большая отдаленность от центра и неоднородность местного

---

<sup>779</sup> ГАЗК. —Ф.Р– 1144. — Оп.1. — Д. 24. — Л. 2.



населения с различным вероисповеданием, традициями и образом жизни.

Стратегическим значением региона была обусловлена необходимость дальнейшего развития военно-медицинской службы. Впервые во второй половине XVIII века батальонные лазареты открылись сначала в Западном Забайкалье в городах Селенгинске (1765г.) и Верхнеудинске (Улан-Удэ) (1780-е гг.), из-за их торгово-караванного экономического значения. Только в 1851 году в Восточном Забайкалье в областном центре Чите в связи с образованием Забайкальского казачьего войска создан военный лазарет, который через 6 лет переформирован и оснащен как военный полугоспиталь на 75 коек. С этого периода организация военной медицинской службы постепенно выходила на более качественный уровень.

В 1855 году было принято Положение об обязательном оспопрививании в Забайкальском казачьем войске, четко регулирующее правовую, медицинскую и организационную деятельность в этом направлении.

Согласно положения разработан регламент проведения оспопрививания в Забайкальском казачьем войске, сроки вакцинации, порядок оформления и подачи отчетной документации, оговорены меры ответственности уклоняющихся и способы воздействия на них, определены условия и алгоритм действий для поддержания запасов оспенной материи. Особо обращалось внимание на создание благоприятной обстановки в период проведения оспопрививания и неукоснительное соблюдение принципов этики. Необходимо было постоянно поддерживать благоприятный эпидемиологический и санитарный режим на пограничной территории.

Тем не менее, организация военной медицинской службы имела и существенные недостатки. Главной ошибкой стало неправильное формирование медицинской сети, не были учтены важные региональные территориальные и демографические особенности. При сохраняющемся дефиците квалифицированного медицинского персонала и лечебных заведений на такой огромной территории не удалось обеспечить более равномерного охвата всего приписного к войску населения.

Таким образом, зарождение в Забайкалье военной медицины стало необходимым условием дальнейшего освоения и развития отдаленного пограничного региона России в сложных геополитических условиях. В целом, мы можем отметить позитивные сдвиги в виде постепенного экстенсивного развития военной медицинской службы, введения участкового принципа работы, повышения качества родовспоможения. Зарождение военной медицины в Забайкалье в XVIII веке стало необходимым условием военного и экономического развития отдаленного региона России в сложных геополитических условиях. Реализация военно-медицинских реформ привела к усовершенствованию военной медицины с формированием широкой госпитальной базы на период масштабных военных действий. Дальнейшее становление военной медицины не только обеспечивало охрану здоровья военных, но и в целом положительно сказалось на развитии всего здравоохранения Забайкалья.

## ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО УПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА

### 4.1. Открытие Забайкальского местного управления и местных комитетов Российского Общества Красного Креста

22 августа 1864 года в Женеве состоялось подписание акта, согласно, которого, больные и раненые воины независимо от национальности получали право пользоваться помощью врачей, объединившихся в Общество Красного Креста. Спустя три года к этой конвенции примкнула и Россия, имевшая еще со времен Крымской войны 1853-1856 гг. свою общину сестер милосердия<sup>780</sup>. 3 мая 1867 года Император Александр II утвердил Устав Общества попечения о раненых и больных воинах, переименованного в 1879 году в Российское Общество Красного Креста<sup>781</sup>.

С 1880 года по 1917 гг. Российское общество Красного Креста находилось под высочайшим покровительством Ее императорского величества государыни императрицы Марии Федоровны. В 1909 году Главное управление находилось в городе Санкт-Петербурге на улице Инженерной, 9<sup>782</sup>. Уже при создании Красного Креста предусматривалось тесное сотрудничество этого общества с государственными органами. Приоритетной задачей общества была хорошо поставленная подготовка среднего медицинского персонала.

К началу XX века Российское общество Красного Креста стало одним из наиболее значимых и масштабных отделений Международного Общества<sup>783</sup>. Пережив опыт Крымской и Русско-турецкой войн, руководство РОКК принялось за подготовку к следующей возможной войне, так как внешнеполитическая обстановка оставалась напряженной. Основная задача деятельности РОКК

<sup>780</sup> Оксенюк Е.В. Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914) / Е.В. Оксенюк — М.: Изд-во ПСТГУ, 2015. — С. 19-20.

<sup>781</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — С. 159. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»)

<sup>782</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д.3. — Л. 82.

<sup>783</sup> Оксенюк Е.В. Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914) / Е.В. Оксенюк — М.: Издательство ПСТГУ, 2015. — С. 20.

заклучалась в обеспечении максимальной материальной помощи и медицинской поддержки армии.

Российский Красный Крест существовал за счет частных пожертвований, поэтому был определен четкий устав, регламентирующий все стороны жизни Общества. Следующий уровень в вертикали структуры РОКК занимали окружные и местные управления, где сосредотачивалось руководство региональными учреждениями Общества<sup>784</sup>. В губерниях функционировали местные управления, которым подчинялись городские местные комитеты Красного Креста<sup>785</sup>.

Начало истории деятельности общества Красного Креста на российском Дальнем Востоке относится к 1870 году, когда были образованы окружные управления Общества, в том числе Восточносибирское. В целях улучшения управления огромным краем в 1884 году было учреждено Приамурское генерал-губернаторство в состав, которого вошли Амурская, Приморская и Забайкальская области (Забайкальская область входила по 1906 г., затем вновь введена в состав Иркутского генерал-губернаторства), а также Владивостокское военное губернаторство (1898 г.) и остров Сахалин. Вскоре было создано Приамурское окружное управление Российского общества Красного Креста во главе с генерал-губернатором, а также местные управления во главе с губернаторами<sup>786</sup>. Организация местных управлений Красного Креста в Забайкалье началась в конце XIX века. В отличие от других губерний в Приамурском генерал-губернаторстве до середины 1890-х годов не было ни одной общины сестер милосердия, не существовало и соответствующих обучающих курсов<sup>787</sup>.

В этих условиях Председатель Приамурского окружного управления Российского общества Красного Креста С.М. Духовский 9 декабря 1893 г.

<sup>784</sup> Оксенюк Е.В. Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914). / Е.В. Оксенюк — М.: Издательство ПСТГУ, 2015. — С. 23.

<sup>785</sup> Егорышева И.В. К вопросу о статусе Российского общества Красного Креста / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2010. — № 1. — С. 58.

<sup>786</sup> Романова В.В. Деятельность Красного Креста в Приамурском генерал-губернаторстве в конце XIX-начале XX в. / В.В. Романова // История медицины. — Москва, 2015. — Т. 2. — № 2. — С. 243.

<sup>787</sup> Там же — С. 243.

письмом за № 50 из города Хабаровска обращается к Военному губернатору Забайкальской области: «В настоящее время органы управления Российского общества Красного Креста в Приамурском военном округе имеются в г. Хабаровск-Окружное управление, и в г. Владивосток, Благовещенск, и Нерчинск местные управления.

Таким образом в Приморской области два действующих органа, в Амурской – один и в Забайкальской – один, т.е. большее число органов приходится на наименее населенные области, тогда как в наиболее населенной имеется лишь один. Полагаю, что для успешного развития деятельности Общества Красного Креста и имея в виду высокую цель Общества: содействовать в уходе за ранеными и больными воинами во время войны и доставлять им, как врачебное так и другого рода вспомоществование, следовало бы учредить в Забайкальской области еще один орган, а именно – Читинское Местное Управление»<sup>788</sup>.

Далее: «На Основании § 22. Устава РОКК Окружные и местные управления учреждаются с разрешения генерал-губернаторов, где они есть, или губернаторов, когда число действительных членов Общества обоего пола достигает в данной местности не менее тридцати. Местные же комитеты открываются по ходатайству местных управлений и с согласия губернаторов, при числе действительных членов не менее пяти. Прошу Ваше Превосходительство принять на себя заботы по учреждению в г. Чите Местного Управления Российского Общества Красного Креста и для руководства прилагаю Устав Общества<sup>789</sup>».

Военный губернатор Забайкальской области в целях расширения деятельности РОКК на вверенной ему территории обращается к Верхнеудинскому (Улан-Удэ) городскому Голове А.В. Овсянкину 14 февраля 1894 года согласно документа №1257: «Препровождая при сем копию с письма Председателя Приамурского Окружного Управления Общества Красного Креста Генерал-лейтенанта Сергея Михайловича Духовского, от 9 декабря 1893 г. за № 50 вместе с подписным листом для желающих записаться членами местного управления Российского

---

<sup>788</sup> ГАРБ. – Ф.10. – Оп.1. – Д. 1019. – Л. 2.

<sup>789</sup> ГАРБ. – Ф.10. – Оп.1. – Д.1019. – Л. 2 об.

общества Красного Креста, а также выписку из Устава означенного общества, прошу Вас, не отказать в своем содействии о привлечении по вверенному Вам городу возможно большего числа членов и о последующем с возвращением подписного листа меня уведомить в непродолжительном времени»<sup>790</sup>.

Затем переписка продолжается и Верхнеудинскому городскому Голове вновь обращается военный губернатор Забайкальской области из Читы 2 мая 1894 г. согласно документу № 2844: «Лица пожелавшие записаться членами местного управления Российского общества Красного Креста могут внести деньги в Читинское губернское казначейство в мой депозит на Красный Крест»<sup>791</sup>.

Таким образом, 8 мая 1894 года было открыто Читинское местное управление Российского общества Красного Креста, которое к 1897 году переименовано в Забайкальское местное управление Российского общества Красного Креста<sup>792</sup>. Его основная деятельность заключалась в организации финансового обеспечения и привлечение новых членов общества. Понимая всю важность поддержки организации Забайкальского местного управления Российского общества Красного Креста, Верхнеудинский городской Голова 12 мая 1894 г. в протоколе за № 73, отвечает военному губернатору Забайкальской области о принятии положительного решения о вступлении в общество Красного Креста<sup>793</sup>.

Список Действительных членов Читинского отделения Российского Общества Красного Креста от 12 июня 1894 года<sup>794</sup>.

№	Фамилии, Имена, Отчества и звание членов	Сумма	
		взноса	Р. К.
1	Преосвященнейший Георгий Епископ Забайкальский и Нерчинский	10	-
2	Мацеевский Евгений Осипович. Генерал-майор	10	-

<sup>790</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп.1. — Д.1019. — Л. 1.

<sup>791</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп.1. — Д.1019. — Л. 5.

<sup>792</sup> Скажути Д.В. 115 лет со дня открытия Забайкальской общины сестер милосердия Красного Креста (1901 г.) / Д.В. Скажути // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2016. — С. 88.

<sup>793</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп.1. — Д.1019. — Л. 6.

<sup>794</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп.1. — Д.1019. — Л. 3.

3	Мацеевская Мария Платоновна, супруга Генерал-майора	10	-
4	Потоцкий Иван Платонович, Генерал-майор	5	-
5	Потоцкая Берта Федоровна, супруга генерал-майора	5	-
6	Цитович Андрей Григорьевич, Статский Советник	5	-
7	Алексеев Петр Семенович, Статский Советник	5	-
8	Кирилов Николай Васильевич, Коллежский Ассессор	5	-
9	Михайлов Марк Андреевич, Коллежский Секретарь	5	-
10	Шлиомович Аорон Эльевич, врач	5	-
11	Махновец П.С., Надворный Советник	5	-
12	Ганзен Николай Михайлович, Статский Советник	5	-
13	Алексеев Григорий Геннадьевич, учитель	5	-
14	Эфферт Эдуард Иванович, Коллежский Советник	5	-
15	Вишневский-де-Турнефор Иосиф Юлианович, С.С.	5	-
16	Стефаньеф Михаил Михайлович, учитель	5	-
17	Воложанинов Семен Иванович, Штаб-с Капитан	5	-
18	Гантимуров, Князь, Николай Петрович, сотник	5	-
19	Станкевич Адам Юрьевич, Есаул	5	-
20	Муромов Иннокентий Петрович, Штаб-с Капитан	5	-
21	Кахиани Илья Николаевич, Коллежский Советник	5	-
22	Клодницкий Феликс Лаврентьевич, Статский Советник	5	-
23	Бочаров Александр Константинович, Коллежский Советник	5	-
24	Горбачевич Владимир Фелицианович, Коллежский Регистратор	5	-
25	Голдобин Николай Иванович, потомственный почетный гражданин	5	-
26	Кудряшев Андрей Кириллович, купец	5	-
27	Фриман Иван Иван. Провизор	10	-
28	Раевский Сергей Михайлович, Коллежский Ассессор	10	-
29	Кафтарецкий Степан Сергеевич, Надворный Советник	10	-
30	Черкасов Федор Дмитриевич, Читинский мещанин	5	-
31	Труфанов Мануил Егорович, 2 гильдии купец	5	-
32	Филиппов Степан Васильевич, Читинский 2 гильдии купец	25	-
33	Михайлов Дмитрий Прокопьевич, Надворный Советник	5	-
34	Сабуров Николай Николаевич, Надворный Советник	10	-
35	Данилевич Георгий Федорович, Надворный Советник	10	-
36	Гаевич Порфирий Елисеевич, Надворный Советник	5	-
37	Шанц Эдуард Иванович, Титулярный Советник	7	-
38	Трушевич Сергей Сильверстович, Коллежский Секретарь	5	-
39	Антонов Алек. Алек. Капитан	5	-

40	Куколь-Яснопольский Николай Сергеевич, О.Подполковник	5	-
41	Мушкина Ольга Ивановна, супруга чиновника	5	-
42	Рейс Виктор Александрович, Генерального штаба Подполковник	5	-
43	Слежановский Евгений Осипович, Статский Советник	5	-

Таким образом, список членов Читинского отделения РОКК составил 43 человека и состоял из военных чинов, врачей, учителей, купцов, религиозных деятелей, мужчин и женщин. Данный факт свидетельствует об общем патриотическом и нравственном подъеме у разных слоев забайкальского общества.

В дальнейшем уже сформированное Читинское местное управление Российского общества Красного Креста по документу № 6 от 10 августа 1894 г. обращается к Верхнеудинскому городскому Голове: «Вследствие представления Вашего протокола за № 73 на имя господина военного губернатора Забайкальской области, Читинское управление общества Красного Креста, препровождая список лиц, записавшихся на посланном Вам подписном листе, членами Читинского управления общества Красного Креста, просит следующие с них взносы прислать на имя управления». Подпись: Председатель, Георгий, Епископ Забайкальский и Нерчинский. Делопроизводитель»<sup>795</sup>.

Действительные члены Российского общества Красного Креста города  
Верхнеудинска<sup>796</sup>.

№	Ф.И.О.	Размер взноса
1	Горбацевич В.Ф.	5 руб.
2	Голдобин И.И.	5 руб.
3	Кудряшев А.К.	5 руб.

Члены соревнователи:

№	Ф.И.О.	Размер взноса
1	Трунев П.Т.	3 руб.
2	Овсянкин А.В.	3 руб.

<sup>795</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп.1. — Д. 1019. — Л. 8.

<sup>796</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1019. — Л. 9.



3	Тарсков	3 руб.
4	Новтонович Н.	3 руб.
5	Военков Н.	3 руб.
6	Казанский И.И.	3 руб.
7	Машанов Ф.В.	3 руб.
8	Опушкин Д.Д.	3 руб.
9	Туговиков Н.С.	3 руб.
10	Старков И.В.	3 руб.
11	Иванов К.Г.	3 руб.
12	Чирков И.П.	3 руб.
13	Ветров М.М.	3 руб.
14	Розенштейн Г.Д.	3 руб.
15	Анохина	3 руб.
16	Добросердов	3 руб.
17	Овсянкин И.А.	3 руб.
18	Овсянкин М.И.	3 руб.

Итого: 21 человек из Верхнеудинска поддержали общественную инициативу и подписались в члены Российского общества Красного Креста.

Верхнеудинской городской Голова 31 августа 1894 года обращается к ним о нижеследующем: «Вследствие отношения господина Председателя Читинского управления Российского общества Красного Креста, от 10 августа за № 6, прилагая на оборот сего список членов с обозначением размера следующей с них платы, прошу деньги немедленно внести в Управу для отсылки по принадлежности. После прочтения расписаться и повестку возвратить»<sup>797</sup>. Такие повестки были вручены всем членам общества и соответственно возвращены с подписью. В конце прилагается справка: Деньги в сумме пятьдесят пять руб. отосланы 3 ноября 1894 г. по ведомости за № 1512 в Читинское управление Российского общества Красного Креста.

<sup>797</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1019. — Л. 10.

Председатели Читинского управления Российского общества Красного Креста периодически менялись. Почетную должность председателя занимали, как правило, военные губернаторы Забайкальской области<sup>798</sup>. В местных отделениях Красного Креста наряду с правительственными чиновниками и их семьями в качестве членов общества состояли также представители купечества и интеллигенции. Многочисленные медицинские работники в учреждениях Красного Креста, за редким исключением, не являлись его членами, а только служащими и не имели права голоса в решении организационных вопросов<sup>799</sup>.

В 1905 году Председателем Забайкальского местного управления Российского общества Красного Креста был военный губернатор Иван Васильевич Холщевников<sup>800</sup>. В том же году по городу Чите насчитывалось уже 250 членов Общества Красного Креста. 21 июня 1909 года на заседании членов правления Забайкальского местного управления избран Председателем Забайкальского местного управления Российского общества Красного Креста Александр Константинович Бочаров<sup>801</sup>. Личный состав управления состоял из председателя, товарища председателя – читинский купец Константин Иванович Колеш. Члены правления: врачи А.Г. Цитович, А.М. Попов, Н.Н. Щеглов, В.М. Саврасов, А.В. Ореолович, И.П. Иванов<sup>802</sup>.

Протокол заседания Забайкальского местного управления от 14 ноября 1910 года<sup>803</sup>. Председательствовал А.К. Бочаров, товарищ председателя К.И. Колеш, со стороны Верхнеудинского местного управления председатель А.В. Ореолович, члены: А.Г. Цитович, Л.И. Эрбель, И.П. Иванов. На заседании присутствовал временно исполняющий обязанности Областного врачебного инспектора доктор

<sup>798</sup> Фадеева А.П. 110 лет со дня организации Читинского управления Российского общества Красного Креста (1894 г.) / А.П. Фадеева, Ю.А. Черепанов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 г. — Чита, 2004. — С. 68.

<sup>799</sup> Егорышева И.В. К вопросу о статусе Российского общества Красного Креста / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва, 2010. — № 1. — С. 58.

<sup>800</sup> ГАЗК. — Ф. 15. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 55.

<sup>801</sup> ГАЗК. — Ф. 15. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 5.

<sup>802</sup> ГАЗК. — Ф. 15. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 21.

<sup>803</sup> ГАЗК. — Ф. 15. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 73.

медицины В.А. Бурмакин, главный врач Общины сестер милосердия В.А. Свиридов и делопроизводитель местного управления Н.С. Мрочевский. Обсуждался вопрос об участии в мероприятиях по борьбе с чумой в Забайкальской области. Было доложено о просьбе военного губернатора области о помощи Красного Креста местной администрации.

Таким образом, оперативно были согласованы совместные действия, организованы противоэпидемические мероприятия по борьбе с чумой, распространившейся в Забайкальской области и соседней Манчжурии. Местные организации Красного Креста также вносили свой вклад в благотворительную деятельность, санитарное просвещение населения, а там, где имелись лечебные учреждения Российского общества Красного Креста и Общины сестер милосердия, то непосредственно оказывали квалифицированную медицинскую помощь и социальную поддержку. При сложном состоянии здравоохранения края, напряженной санитарно-эпидемиологической обстановке эта помощь была очень значима<sup>804</sup>. Так в порядке взаимопомощи в сентябре 1908 года из Читы на организованный склад местного управления в Благовещенске была прислана партия лекарств и перевязочных средств<sup>805</sup>.

Согласно Уставу общества Красного Креста с началом русско-японской войны в Забайкальской области дополнительно были открыты 9 местных комитетов и волостных попечительств. В настоящее время имеются сведения о Верхнеудинском, Сретенском, Хилокском, Акшинском, Маньчжурском, Нерчинско-Заводском и Урульгинском местных комитетах. Среди волостных попечительств достоверно известно лишь о Тыргетуевском и Верхнеангарском<sup>806</sup>. Из 9 разрешенных к открытию в предыдущем отчетном году местных комитетов отчеты о своей деятельности предоставили только 4 комитета: Верхнеудинский

<sup>804</sup> Романова В.В. Деятельность Красного Креста в Приамурском генерал-губернаторстве в конце XIX-начале XX в. / В.В. Романова // История медицины. — Москва, 2015. — Т. 2. — № 2. — С. 250.

<sup>805</sup> Кирпикова Т.Э. Становление и развитие Амурского Красного Креста в дореволюционный период (1870-1917 гг.): дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. — Благовещенск, 2000. — С. 24.

<sup>806</sup> Скажутин Д.В. Май-150 лет Российскому Обществу Красного Креста (1867 г.) / Д.В. Скажутин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2017. — С. 102.

(современная Республика Бурятия), Сретенский, Акшинский и Хилокский (современный Забайкальский край)<sup>807</sup>.

С 27 февраля 1908 года Верхнеудинский местный комитет переименован в Верхнеудинское местное управление Красного Креста<sup>808</sup>, которое в свою очередь входило в Забайкальское местное управление и подчинялось Главному управлению Российского общества Красного Креста<sup>809</sup>.

Таким образом, Нерчинское местное управление Российского общества Красного Креста во второй половине XIX века оставалось единственным местным управлением на обширной территории Забайкалья и не отвечало возрастающим основным задачам РОКК. Для более полного охвата региона медико-социальной работой и непосредственного организационно-методического руководства, в 1894 году в Забайкальской области создается Забайкальское (Читинское) местное управление РОКК с центром в городе Чита, возглавляемое военным губернатором. Неотложная задача по планомерной подготовке сестер милосердия на местной базе, открытие амбулаторий и лазаретов в условиях неспокойной геополитической обстановки оказала непосредственное влияние на организацию дополнительных местных управлений и комитетов Российского общества Красного Креста в Забайкальской области.

Такая деятельность РОКК при существенной нехватке гражданских лечебных учреждений, квалифицированного медицинского персонала приобретала актуальное значение. Это способствовало повышению доступности медицинской помощи населению Забайкальской области. Грамотная и своевременная организация противоэпидемических мер, санитарно-гигиенических правил на пограничной территории существенно снижало людские и материальные потери.

В конечном итоге, вся последующая медицинская, государственно-благотворительная деятельность местных управлений и местных комитетов Российского общества Красного Креста под общим управлением Забайкальского

---

<sup>807</sup> ГАЗК. — Ф.15. — Оп.1. — Д. 4. — Л. 1.

<sup>808</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д.3. — Л. 83-83 об.

<sup>809</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д.2. — Л. 111.

местного управления РОКК, с организованной материально-технической и кадровой базой положительно влияет на формирование основ системы здравоохранения на стратегически важной территории Забайкалья в дореволюционный период.

#### **4.2. Зарождение Читинской и Верхнеудинской Общины сестер милосердия Красного Креста**

Основой Российского Общества Красного Креста являлись общины сестер милосердия, поскольку именно сестры, как работники среднего звена претворяли в жизнь идеи и принципы Общества<sup>810</sup>. Крестовоздвиженская община сестер милосердия, основанная в период Крымской войны (1854) Н.И. Пироговым, положила начало подготовке в России этого очень важного звена квалифицированных медицинских работников для ухода за больными и ранеными<sup>811</sup>. С 1867 года подготовка сестер милосердия стала одним из основных разделов работы Российского общества Красного Креста.

Первые курсы по подготовке сестер милосердия на востоке страны были организованы во Владивостоке в 1894 году. Примечательно, что врачи города выразили готовность провести курс лекций безвозмездно<sup>812</sup>. 27 августа 1895 года Дамский комитет при Благовещенском управлении РОКК открыл Общину сестер милосердия<sup>813</sup>.

Таким образом, в Забайкальской области приоритетным направлением становится подготовка сестер милосердия, т. к. в Чите военный полугоспиталь и городская больница на 10 коек катастрофически нуждались в квалифицированных медицинских кадрах. С этой целью был организован сбор пожертвований. Денежные средства поступали на сберегательную книжку № 271 Читинского

<sup>810</sup> Оксенюк Е.В. Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914). / Е.В. Оксенюк — М.: Издательство ПСТГУ, 2015. — С. 36.

<sup>811</sup> Порудоминский В.И. Жизнь, ты с целью мне дана. Пирогов. / Очерк. — М.: Молодая гвардия. — 1981. — Выпуск 71. — С. 141.

<sup>812</sup> Романова В.В. Деятельность Красного Креста в Приамурском генерал-губернаторстве в конце XIX-начале XX в. В.В. Романова // История медицины. — Москва, 2015. — Т. 2. — № 2. — С. 243.

<sup>813</sup> Кирпикова Т.Э. Становление и развитие Амурского Красного Креста в дореволюционный период (1870-1917 гг.): дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. — Благовещенск, 2000. — С. 4.

отделения государственного банка. Пожертвования определенных сумм носили спонтанный характер, а проценты, получаемые, по сберегательной книжке были весьма незначительными<sup>814</sup>.

Между тем, в 1900 году обстановка на российском Дальнем Востоке продолжала оставаться сложной, по-прежнему в крае сохранялся дефицит медицинских учреждений и квалифицированного персонала. Общины сестер милосердия с лечебницами, отчасти ее решавшие, действовали только в Хабаровске и Благовещенске<sup>815</sup>.

Военные действия России 1900 г. на территории Маньчжурии ускорили решение этой серьезной проблемы. В подвижных военных госпиталях могли работать только члены Общины сестер милосердия, которых в Забайкальской области пока не было. Поэтому даже в Читинский лазарет были доставлены шесть сестер милосердия из Петербурга. Эти обстоятельства и заставили Забайкальское местное управление РОКК на заседании 12 сентября 1900 г. обратить внимание на необходимость учреждения в Чите Общины сестер милосердия с амбулаторией.

«В лечебных учреждениях области не имеется надлежащего ухода за больными, т. к. мужской персонал не всегда пригоден для этого, сестер же милосердия в области нет», — писали в Главное управление Российского Общества Красного Креста участники этого заседания и просили о субсидии в 3800 рублей единовременно и такую же сумму ежегодно для открытия и содержания Общины сестер милосердия с амбулаторией и лечебницей<sup>816</sup>.

К 1900 г. Читинское отделение Российского Общества Красного Креста смогло собрать только 2459 рублей, в т. ч. свыше 1500 рублей поступило от благотворительных спектаклей и публичных лекций читинских врачей. Еще до

---

<sup>814</sup> Скажутин Д.В. 115 лет со дня открытия Забайкальской общины сестер милосердия Красного Креста (1901 г.) / Д.В. Скажутин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2016. — С. 88.

<sup>815</sup> Романова В.В. Деятельность Красного Креста в Приамурском генерал-губернаторстве в конце XIX-начале XX в. / В.В. Романова // История медицины. — Москва, 2015. — Т. 2. — № 2. — С. 245.

<sup>816</sup> Фадеева А.П. 125 лет со дня рождения РОКК / А.П. Фадеева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1992 г. — Чита, 1992. — С. 29.

официального открытия Общины в июле 1900 года Читинское местное управление РОКК сообщало как в Хабаровское окружное управление, так и в Санкт-Петербург, об имеющихся десяти добровольных сестрах милосердия, которые могли оказать посильную помощь больным и раненым участникам китайских событий (боксерское восстание в Китае против колонизаторов). Но, тогда был получен отказ.

В военные госпитали предписывалось назначать исключительно сестер, принадлежавших Общинам. Данное предписание было официально зафиксировано в циркуляре РОКК № 275 от 1 августа 1900 года, который на тот момент являлся основным регламентирующим актом по организации отправки санитарного персонала. Основной причиной такой жесткой политики являлось, то, что добровольные сестры попросту могли скомпрометировать себя и таким образом весь зарождающийся институт сестринского дела и подорвать доверие к нему.

Для организации оказания помощи больным и раненым Главное управление РОКК административно поделило зону военных действий с прилегающими территориями на районы. В каждый район был назначен уполномоченный.

В Забайкалье им стал главный врач Крестовоздвиженской общины сестер милосердия города Санкт-Петербурга – Владимир Павлович Раев, который, прибыл в Читу 14 августа 1900 года. Приехавший с ним отряд состоял из 7 врачей, 48 сестер милосердия (24 крестовоздвиженских, 6 томских, 6 красноярских, 12 московских), 4 санитаров и 1 артельщика, позже был усилен еще 6 лекарскими помощниками. 12 сентября 1900 года в ходе заседания Читинского местного управления Российского общества Красного Креста, было подготовлено ходатайство на имя Е.М. Ольденбургской об основании в Чите общины сестер милосердия<sup>817</sup>.

---

<sup>817</sup> Скажути́н Д.В. 115 лет со дня открытия Забайкальской общины сестер милосердия Красного Креста (1901 г.) / Д.В. Скажути́н // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2016. — С. 89-90.

В январе 1901 г. разрешение на устройство Общины было получено, выделены необходимые финансовые средства. Главное управление Российского Общества Красного Креста направило для ее устройства и содержания в 1901 г. 5000 рублей, по распоряжению императрицы Александры Федоровны — еще 5652 рубля. Для обеспечения будущих потребностей сама императрица пожертвовала Читинской общине сестер милосердия 2000 рублей. Средства пошли на ремонт дома при Читинском женском монастыре, приобретение медицинского оборудования и инструментов для амбулатории, медикаментов для аптеки, книг и наглядных пособий для обучения сестер милосердия, а также на их одежду и питание<sup>818</sup>.

В начальный период из-за ограниченности средств Община сестер милосердия могла принять для обучения не больше пяти женщин, решивших избрать эту очень нелегкую профессию. Устав Общины предъявлял к сестрам милосердия очень строгие требования. «Сестра милосердия должна быть, прежде всего, лицом, умело ухаживающим за больным, своим умелым и нежным уходом, способствующим правильному действию предписанного врачом режима. Она способствует своей выдержкой, своим мягким к больному отношением прежде всего нравственному его успокоению, она во всем помогает больному, следя за всей окружающей его обстановкой и не брезгая даже черной работой. Присвоение звания сестры милосердия Российского Общества Красного Креста может быть дано лишь по убеждению Совета в полной санитарной и нравственной подготовке испытуемой к предстоящему ей трудному делу. Служение сестры безвозмездно. Бескорыстие должно быть первым условием ее христианского призвания. Сестры не имеют права принимать какое-либо вознаграждение или подарки от посторонних учреждений или лиц. Учреждения и лица, пользующиеся услугами сестер, обязаны вносить в кассу Общины установленное вознаграждение за их труд, не передавая его сестре.

---

<sup>818</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1996 г. — Чита, 1996. — С. 29-31.



В случае неблаговидного поступка сестры она удаляется из Общины и не имеет права носить форму сестры и красный крест...»<sup>819</sup>.

Медицинские сестры жили в общежитии на полном обеспечении Общины, получая очень скромное жалованье. Но, при этом многие женщины пишут заявление Забайкальскому Областному инспектору о принятии их на должность сестры милосердия. Так обращается дочь читинского мещанина Екатерина Лубникова: «Имею честь покорнейше просить распоряжения вашего высокородия о зачислении меня сестрой милосердия г. Читы. 14 июня 1900 г.»<sup>820</sup>.

Обучение велось по программе подготовительного курса сестер милосердия, утвержденной 8 октября 1896 года Главным управлением РОКК. Годовой курс, установленный циркуляром РОКК №18 от 1 октября 1896 года, состоял из 7 блоков: 1) Анатомия и физиология. 2) Терапевтический блок. 3) Раздел, посвященный гигиене и диететике. 4) Практические сестринские навыки по уходу и наблюдению за пациентами. 5) Обучение дезинфекционно-стерилизационным работам и подготовки материалов и предметов для операций и перевязок. 6) Фармакологический раздел – изучались лекарственные препараты, механизм их действия, обучение навыкам приготовления мазей, отваров, пилюль, горчичников. 7) Хозяйственный раздел предполагал обучение швейными мастерству и приготовлению питания для больных<sup>821</sup>.

Теоретические занятия с ученицами проводил врач К.Д. Кольчевский, практические навыки сестры милосердия сначала получали в Читинском военном лазарете, где ежедневно проводили дежурства.

Но, постепенно увеличивалось количество приходящих в амбулаторию больных и сестры милосердия вместе с врачом непосредственно участвовали в приеме больных и на практике осваивали хирургические перевязки, основные

<sup>819</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 255.

<sup>820</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 370. — Л. 6.

<sup>821</sup> Скажути Д.В. 115 лет со дня открытия Забайкальской общины сестер милосердия Красного Креста (1901 г.) / Д.В. Скажути // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2016. — С. 93-94.

терапевтические процедуры, выписку рецептов. Объем работы и нагрузка на медицинский персонал постепенно увеличивались в связи с постепенным ростом обращаемости населения.

Таким образом, в течение первого года обучения сестры милосердия Общины получали все необходимые для практической работы специальные знания и успешно выдерживали экзамены на звание сестры милосердия. С апреля 1902 г. сестры вместе с воспитанницами повивальной школы стали проводить в амбулатории Общины бесплатную предохранительную прививку против натуральной оспы.

Открытие Общины сестер милосердия в Чите состоялось 3 апреля 1901 года при женском монастыре, но первых больных смогли принять только 9 июня. В штате состояло 3 врача, 5 сестер милосердия, 3 ученицы, 1 санитар<sup>822</sup>. По утрам амбулаторный прием врачи вели три раза в неделю. За посещение амбулатории плата не взималась и лекарства из аптеки выдавались бесплатно. Увеличивался поток принимаемых больных. За первые семь месяцев 1901 г. больные посетили амбулаторию 1635 раз, в 1902 г. уже было более 5 тыс. посещений. Таким образом, доступность медицинской помощи для населения становится более осязаемой и реальной.

Если с оборудованием амбулатории и обучением сестер дела Общины обстояли вполне благополучно, то размеры занимаемого помещения удовлетворить не могли. Одна комната, которая служила и приемной, и аптекой, не могла вместить всех больных. Приходилось отказывать в помощи хирургическим больным из-за отсутствия отдельной операционной палаты.

В связи с этим в 1902 г. Читинское управление Российского Общества Красного Креста и комитет Общины обратились в Читинскую городскую Думу с просьбой об отводе земли для строительства удобного помещения. Городская Дума отклонила

---

<sup>822</sup> Фадеева А.П. 110 лет со дня организации Читинского управления Российского общества Красного Креста (1894 г.) / А.П. Фадеева, Ю.А. Черепанов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 г. — Чита, 2004. — С. 68.

эту просьбу как преждевременную. Но, русско-японская война 1904—1905 гг. вновь ускорила решение этой проблемы.

В мае 1904 г. Главное управление Российского Общества Красного Креста предложило деньги на постройку лазарета для раненых воинов с условием, что после окончания войны эти здания останутся в распоряжении Общины сестер милосердия. Читинская городская Дума выделила для постройки лазарета на 15 коек участок земли в 2 тыс. квадратных сажень по Большой улице рядом с городской больницей<sup>823</sup>. Условия военного времени осложнили строительные работы, и приемка здания состоялась уже после окончания войны 3 декабря 1906 г. Лазарет функционировал на 15 коек, в нем работали врачи: Я.М. Шольц, А.Л. Цейтлин<sup>824</sup>. Но, уже в августе 1907 г. возник вопрос о необходимости строительства второго здания и переселения в него амбулатории и общежития сестер милосердия.

Между тем поток больных продолжал увеличиваться. В 1908 г. в амбулатории было принято уже 6038 человек. Неимущие также получали помощь бесплатно, остальные платили за медицинскую консультацию, лекарства, перевязочные материалы не более 20 коп. в специально поставленную в амбулатории кружку. Примечательно, что бесплатную медицинскую помощь могли получать как жители Читы, так и близлежащих сельских населенных пунктов. Сравнительно большая смертность объяснялась тем, что больница Общины принимала даже самых безнадежных больных, от которых отказалась Читинская городская больница.

Стараниями читинского купца Д.Ф. Игнатьева новое деревянное здание Общины было построено довольно быстро, к 1909 г. лечебница расширилась с 15 до 40 коек (хирургическое и терапевтическое отделения), за счет города выделено две койки для рожениц.

С мая 1912 г. по просьбе Забайкальского отдела Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом жители Читы и окрестностей, больные туберкулезом, получили

---

<sup>823</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1996 г. — Чита, 1996. — С. 32.

<sup>824</sup> Фадеева А.П. 110 лет со дня организации Читинского управления Российского общества Красного Креста (1894 г.) / А.П. Фадеева, Ю.А. Черепанов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 г. — Чита, 2004. — С. 68.

возможность бесплатно лечиться в амбулатории Общины. Община существовала на частные пожертвования, различные сборы в пользу Общины от устройства вечеров и гуляний. Читинский военный полугоспиталь платил за работу командированных медицинских сестер. Небольшие суммы давал кружечный сбор в амбулатории, но самый большой доход давала плата за пролеченных больных в лечебнице Общины: в 1908 г. она составила 12 772 рубля.

28 марта 1906 г. начал функционировать первый и единственный в Забайкальской области рентгеновский кабинет в городе Чите, приобретенный на средства Красного Креста<sup>825</sup>. Из-за отсутствия в помещении Общины специальной комнаты рентгеновский кабинет на первых порах помещался в Читинском ремесленном училище, имевшем электростанцию<sup>826</sup>.

В первый год рентген-кабинет Общины работал ежедневно по два часа, обслуживал больных не только по направлению врачей Общины, но и других лечебных учреждений, частнопрактикующих врачей. Производились рентгеноскопические и рентгенографические исследования, лечение терапевтических больных. В 1908 г. было проведено 81 обследование, из них 10 – бесплатно.

Таким образом, в Забайкалье применялись последние достижения мировой медицинской науки. Этот факт свидетельствует о возраставшем научно-лечебном потенциале местных врачей. Все это стало возможным только в период социально-экономического и культурного развития Забайкальской области начала XX столетия. Необходимо отметить, что в 1896-1898 годах рентгеновские кабинеты, оснащенные аппаратами импортного производства, появились в России в крупных клиниках<sup>827</sup>.

---

<sup>825</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — 2014. — С. 256.

<sup>826</sup> Фадеева А.П. 110 лет со дня организации Читинского управления Российского общества Красного Креста (1894 г.) / А.П. Фадеева, Ю.А. Черепанов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 г. — Чита, 2004. — С. 69.

<sup>827</sup> Глянцев С.П. Рождение рентгенологии как врачебной специальности / С.П. Глянцев // Материалы международного симпозиума. Актуальные вопросы истории медицины и

С Общиной сестер милосердия Российского Общества Красного Креста связана деятельность многих известных читинских врачей. Одна из них — Прасковья Ивановна Макарова-Соболева — одна из первых в Забайкалье женщин-врачей<sup>828</sup>.

В марте 1912 г. главным врачом Общины был назначен переведенный из Верхнеудинского лазарета Красного Креста врач-хирург Август Генрихович Легер. Опытный хирург, он оставил в Верхнеудинске благодарную память, были даже предложения назвать его именем одну из улиц города. Как и П.И. Макарова-Соболева, он стал не только руководителем лечебницы, преподавателем для медицинских сестер, оперирующим хирургом, но и деятельным членом Забайкальского Общества врачей. 18 февраля 1913 г. военный губернатор Забайкальской области Кияшко издал приказ об образцовом содержании Читинской общины сестер милосердия.

В январе 1914 г. А.Г. Легера избрали заместителем председателя Забайкальского Общества врачей, он не раз выступал с сообщениями по различным вопросам хирургии. С началом 1-й мировой войны многие врачи были мобилизованы в действующую армию<sup>829</sup>. В 1914 году старший врач лазарета хирург А.Г. Легер вместе с Общиной сестер милосердия ушел на фронт первой мировой войны<sup>830</sup>.

В 1916 г. В Читинский лазарет РОКК перевели из Верхнеудинского лазарета РОКК опытного хирурга Александра Ивановича Христова (1871-1920). Выпускник медицинского факультета Московского университета (1897), он проработал около десяти лет хирургом в Одесской городской больнице и столько же городским врачом Троицкосавска и Верхнеудинска, консультантом лазарета Красного Креста<sup>831</sup>. В 1914 г. за заслуги по Обществу Красного Креста был награжден орденом Святого Станислава. С великим сожалением восприняло

---

здравоохранения. Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко — Москва, 2014. — С. 54.

<sup>828</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) — Новосибирск, 2011. — С. 276.

<sup>829</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение. // Избранные труды исследователей Забайкалья. — Чита, 2014. — С. 257.

<sup>830</sup> ГАРБ. —Ф. 1778. — Оп. 1. —Д. 31. —Л. 51 об.

<sup>831</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 508.

Верхнеудинское местное управление Российского Общества Красного Креста сообщение о переводе А.И. Христова в Читу, ведь его деятельность как эффективного специалиста была крайне необходимой.

Местная власть Забайкальской области всемерно укрепляла квалифицированными медицинскими кадрами областной центр, город Чита. На наш взгляд, это четко прослеживается в начале XX века и было связано с организацией медицинской службы в Чите на более высоком уровне, что впоследствии и произошло. Итак, в 1917 г. А.И. Христов переехал в Читу. Работал в больнице ст. Чита-1 и старшим врачом лазарета Красного Креста, возглавлял Забайкальское Общество врачей. В апреле 1920 г. его командировали в Харбин сопровождать вагон с сыпнотифозными семеновцами. В этом военно-санитарном вагоне Александр Иванович заразился сыпным тифом и умер в железнодорожной больнице ст. Маньчжурия 29 апреля 1920 г.

Только благодаря некрологу в газете «Забайкальская новь» за 9 апреля 1919 г. стала известна судьба выпускницы самой первой группы сестер милосердия (1901г.) Валентины Петровны Павлуцкой<sup>832</sup>. Вместе с четырьмя другими воспитанницами Общины она с 1904 г. до конца Русско-японской войны находилась на передовой, за что была награждена четырьмя нагрудными медалями. В 1914-1918 гг. участвовала в боевых действиях на Кавказском фронте. В апреле 1918 г. вернулась в Читу с тремя Георгиевскими крестами и продолжила работу в Читинской городской больнице. Ухаживала за тифозными больными, но сама заразилась брюшным и сыпным тифом и 7 апреля 1919 г. скончалась.

Верхнеудинская община сестер милосердия Российского общества Красного Креста учреждена в 1907 г., второй в Забайкальской области. Окончательное же устройство по нормальному уставу Община получила в 1909 году, когда был составлен и открыл свои действия Комитет общин<sup>833</sup>. На одной усадьбе с лазаретом Красного Креста находилась Община сестер милосердия, сестры

<sup>832</sup> Цейтлин А. Л. Памяти сестры милосердия В.П. Павлуцкой // Забайкальская новь. — 1919. — 9 апреля.

<sup>833</sup> ГАРБ. — Ф. 101. — Оп. 1. — Д. 7. — Л. 18.

которой были прикомандированы к лазарету и непосредственно работали в нем. Из отчета лазарета за 1911 год о расходовании денег на содержание видно, что в лазарете также работали служащие, прислуга; функционировал свой гужевой транспорт<sup>834</sup>. В 1911 году при лазарете открылись курсы сестер милосердия<sup>835, 836</sup>. 1 августа 1911 года установлены по проекту врачей Общины следующие правила для поступающих на бесплатные курсы слушательниц:

- 1) Цель курсов, подготовка опытных сестер милосердия для ухода за больными и ранеными в военное время.
- 2) На курсы принимаются признанные Главным врачом Общины вполне здоровыми и работоспособными девицы, вдовы, замужние женщины всех вероисповеданий в возрасте от 17 до 40 лет с образовательным цензом в объеме 5-6 классов гимназии.
- 3) Курс учения продолжается один год.
- 4) Начало обучения 1 сентября.
- 5) Число принимаемых должно быть не менее 10 и не более 25.
- 6) Обучение сестер волонтерок ведется согласно программы, установленной Главным управлением Красного Креста для сестер общины, и делится на теоретическую часть, состоящую в изложении врачами сведений и на практическую часть – уход за больными и на исполнение всех работ с ним связанных.
- 7) Преподавание ведется врачами Верхнеудинского лазарета Красного Креста, а также и приглашенными для этой цели посторонними врачами.
- 8) Слушательницам вменяется в обязанность регулярное посещение всех теоретических и практических занятий, во все дни недели, за исключением праздников.
- 9) Пропуск занятий допускается только по уважительным причинам и с ведома Главного врача.

<sup>834</sup> ГАРБ. —Ф. 101. —Оп. 1.—Д. 6. — Л. 22.

<sup>835</sup> ГАРБ. — Ф. 101. — Оп. 1.— Д. 6. — Л. 24.

<sup>836</sup> ГАРБ. — Ф. 101. —Оп. 1.— Д. 7. — Л. 8-21.

- 10) Лица, манкирующие более 30 дней, исключаются из числа слушательниц.
- 11) В стенах лазарета слушательницы подчиняются всем правилам внутреннего порядка вообще.
- 12) Слушательницы, все приходящие являются на занятия в установленной для них форме: короткое ситцевое платье, белый халат и белая косынка на голове.
- 13) Слушательницы допускаются к практическим занятиям с самого начала учения. Они присутствуют поочередно при амбулаторном приеме, группами при операциях и перевязках, при обходе врачами палатных больных, помогают врачам и сестрам, исполняя под руководством их вначале лишь простейшие работы; по мере приобретения ими знаний и опытности им поручается более самостоятельная работа.
- 14) В конце учебного года слушательницы подвергаются экзамену по теории и практике. Оказавшие удовлетворительные познания получают звание запасных сестер милосердия – волонтерок и в случае войны приобретают право поступить на службу в отрядах Красного Креста в первую очередь<sup>837</sup>.

3 августа было сделано представление в Главное управление о разрешении открыть курсы и об ассигновании на расходы по преподаванию и по приобретению необходимых руководств в 1911 году – 500 руб., а 8 сентября получено уведомление Главного управления о том, что ходатайство Попечительного Совета удовлетворено. Местное Верхнеудинское управление оказывало всяческую поддержку в этом деле.

Итак, открытие курсов состоялось 15 сентября 1911 года. Всего на курсы записалось 15 слушательниц. В мае 1912 года состоялся первый выпуск запасных сестер Красного Креста военного времени<sup>838</sup>. Такие же курсы существовали при Троицкосавском комитете общины сестер милосердия и 24 января 1913 года было выпущено 10 запасных сестер.

<sup>837</sup> ГАРБ. – Ф. 101. – Оп. 1. – Д. 7. – Л. 8-9.

<sup>838</sup> ГАРБ. – Ф. 101. – Оп. 1. – Д. 7. – Л. 48.



Одна из таких запасных сестер милосердия, Мария Васильевна Шишменцева<sup>839</sup>. Родилась 26 января 1896 года в Амурской области. Окончила Троицкосавскую женскую гимназию<sup>840</sup>. 18 июня 1914 года перешла на службу в Верхнеудинскую общину сестер милосердия. Работала в лазарете в должности операционной сестры. Во время Первой мировой войны работала в полевом запасном госпитале №431. Приказом по войскам 2-й армии Северо-Западного фронта от 26 января 1915 года за № 27 М.В. Шишменцева была награждена Георгиевской медалью 4-й степени за № 47947. С 14 мая 1917 года работает в санитарном поезде № 151. В 1920 году вернулась в Верхнеудинский местный военно-хирургический лазарет Красного Креста на должность хирургической медицинской сестры.

Таким образом, в городах Чите и Верхнеудинске на базе военных лазаретов впервые в Забайкалье были организованы местные Общины сестер милосердия РОКК. Читинская Община сестер милосердия была учреждена в Забайкальской области в 1901 году первой. Верхнеудинская община сестер милосердия была последовательно учреждена в 1907 году, и стала второй в регионе.

Основной целью всесторонней подготовки сестер милосердия Российского Общества Красного Креста стало обеспечение квалифицированного медицинского ухода и лечебной помощи больным и раненым военнослужащим. В условиях неспокойной геополитической ситуации в мире, возникновением частых военных конфликтов, эпидемий инфекционных заболеваний, в военных госпиталях могли служить только члены Общины сестер милосердия. Отбор на должность сестры милосердия был очень жестким по уровню образования и высоким нравственным критериям. Забайкальские Общины сестер милосердия функционировали на государственно-благотворительные средства, при этом медицинская помощь оказывалась и гражданскому населению, в том числе хирургическая на бесплатной основе.

---

<sup>839</sup> ГАРБ. — Ф. 101. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 38.

<sup>840</sup> ГАРБ. — Ф. 101. — Оп. 1. — Д. 32. — Л. 1-2.

В рамках Читинской общины впервые в Забайкалье (1906г.) был успешно внедрен в лечебно-диагностический процесс рентгеновский аппарат. Получила развитие специализированная медицинская помощь, проводилось имевшее актуальное значение оспопрививание.

Учитывая сохраняющийся дефицит квалифицированных медицинских кадров, неразвитую сеть гражданских больниц, лечебные учреждения Забайкальского местного управления Российского общества Красного Креста, а также Читинская и Верхнеудинская Общины сестер милосердия внесли существенный вклад для повышения доступности медицинской помощи не только воинским чинам, но и всему населению Забайкальской области.

#### **4.3. Создание Читинского и Верхнеудинского лазаретов Красного Креста**

Начало русско-японской войны вызвало подъем патриотических настроений в стране. Повсеместно развернулась благотворительная деятельность, осуществлявшаяся, главным образом, через Российский Красный Крест. Несмотря на многие трудности, организация оказала неоценимую поддержку нашим воинам<sup>841</sup>. С целью оказания стационарной медицинской помощи открывались лазареты Красного Креста.

Таким образом, лазарет Забайкальского местного управления Российского общества Красного Креста в городе Чите был открыт по инициативе группы читинских врачей. Сестрами милосердия были приглашены три местные жительницы, предварительно прослушавшие краткие курсы при Забайкальской общине.

Лазарет начал функционировать с середины сентября 1904 года, сначала он размещался в частном съемном доме и был рассчитан на 15 мест. Нехватка коек была быстро ликвидирована. По инициативе Главуполномоченного РОКК князя Щербатова, из местного склада общества лазарету было выделено снаряжение на оборудование дополнительно 100 коек.

---

<sup>841</sup> Романова В.В. Деятельность Красного Креста в Приамурском генерал-губернаторстве в конце XIX-начале XX в. / В.В. Романова // История медицины. — Москва, 2015. — Т. 2. — № 2. — С. 246.

В качестве нового здания Читинским гарнизоном был предоставлен дом офицерского собрания. К январю 1905 года лазарет развернулся на 150 коек для нижних военных чинов. В течение 2 месяцев функционировало офицерское отделение, размещенное в отдельном здании и рассчитанное на 15 коек, однако эти койки были не востребованы. Общее количество сестер было увеличено до 9, из них одна действительно сестра милосердия Забайкальской общины, 1 испытываемая и 7 волонтерок – из местных жительниц.

Лазарет практически содержался за счет средств Забайкальского местного управления, суммы субсидий от Исполнительной комиссии Главного управления РОКК не превышали 1500 рублей в месяц. Четверть коек содержалась на средства жертвователей, активно поступали и пожертвования вещами. Деятельное участие принимали не только жители Читы, но, и крестьяне отдаленных волостей. Благотворительную помощь оказывали различные ведомства и учреждения Забайкальской области. Поэтому лазарет принимал на лечение в амбулатории и в стационаре также гражданское население.

Здание офицерского собрания, в котором располагался лазарет, было устроено в виде буквы «П» и самую длинную его фронтальную часть занимали палаты. В боковых частях здания размещались с одной стороны прислуга, с другой кухня и подсобные помещения. В палатах первого этажа размещали тяжелобольных, в том числе и хирургического профиля. Там же находилась и операционная. На втором этаже во фронтальной части размещались палаты, а по бокам с одной стороны – помещение сестер и аптека, с другой – две палаты, перевязочная, ванная комната и туалет. Большим плюсом было то, что лазарет располагался в 150-200 метрах от железнодорожного вокзала<sup>842</sup>. По первому телефонному звонку прибывала сестра милосердия с группой санитаров с носилками для снятия тяжелобольных с поезда. Так, в зиму 1904-1905 гг. лазарет снимал с поездов

---

<sup>842</sup> Скажути Д.В. Май-150 лет Российскому Обществу Красного Креста (1867 г.) / Д.В. Скажути // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. —Чита, 2017. — С. 105-107.

тяжелобольных почти каждую ночь. Питание больных было высококалорийным и разнообразным.

К 15 ноября лазарет прекратил прием больных и раненых, а к 5 декабря оставшиеся больные были переведены в другие учреждения, либо выписаны. За время своей деятельности Читинский лазарет Красного Креста принял более 3500 военнослужащих, нуждавшихся в медицинской помощи и более 70 гражданских лиц. За это время было проведено 619 различных операций.

Читинский лазарет Красного Креста, организованный врачами на добровольной основе и работавший в основном за счет благотворительной помощи населения и учреждений Забайкальской области обеспечивал квалифицированной медицинской помощью всех поступавших раненых и больных военных чинов, но и при этом была создана амбулаторная и стационарная медицинская помощь и местным жителям.

Верхнеудинский (Улан-Удэ) лазарет Российского общества Красного Креста открылся в городе Верхнеудинске также в 1904 году. Вначале лазарет Ее императорского Величества государыни императрицы Александры Федоровны был организован для нервных больных и раненых воинов<sup>843</sup>.

23 марта 1906 года лазарет передан в распоряжение Верхнеудинского местного комитета Российского общества Красного Креста. Имеется ведомость за № 59 по мягкому инвентарю лазарета Государыни Императрицы Александры Федоровны для нервных больных и раненых воинов передаваемого при расформировании лазарета Верхнеудинскому местному комитету Красного Креста согласно воли Ее императорского величества. «Первая группа. Офицерские вещи. Вторая группа. Солдатские вещи. Приняли и подписались. Старший врач надворный советник, смотритель подпоручик. 23 марта 1906 г. Город Верхнеудинск. Означенное имущество приняли: Председатель Верхнеудинского местного комитета Уполномоченный Российского общества Красного Креста. Старший врач лазарета местного комитета А.Г. Легер. Заведующий хозяйством лазарета»<sup>844</sup>.

<sup>843</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д.2. — Л. 103.

<sup>844</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д.1. — Л. 14.

С 1905 года лечебным учреждением заведовал военный хирург Август Генрихович Легер<sup>845</sup>. Также по ведомости № 530 было передано оборудование и твердый инвентарь лазарета: кровати, столы, стулья, медицинская аппаратура и инструментарий<sup>846</sup>. По результатам проведенной передачи лечебного заведения официальное название лазарета изменилось на «Лазарет Верхнеудинского комитета Красного Креста».

Таким образом, лазарет теперь непосредственно подчинялся Верхнеудинскому местному комитету Красного Креста. 27 декабря 1908 года возник пожар и здание лазарета сгорело дотла, также огнем были уничтожены и документы лазарета<sup>847</sup>. Представляет интерес протокол о пожаре в здании лазарета<sup>848</sup>. В документе указывалось, что лазарет был построен крестообразно, размером 120 кв. саженей – 546 кв. метров.

В лазарете функционировал стационар на 55 коек, амбулаторная приемная, кабинет, лаборатория. После пожара лазарет переселился в здание Народного Дома в 1908 году<sup>849</sup>. Во главе лазарета продолжал оставаться военный хирург А.Г. Легер<sup>850, 851</sup>. Кроме главного врача медицинским обслуживанием больных занимался старший ординатор<sup>852</sup>. Но, квалифицированных медицинских работников не хватало, и главный врач пишет письмо коллеге К.И. Легкову, с просьбой, чтобы он приехал для работы в лазарете.

Таким образом, опытный врач К.И. Легков, прошедший горнило войны с 1907 года организует медицинскую службу в Верхнеудинске. Его подробная биография представлена нами в приложении 6 диссертации (С. 466).

Верхнеудинский лазарет Красного Креста оказывал медицинскую помощь не только солдатам ВосточноСибирского стрелкового полка, их женам, горожанам, крестьянам, но и «населению громадного округа, не имеющего своих лечебных

<sup>845</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 1. — Л. 2.

<sup>846</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д.1. — Л. 16.

<sup>847</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 82.

<sup>848</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 80-80 об.

<sup>849</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 70.

<sup>850</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 2. — Л. 117.

<sup>851</sup> ГАРБ. — Ф.1778. — Оп.1. — Д. 31. — Л. 41.

<sup>852</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 3. — Л. 80.

заведений»<sup>853</sup>. Местное коренное население, безусловно, могло обратиться за медицинской помощью. Но, лечение было платным, о чем свидетельствует переписка лазарета, хотя и были формально предусмотрены бесплатные койки<sup>854</sup>. Большинство документов рассматриваемого фонда представлены перепиской с различными организациями по оплате за лечение больных в лазарете, о поставке аптечных товаров и по другим административным и хозяйственно-финансовым вопросам. Почти в каждом деле имеются финансовые документы: счета и накладные.

Так, стационарным больным была установлена плата 1 рубль 50 копеек в сутки. Безусловно, довольно высокая плата по тем временам. Один килограмм мяса стоил 46,39 копеек. Следует заметить, что больные при поступлении на лечение в лазарет давали подписку о том, что будут оплачивать лечение. «Я обязуюсь оплатить за лечение и содержание в лазарете. Если я не оплачу, то оплату будет решать мировой судья»<sup>855</sup>. Но, при этом плата за проведенное обследование и лечение вовремя не производилась или же совсем игнорировалась.

Это видно из донесения Господину Военному губернатору Забайкальской области по 1909-1910 годам. «Во вверенном мне лазарете 20 апреля 1907 года была доставлена ссыльная поселенка Окино-Ключевской волости Верхнеудинского уезда Прасковья Цырулева, страдавшая гемиплегией и старческим маразмом. Цырулева содержится в лазарете до сих пор, но платы за лечение и содержание ее пока никем не внесено. Находясь в очень затруднительном материальном положении, после пожара 27-го декабря минувшего года, Лазарет Ее величества просит распоряжения Вашего превосходительства об уплате за лечение и содержание Цырулевой из соответствующих источников. Всего сумма к оплате составила 842 руб. Подписи главного врача, делопроизводителя. 20 апреля 1909 года г. Верхнеудинск»<sup>856</sup>.

<sup>853</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 5. — Л. 38, 42, 73.

<sup>854</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 5. — Л. 73.

<sup>855</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 5. — Л. 16.

<sup>856</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 4. — Л.1.

Таким образом, за 2 года стационарного лечения с пациентки не было получено ни копейки, но при этом больная продолжает находиться в лазарете.

Приводим следующие документы подобного содержания: «Лазарет Красного Креста просит Баргузинское уездное по воинской повинности Присутствие, поспешить исполнением отношения Лазарета от 4 декабря, минувшего года за № 781 о высылке денег за лечение и содержание новобранцев Боксера и Козулина. За главного врача доктор К.И. Легков. 15 января 1909 г. Город Верхнеудинск»<sup>857</sup>.

«В Верхнеудинскую городскую управу. 29 января 1912 года № 40. Помещенный на излечение в Лазарет Красного Креста при отношении управы за № 81 служащий Михаил Николаевич Изгорьев по выздоровлении 28 сего января из Лазарета выписан. Господин Изгорьев состоял на излечение 26 суток с 2 по 28 января. За лечение и содержание его следует лазарету считать по 2 руб. в сутки, итого пятьдесят два руб. Сообщая о нем, Лазарет Красного Креста покорнейшее просит управу о внесении ему означенную сумму денег. Подпись Главный врач Легер. Верно: Делопроизводитель»<sup>858</sup>. И таких писем, и обращений было очень много. Следует отметить, что больные поступали в лазарет обязательно с направлением врача и с указанием адреса того учреждения, где работал пациент с обязательством об оплате за лечение. При выписке больного лазарет сообщал о сумме оплаты соответствующему учреждению.

В тот период в лазарете работали два врача: А.Г. Легер и К.И. Легков. Главный врач получал 2400 рублей в год, старший ординатор – 1800 рублей в год. Необходимо учитывать, что, это был оклад без пищевого и квартирного довольствия. Работали ежедневно с 9 часов 30 минут до 18 часов, а иногда и ночью<sup>859</sup>.

Главное управление Российского общества Красного Креста, рассмотрев на заседании 2 октября 1908 года приходно-расходные сметы на 1909 год по Верхнеудинской общине сестер милосердия и лазарету Красного Креста имени

<sup>857</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 4. — Л. 34.

<sup>858</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 7. — Л. 3.

<sup>859</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 3. — Л. 81.

Государыни императрицы Александры Федоровны, постановило «ассигновать Верхнеудинской общине сестер милосердия, на поддержание ее деятельности в 1909 году, 2000 руб. и Верхнеудинскому местному управлению на содержание лазарета имени Ее величества в течение 1909 года 6000 руб. Но, при этом строго указывается, что «...при рассмотрении сметы обращено внимание на то, что значительная часть средств уходит на содержание родильного отделения; в виду сего Главное управление считает, что устройство родильных и психиатрических отделений в больницах Красного Креста может быть допустимо, согласно § 63 Устава Общества лишь при условии полного обеспечения и содержания на специально имеющиеся для сего средства.

Поэтому, Главное управление Общества Красного Креста предлагает Верхнеудинскому управлению обратить внимание на безусловную необходимость увеличения доходов и уменьшения расходов по его лечебным заведениям, что может быть достигнуто за счет: 1) повышения платы, взимаемой со стационарных больных, 2) установлением платы за пользование амбулаторией с малоимущих, оставить бесплатное лечение только для совершенно бедных, 3) сокращение личного состава служащих и понижением по возможности размера жалованья, особенно старшим служащим, пользующимися преимуществом государственной службы. Подлинное подписал председатель Главного управления, старший секретарь Ж.М. Хилков. 20 октября 1908 г.»<sup>860</sup>.

Понимая необходимость лечебно-диагностической работы, лекарственного и технического обеспечения Верхнеудинского лазарета, местный комитет по инстанции обратился к своему руководству. Главное управление Российского общества Красного Креста 24 января 1907 года рассмотрев, ходатайство Верхнеудинского местного комитета о разрешении ему открыть аптеку с вольною продажей лекарств, постановило: «сообщить Верхнеудинскому местному комитету Российского общества Красного Креста, что препятствий к открытию

<sup>860</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 3. — Л. 84.



им в городе Верхнеудинске аптеки с вольной продажей лекарств со стороны Главного управления не встречается»<sup>861</sup>.

Согласно этому распоряжению в аптеку Верхнеудинского местного управления РОКК отправлялись по счетам лекарства, марля, вата из городов Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Иркутска. Так за февраль месяц 1907 года аптека получила медикаменты на сумму 420 рублей 94 коп. из города Томска<sup>862</sup>. Также 13 мая 1908 года поступили медикаменты и вата из города Москвы на сумму 114 руб. 98 коп.<sup>863</sup>. Из города Харбина аптека получила лекарства на сумму 36 рублей 49 коп.<sup>864</sup>. В 1909-1910 годах после пожара на средства Российского Красного Креста в Верхнеудинске было построено новое здание под местный лазарет на 100 коек.

Корпуса лазарета были кирпичными, спланированы согласно требованиям современной клиники, оборудованы водопроводом, промывными клозетами и ванными комнатами. Вода поступала из собственного колодца при помощи электрического насоса. В здании располагались рентгеновский кабинет, а также операционная и химико-бактериологическая лаборатория<sup>865</sup>. Это уже был оборудованный стационар, полностью соответствующий всем требованиям санитарно-гигиенических норм и который, уже имел все возможности для проведения полноценного лечебно-диагностического процесса.

Таким образом, в Забайкальской области в 1894 году было организовано Забайкальское местное управление Российского общества Красного Креста, с центром в городе Чита и наделенном руководящими функциями.

В 1904 году в основном на благотворительные средства и финансовую поддержку Российского общества Красного Креста были организованы Читинский и Верхнеудинский лазареты Красного Креста.

<sup>861</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 2. — Л. 28.

<sup>862</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 2. — Л. 25.

<sup>863</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 30.

<sup>864</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 54.

<sup>865</sup> ГАЗК. — Ф.Р-1144. — Оп.1. — Д.24. — Л. 3.

Помимо основных обязанностей, лазареты оказывали стационарную и амбулаторную медицинскую помощь гражданскому населению, включая и коренных жителей Забайкальской области.

Но, лечение оставалось платным, что сказывалось на доступности медицинской помощи, хотя для очень бедных людей предусматривалось бесплатное лечение. Постоянный дефицит финансовых средств вынуждал правительство идти на непопулярные меры. Это, прежде всего, выражалось в увеличении платы за лечение, сокращение медицинских штатов и урезание денежных окладов медицинского персонала.

Но, необходимо признать, что, планомерная деятельность медицинской общественности, функционирование лазаретов Забайкальского общества Красного Креста вносили свою существенную лепту в снижение общей, материнской и детской смертности.

#### **4.4. Деятельность бурятского лазарета № 245 в Санкт-Петербурге, первый врач-бурят лазарета Лыксок Жабэ**

Начавшаяся первая мировая война требовала все больше и больше экономических и человеческих ресурсов. Вся страна работала на военные нужды. И, безусловно, бурятское население не оказалось в стороне. Так, агинские буряты (Восточное Забайкалье) провели большие мероприятия по поддержке своих земляков. Булучные старосты быстро провели сбор средств для раненых и больных воинов, которые принимали участие в боевых действиях.

15 июня 1915 года состоялся Агинский инородческий волостной сход<sup>866</sup>. На нем обсудили вопрос об оказании помощи семьям крестьян и казаков, состоящих селений и посёлков, призванных в войска по мобилизации 1914 года. При этом сходу был доложен отчет о деятельности Бурятского лазарета в Петрограде на 1-е апреля 1915 года в расходовании финансовых средств на оборудование и открытие означенного лазарета для раненых и больных воинов российской армии.

---

<sup>866</sup> ГАРБ. — Ф. 129. — Оп. 1. — Д. 3969. — Л. 14-22.

Волостной сход постановил, организовать сбор добровольных пожертвований по подписным листам, приглашая население волости вносить на военные нужды и другие благие решения пожертвования деньгами или скотом и другими предметами по расчету не менее трех рублей с платежной души. Все булучные и сельские старосты подписались под постановлением.

31 июля 1915 года в городе Верхнеудинске (Улан-Удэ) состоялся съезд Общебурятского общества Забайкальской области и Иркутской губернии по организации помощи на нужды войны. На этот съезд был делегирован Таптанайский староста (Восточное Забайкалье), который привез деньги в сумме 50 рублей, выделенные Агинским инородческим волостным сходом для отправки в город Петроград для Бурятского лазарета № 245.

В связи с острой потребностью в рабочей силе буряты были привлечены и к тыловым работам. Так 25 июня 1916 года Николай II издал указ о реквизиции «инородцев» на тыловые работы в районы действующей армии. Мобилизация бурят началась сразу же после обнародования указа. «Мобилизованные буряты были отправлены на театр военных действий в Минскую губернию в сопровождении ламы Шойдока Рамдалова, который был назначен духовником и лекарем тибетской медицины. Переводчиком при ламе был утвержден помощник Агинского волостного старшины Раднацырен Аюров»<sup>867</sup>.

Так называемая «реквизиция инородцев» на тыловые военные работы 1916 года с достаточной яркостью показала, сколько бурят-монгольская народность не была приспособлена к закрытым военно-казарменным условиям жизни, и в итоге стала губительной для многих бурят-монголов. Из всех заболевших на западе в Архангельской и Вологодской губерниях и в Минских и Пинских болотах из бурят-монголов почти никто не возвратился на родину, ибо процент смертности доходил почти до 100<sup>868</sup>.

<sup>867</sup> Тумунов Ж.Т. Очерки из истории Агинских бурят / Ж.Т. Тумунов — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1988. — С. 67-68.

<sup>868</sup> Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. — С. 159-160.

По статье 2. воинскую повинность, т.е. действительную военную службу, бурят-монголы отбывают, в виду особого уклада их быта, в количестве 50% всех призываемых. По статье 4. взамен освобождаемых от воинской повинности 50%, подлежащих призыву бурят-монгол согласно ст. ст. 2 и 3 настоящего закона, установить специальный натуральный налог на нужды армии в следующем размере: одна лошадь кавалерийского типа и одна обывательская подвода с упряжью, взимаемые взамен каждого освобождаемого согласно ст. ст. 2 и 3 настоящего закона<sup>869</sup>.

Количество мобилизованных бурят по данным мобилизационного отдела штаба Иркутского военного округа составляло 20 878 человек, из них по Забайкальской области 11 817 человек и по Иркутской и Енисейской губерниям 9061 человек. Из числа принятых на сборных пунктах было отправлено на работу из Забайкальской области – 11 750 человек, из Иркутской и Енисейской губерний – 8725 человек. Всего 20 475 человек.

Из Забайкалья были отправлены на тыловые работы и Урульгинские православные эвенки. Одни из мобилизованных были направлены в Архангельск, другие - на окопные работы Северо-Западного фронта. Незначительная часть контингента распределена по разным предприятиям, работавшим на военные нужды. По особым правилам «О порядке использования инородцев по реквизиции» они были предоставлены в полное распоряжение администрации военных, гражданских учреждений, имевших право подвергать виновных «заключению в тюрьмы или крепость, или аресту на срок не выше трех месяцев или денежному взысканию».

Прибыв на место работы, буряты жили в холодных землянках, в товарных вагонах и наскоро построенных казармах. Питание состояло из 1,5 фунтов (0,454 кг.) черного хлеба, гречневой крупы и нескольких золотников (4,266 граммов) говяжьего или оленьего мяса. Те, которые имели деньги, питались на свои

---

<sup>869</sup> Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. – С. 163-165.

средства, но таковых были единицы. Большинство сидело на казенном пайке. В особенно тяжелом положении оказались батраки и бедняки: они не имели денег, были плохо одеты и обуты.

Их труд использовали по устройству оборонительных сооружений и военно-транспортных сообщений в районах действующей армии. Мобилизованные буряты, находившиеся в Архангельске, занимались прокладкой железнодорожной ветки по льду Белого моря для военных надобностей, заготовкой лесоматериала и на восстановлении порта, разрушенного взрывом военного склада.

Буряты, доставленные в район Северо-Западного фронта, выполняли работы по рытью и оборудованию окопов, прокладке грунтовых дорог, постройке железнодорожных веток и перевозке разных грузов. Условия работы были крайне тяжелыми, особенно для тех рабочих, которые находились в районе Архангельска. Многие были отправлены на работу, на берег Белого моря, за 70 верст от города. Здесь не было селений и негде было достать продовольствия. Нередко начальство опаздывало с доставкой продуктов в течение нескольких дней. В эти дни рабочие голодали. Инициаторов подачи жалоб изолировали от рабочих и ссылали в глушь леса, на лесозаготовки.

У них не было организованной медицинской помощи, к ним прикомандировывались несколько солдат, в обязанности которых входило обеспечение питанием и надзор за больными, а для умерших приготовить гробы. Восточносибирская администрация предоставляла десяткам лам право выехать на места тыловых работ. Лекари-ламы, несмотря на критическое отношение царских чиновников к тибетской медицине, считались вполне подходящими «врачами» для мобилизованных бурят.

Главным уполномоченным при «реквизированных» забайкальских бурятах был хамбо-лама Ч.А. Иролтуев, глава буддийского духовенства Восточной Сибири. Его миссия заключалась не только в сборе сведений об их положении, но также и в «успокоении» недовольных рабочих, занятых на тяжелых работах. Для этой цели применялись средства религиозного воздействия и обещания ходатайствовать об улучшении условий труда и материального положения «реквизированных».

В годы первой мировой войны было создано «Общепурятское общество», которое занималось сбором пожертвований на нужды войны. Организатором «Общепурятского общества» и его председателем был Даши-Доржи Итигэлов, занимавший пост бандидо хамбо ламы с 1911 по 1917 годы<sup>870,871</sup>. Средства собирали с населения главным образом путем раскладки на души мужского пола. Сбор средств производили отделы общества, организованные как среди бурят Иркутской губернии, так и Забайкальской области. Общее руководство на местах лежало на крестьянских начальниках. «Сборы пожертвований на нужды войны формально считались добровольными, но фактически они были принудительными»<sup>872</sup>. Пурятское духовенство всячески поддерживало своих земляков, оказавшихся вдали от родины.

Согласно Уставу Общества, целью его деятельности было оказание помощи больным и раненым воинам путем устройства лазарета, коек, полевых питательно-врачебных отрядов, эвакуационных поездов. Членами общества могли быть все правоспособные лица обоего пола, без различия вероисповедования, общества и учреждения. Общество состояло из почетных и действительных членов и членов соревнователей.

В своем докладе Пандито Хамбо лама Д-Д. Итигэлов, сделанном на общем собрании членов Общества 1-2 августа 1915 года, отмечал, что со всего бурятского населения за короткий срок было собрано 86 010 руб. 72 коп. В том числе: от 20 бурятских волостей Забайкальской области – 63 500 руб. 19 коп. И по 74 подписным листам, выданным ширетуй-ламам (настоятель дацана) и другим членам Комитета 7269 руб. 32 коп, а также от Агинского кредитного товарищества - 576 руб. 68 копеек и т. д. Из собранных средств было израсходовано всего 77 766 руб. 16 копеек. И в том числе предоставлено военному губернатору Забайкальской области на содержание бурятских коек на

<sup>870</sup> Бальжиев Б. Какой характер носят войны? — Газета. Буряад унэн, Улан-Удэ, 27 марта, 1998 г.

<sup>871</sup> ГАРБ. — Ф. 84. — Оп. 1. — Д. 475. — Л. 114.

<sup>872</sup> История Бурят-Монгольской АССР / И.Я. Златкин, П.П. Старицина — Улан-Удэ: Бурят-Монгольское книжное издательство, 1954. Т.1. — С. 465-473.

Кавказе, на помощь семьям призванных на войну низших чинов, содержание бурятского врачебно-питательного отряда. Также финансовые средства на содержание Петроградского Бурятского лазарета, отправлены в Главное управление общества Российского Красного Креста, в Сибирский Комитет для помощи раненым, в Комитет великой княжны Татьяны Николаевны и т. д.<sup>873</sup>.

В 1915 году городской бурятский лазарет № 245 находился в Санкт-Петербурге на улице Благовещенской дом 11 «б» и рассчитан на 30 коек<sup>874</sup>.

Врач Лыксок Жабэ по распределению был направлен в этот лазарет. 28 октября 1915 года он, работая в лазарете, подал прошение в Юрьевский университет о зачислении его в список экзаменуемых на звание лекаря в майской сессии 1916 года. Ведь Л.Ж. Жабе еще не имел диплом врача, а только выпускное свидетельство. В 1916 году получив диплом врача, он продолжил медицинскую деятельность в лазарете. Старшим врачом лазарета был назначен Ю.Д. Талько-Гринцевич, до этого отработавший в Троицкосавске (Кяхта) окружным врачом с 1898 по 1908 гг.

Агинские буряты способствовали направлению на работу в этот лазарет своего земляка Л. Жабэ. «Больными лазарета оказались его соотечественники, которые были мобилизованы на тыловые работы. Только за период с ноября 1915 года по июль 1916 года в лазарете на лечение находилось 113 воинов: 49 раненых, 7 контуженных, 57 больных<sup>875</sup>. Уже с осени 1916 года основным контингентом Петроградского бурятского лазарета № 245 становятся реквизируемые буряты.

Безусловно, тяжелые условия труда, смена климата стали вызывать массовые заболевания среди бурят со смертельными случаями. Бурятская общественность, прежде всего, ламы, забили тревогу и в начале 1917 года благодаря усилиям Пандито Хамбо ламы Д-Д. Итигэлова, Лхаромба Цанит хамбо Агвана Доржиева, Петроградский городской бурятский лазарет был перепрофилирован исключительно для госпитализации больных реквизируемых бурят,

<sup>873</sup> ГАРБ. — Ф. 84. — Оп. 1. — Д. 475. — Л. 47.

<sup>874</sup> Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. — С. 159-174.

<sup>875</sup> ГАРБ. — Ф. 84. — Оп. 1. — Д. 475. — Л. 48.

поступавших через изоляционные пункты Петроградских больниц и лазаретов. При этом количество коек лазарета было увеличено до 40.

Свою весомую лепту в нелегкой судьбе реквизированных бурят внес также Николай Ханхасаев. Он не был врачом, а исполнял обязанности директора лазарета в 1917 г.: «Заняв должность заведующего Петроградским лазаретом, я добился, несмотря на противодействие некоторых весьма влиятельных при старом режиме лиц, того, что наш лазарет стал обслуживать не воинских чинов, как это было до меня, а исключительно больных реквизированных бурят»<sup>876</sup>.

Так постановлением Петроградского городского комитета от 18 марта 1917 года лазарету была предоставлена самостоятельность и его попечителем становится Агван Доржиев. За период с января по июнь 1917 года через лазарет прошли 218 заболевших бурят, которые провели там 3087 койко-дней. Для сравнения: за тот же период 1916 года в лазарет поступило 100 больных, пробывших 2600 койко-дней. Летальных исходов было только 9. За первую половину 1917 года фактически израсходовано финансов на содержание лазарета на общую сумму 13 277 руб. Кроме средств Общебурятского общества, на счет лазарета поступали денежные пожертвования от разных лиц и учреждений.

За указанный период было внесено 1445 руб. 95 коп. Кроме того, поступило пожертвование вещами от леди Джорджини Бьюкенен, жены английского посла в России<sup>877</sup>. Но, несмотря на поступавшие различные суммы от Общебурятского общества и пожертвования физических и юридических лиц, финансовых средств на содержание лазарета постоянно не хватало. В связи с этим Агван Доржиев был вынужден обратиться к главному уполномоченному Всероссийского союза городов М.В. Челнокову с ходатайством о выдаче ежемесячной субсидии Бурятскому лазарету. Вопрос был решен положительно и с 22 апреля 1917 г. лазарет начал получать финансовую поддержку в виде ежемесячной субсидии в размере 628 руб. в месяц.

---

<sup>876</sup> ГАРБ. — Ф. 84. — Оп. 1. — Д. 475. — Л. 75.

<sup>877</sup> ГАРБ. — Ф. 84 — Оп. 1. — Д. 478. — Л. 114 об.



В 1917 году еще более активизируется деятельность буддийского духовенства, уполномоченных общественных комитетов по организации помощи реквизированным бурятам. Так 20 января 1917 года уполномоченные Н. Ханхасаев, Б. Барадин, Жигжитов направили телеграмму из Петрограда Пандито Хамбо ламе Д-Д. Итигэлову об организации в г. Минске инородческого комитета на средства комитета Всероссийского земского союза Западного фронта. Архангельскому комитету был выделен один миллион рублей на устройство больниц, жилищ, обслуживание реквизированных бурят<sup>878</sup>.

Благодаря совместным усилиям буддийского духовенства, российской и бурятской общественности был положительно решен вопрос об улучшении условий жизни реквизированных бурят. 5 мая 1917 года последовал долгожданный Указ Временного правительства о возвращении на родину бурят. 10 мая 1917 года уполномоченный Н. Ханхасаев отправил телеграмму из Петрограда в г. Читу на адрес Национального комитета о том, что Главнокомандующий российской армией увольняет «инородцев» с фронта и разрабатывается план отправки их в Забайкалье. «Общечурятское общество» прекратило свою деятельность в 1919 году и, лазарет №245 был закрыт.

Таким образом, бурятский лазарет № 245 организован во второй половине 1915 года в Санкт-Петербурге, на средства бурятского населения Забайкальской области и Иркутской губернии. Благодаря значительной дополнительной финансовой и материальной поддержке многих общественных организаций России и добровольных пожертвований отдельных лиц условия для лечебной помощи в этом лазарете были удовлетворительными.

Биография первого врача-бурята Восточного Забайкалья с европейским образованием, Лыксок Жабэ представлена нами в приложении 7 диссертации (С. 473).

---

<sup>878</sup> ГАРБ. — Ф. 32. — Оп. 1. — Д. 395. — Л. 78.

## ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ЗАРОЖДЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ И КОРЕННОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗАБАЙКАЛЬЯ СО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX В. И ДО НАЧАЛА 20-х ГГ. XX В.

### 5.1. Характеристика медицинской помощи сельскому и коренному населению Забайкалья

До появления земской медицины сельское население, составлявшее тогда в России свыше 90%, не имело организованной медицинской помощи<sup>879</sup>. Текущее состояние здравоохранения в Забайкальской области за 1860 год отражено в годовом отчете: «Врачей в области 24, работающих в разных ведомствах - 21, частнопрактикующих - 3. Из них в областном городе Чита - 4 врача. В окружных городах: в Верхнеудинске - 1, в Нерчинске нет. В Баргузинском округе - 1. При Туркинских минеральных водах нет. Всего - в гражданском ведомстве - 4 врача, в военном - 2, в казачьем - 11 и в Горном - 4. Повивальных бабок 7, из них в гражданском ведомстве - 5, горном - 1, отставных - 1<sup>880</sup>.

Медицинское дело Забайкалья во второй половине XIX века было разном ведомственное, представлено также и частной практикой. В 1860 году в городах Верхнеудинске и Нерчинске функционируют гражданские больницы, в первой 77 кроватей, во второй 22. Кроме того при Туркинских минеральных водах организована сельская больница на 20 кроватей<sup>881</sup>.

При этих больницах находятся аптеки, также в Чите работает казенная рецептурная аптека при военном полугоспитале, обслуживающая и гражданское население. Все аптеки снабжаются медицинской сетью Иркутского приказа общественного призрения. Кроме того, свои аптеки имеются в горных и казачьих ведомствах<sup>882</sup>.

В Забайкальской области в начале второй половины XIX века медицинское дело получило наибольшее развитие в Горном ведомстве, при золотых приисках,

<sup>879</sup> Мирский М.Б. Медицина России XI-XIX веков / М.Б. Мирский — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1996. — С. 302.

<sup>880</sup> ГАЗК. — Ф.1. — Оп.3 (вр). — Д. 34. — Л. 2.

<sup>881</sup> ГАЗК. — Ф.1. — Оп.3 (вр). — Д. 34. — Л. 8.

<sup>882</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп.3 (вр). — Д. 34. — Л. 10.

в Забайкальском казачьем войске и городах. Довольно крупная по тем временам гражданская больница по-прежнему функционировала в Верхнеудинске. Поэтому, городское население находилось в более выгодных условиях в плане медицинского обеспечения. Медицинская помощь для большинства населения оставалась малодоступной, хотя уже представлялась востребованной. Население Забайкальской области нуждалось в систематических лечебно-оздоровительных мероприятиях. Это хорошо видно в представленной таблице.

Таблица 13. Отчет по гражданским больницам за 1860 год<sup>883</sup>.

Лечебное учреждение	Поступило	Выздоровело	Умерло	Состоит
Нерчинская гражданская больница	59	55	3	1
Туркинская гражданская больница	60	45	6	9
Верхнеудинская гражданская больница	334	300	23	11
Психиатрическая больница	8	6	2	-
Больничные заведения Горного ведомства	12 841	12 105	316	420
Больничные заведения при частных золотых приисках	1486	1455	21	10
Итого	14 788	13 966	371	451
Частная практика	1302	1208	34	50
Всего	15 090	15 184	405	501

Смертность обратившихся за медицинской помощью в лечебные заведения не превышает 4%. Особенно загруженными представлены лечебницы горных и золотодобывающих приисков из-за тяжелых условий труда и быта работающего контингента. Становится востребованной и частная практика.

Через год ситуация особо не меняется, сохраняется дефицит кадров. В 1861 году в Забайкальской области работало 27 врачей, 6 лекарских учеников, 6 повивальных бабок<sup>884</sup>.

<sup>883</sup> ГАЗК. — Ф.1. — Оп.3 (вр). — Д. 34. — Л. 17.

<sup>884</sup> ГАЗК. — Ф.111. — Оп.1. — Д. 13. — Л. 2.

В 1865 году Иркутская губерния и Забайкальская область разделены на округа. Территория округов была большой, некоторые из них являлись густонаселенными. Так, по отчету Верхнеудинского окружного врача мы видим - «Население округа составляет 143 372 человека, а территория занимает 3000 верст»<sup>885</sup>. 15 июня 1865 года утверждено положение об окружных сельских врачах Восточной Сибири. «На первое время учреждение окружных сельских врачей распространяется только на губернии Иркутскую и Енисейскую и область Забайкальскую»<sup>886</sup>.

Из 9-го пункта этого положения: «В селениях, где по назначению местных врачебных управ, будут иметь постоянное место пребывания фельдшера учреждаются приемные покои на 4 или 5 кроватей и аптечки, по примеру существующих в казенных селениях Европейской России. Покои эти помещаются в особых свободных общественных зданиях и предназначаются преимущественно для подаяния первоначального пособия поселенцам, пораженным прилипчивыми болезнями, требующими принятия немедленных мер»<sup>887</sup>. В документе регламентировался оклад медицинского персонала, а также выделение земли для личного подсобного хозяйства.

Дореволюционное правительство страны во второй половине XIX века занимается организацией сельского здравоохранения, не исключая коренное население. Так из донесения помощника Селенгинского окружного сельского врача от декабря 1867 года: «По поводу предположения учредить в Кабанском (совр. Республика Бурятия) селении Ильинской волости сельской лечебной избы, которая по распоряжению земского начальства имеет быть содержима обществами крестьян Ильинской и Итанцинской волостей и инородцев ведомства Кударинской степной думы, которые с начала сего года стали обращаться с требованием медицинских пособий в случаях болезней. Инородцы всегда обращаются с официальным требованием»<sup>888</sup>. Значит крестьяне и отчасти

<sup>885</sup> ГАЗК. — Ф.1. — Оп.3 (вр). — Д. 34. — Л. 23.

<sup>886</sup> ПСЗРИ. — Т. 40. — 2 собрание, Отд. 1. — СПб, 1867. — Ст.42199. — С. 646-649.

<sup>887</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 41. — Л. 29.

<sup>888</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 41. — Л. 2-4.

коренное население не избегают научной медицины, и даже местами пытаются содержать лечебное заведение.

Но, при этом помощник окружного сельского врача сообщает, что «он определен только для Ильинской волости и соответственно количество медикаментов рассчитано на определенное число жителей и поэтому необходимо разрешение на оказание медицинской помощи коренному населению и дополнительная финансовая поддержка по медикаментам. За период 20 сентября по 20 октября 1868 года на 1-м участке Селенгинского округа (по 1 волости) прошло 15 больных, выздоровело 13, 2-е еще лечатся. Основная патология - ревматизм и перемежающаяся лихорадка, воспаление глаз»<sup>889</sup>.

Сельский окружной врач имел право на бесплатное пользование выделенным участком земли, не превышавшем 100 десятин земли, а фельдшер не более 30 десятин земли. Оклад годового содержания сельского врача составлял 550 рублей. На приобретение книг и журналов выделялось 30 рублей, на канцелярские расходы – 40 рублей. Фельдшеру платили жалованье – 360 рублей. На медикаменты по округу было ассигновано всего 200 рублей. Итого 1280 рублей.

К каждому окружному сельскому врачу придавалось в помощь 3 экзаменованных фельдшера. Там, где проживал фельдшер, создавались приемные покои на 4 или 5 кроватей. Для выполнения своих функций сельскому окружному врачу предписывалось объезжать селения своего округа «сколь возможно чаще». Также врач осуществлял контроль за оспопрививанием и имел в подчинении волостных и «инородческих» оспопрививателей. Несмотря на определенные льготы и поощрения, укомплектовать должности сельских окружных врачей оказалось делом нелегким. Пустовали также и фельдшерские должности, а нигде не годные приемные покои постепенно закрывались<sup>890</sup>.

Это подтверждает донесение фельдшера Усть-Илинской волости инспектору медицинской части Забайкальской области от 3 марта 1868 года: «Приемный

---

<sup>889</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 41. — Л. 51-52.

<sup>890</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 140.

покой устроен без необходимых подсобных помещений, холодный, нет сторожа. Печь не отапливается. Рамы сделаны из некачественного стекла, поэтому трескаются и ломаются. При этом зимой используются только одни рамы, без утепления»<sup>891</sup>.

Волостное правление Усть-Илинска обращается уже к Читинскому Окружному исправнику: «На основании 9-го пункта положения об окружных сельских врачах в Восточной Сибири от 15 июня 1865 года, при устройстве в селениях, где будут постоянно пребывать фельдшера приемных покоев, не требуется соблюдения всех стандартов, все зависит от количества населения и финансовых средств крестьян. Назначение постоянной прислуги для приемных покоев не представляется необходимым, возможно только в особенных случаях выделять от общества одного крестьянина или крестьянку. И пока со времени устройства приемного покоя не было ни одного больного, поэтому нет необходимости в постоянном стороже. Фельдшер должен бесплатно проживать в другой половине лечебной избы. Выделить ему 30 десятин удобной земли»<sup>892</sup>.

Из приведенных документов видно, что в целом отмечался формальный подход к организации сельского здравоохранения. Крестьяне по-прежнему не могли систематически пользоваться государственной медицинской помощью, а местная власть отказывалась содержать приемные покои в надлежащем виде. Необходимо еще раз отметить, что в некоторых населенных пунктах Забайкалья пытались выделить общественные средства именно на содержание лечебных изб, т.е. на наш взгляд имели место элементы земской медицины, но с региональными особенностями.

Генерал-губернатор Восточной Сибири Д. Г. Анучин (1879-1885 гг.), сообщал в Министерство Внутренних дел, что крайняя недостаточность врачебной помощи в Восточной Сибири заставила его обратить особое внимание на устройство медицинской части. Таким образом, правительственное постановление было принято, но, быстро реализовать его было крайне сложно.

<sup>891</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 41. — Л. 21-22.

<sup>892</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 3 (вр). — Д. 41. — Л. 23-24.

С 1871 года сельская врачебная часть Сибири находилась в ведение медицинского департамента Министерства Внутренних дел. Ассигнования отпускались лишь на разъездных окружных врачей, а больницы содержались за счет пожертвований. Размещались они обычно в наемных зданиях<sup>893</sup>. Учитывая создавшуюся ситуацию, только через 17 лет Государственный Совет, рассмотрев представление Министерства Внутренних дел об увеличении содержания врачам Восточной Сибири, высочайше утвержденным 21 декабря 1882 года мнением, постановил, оклады назначать в следующих размерах:

- а) Забайкальскому областному врачу – 2750 руб.
- б) Окружным врачам по 1400 руб. в год (вместо 550 руб.)»<sup>894</sup>.

Как видим, правительство вновь пыталось создать более благоприятные финансовые условия для обеспечения квалифицированными медицинскими кадрами население Забайкалья, но эти меры оставались малоэффективными. Например, в 1871 году в огромном Баргузинском уезде работал единственный окружной врач Иван Семенович Прокопенко<sup>895</sup>.

По данным Е.Д. Петряева: «4 ноября 1884 года врач Кирилов выехал в Баргузин. Предстояло проехать на лошадях 126 дней. Труден был этот путь. По дороге пришлось даже занимать денег на пищу и теплую одежду. От Верхнеудинска почтовый тракт шел сначала по Селенге, потом по реке Итанце, а затем по льду Байкала. И вот 20 февраля 1885 года, на 19 дней раньше срока Кирилов прибыл к новому месту своей работы. Город Баргузин имел 5 улиц (150 домов) и всего около тысячи жителей»<sup>896</sup>.

Впоследствии врач Н.В. Кирилов, отмечал: «Сельский врач не имеет больницы, не имеет приемного покоя, где бы он мог не перевязку сделать, но хотя бы раздеть и осмотреть больного. Лечение ведется разъездной системой, т.е. больных надо пользоваться на их квартирах при самой разнохарактерной

<sup>893</sup> Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока / А.В. Исаков — Благовещенск, 1976. — С. 29.

<sup>894</sup> ПСЗРИ. — Т. 2. — 3 собрание. — СПб, 1886. — Ст. 1262. — С. 473.

<sup>895</sup> Памятная книжка Забайкальской области. — Иркутск, 1871. — С. 33-34.

<sup>896</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. — исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С. 14.

обстановке»<sup>897</sup>. За месяц врачу приходилось объезжать до 100 больных. Население округа составляло 21 тысячу человек.

Таким образом, первоначальная разъездная система сельского здравоохранения в рамках больших территорий и плохих коммуникаций, а иногда и полного бездорожья в суровых климатических условиях Забайкалья себя не оправдала, и прежде всего из-за дефицита медицинского персонала и лечебниц.

По данным О.А. Братухиной «Большие по площади территории Вятской губернии, низкая плотность и высокая распыленность населения, обуславливали большие площади земских медицинских участков, более широко распространенную разъездную систему медицинского обслуживания»<sup>898</sup>.

В 1887 году система гражданского здравоохранения Забайкальской области включала 4 больницы на 150 коек: в Верхнеудинске на 75 коек, в Троицкосавске на 35, в Нерчинске на 20, при Туркинских минеральных водах приказа общественного призрения на 20 коек. Кроме того, имелись 11 сельских приемных покоев на 30 кроватей. На всю сельскую местность Забайкалья работали 4 врача, 11 фельдшеров.

Сельские жители формально могли получать стационарное лечение в лечебных избах и приемных покоях, но существовавшая плата за лечение, большие расстояния до лечебного заведения, порой отсутствие медицинских работников в приемном покое, делали квалифицированную медицинскую помощь малодоступной и не эффективной. Крестьянское село, в особенности бурятский улус, в конце XIX века не были охвачены системой медицинской помощи<sup>899</sup>.

Путевой журнал Баргузинского окружного сельского врача за первое полугодие 1895 года имеет большое историко-медицинское значение. В нем указаны списки больных с местом проживания, установленным диагнозом,

<sup>897</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С. 14.

<sup>898</sup> Братухина О.А. развитие акушерско-гинекологической помощи в Северо-Восточном регионе Европейской России в XIX – XX вв.: автореф. дис...канд. мед. наук: 07.00.10 — Москва, 2003. — С. 20.

<sup>899</sup> Журавлева К.И. К истории здравоохранения в Бурятской автономной республике / К.И. Журавлева // Научно историко-медицинская конференция Урало-Сибирских областей (1962): Труды. — Пермь, 1963. — Вып. 2. — С. 260.



назначенным лечением. На основании документа можно воочию представить дореволюционный быт сельских жителей Забайкалья конца XIX века, характер питания, уровень санитарно-гигиенических навыков.

Итак, «Улицы, ограды и скотские дворы не убраны от нечистот. В Верхнеангарском районе в селе Иркана все постройки старые, только один новый дом. Потолки низкие, скамейки и полы грязные, семья располагается в одной небольшой комнате с русской печью посередине, в другой комнате помещаются куры и телята. В результате можно получить представление о чистоте воздуха в помещении. На берегу озера и в самом озере куча навоза и всяких нечистот.

Пища большинства жителей состоит только из хлеба и чая. Рыбы свежей вообще не оказалось, соленой (омуль) в считанных домах. Мяса тоже мало, только молоко имеется у меньшей половины жителей. Питьевую воду получают из озера, которое и загрязняют, только некоторые пользуются водой из горного ключа, впадающего в озеро с противоположной стороны от села. Лошади пьют воду из озера очень неохотно. В селе есть церковь и одна официальная лавка. Школы нет. У тунгусов дети иногда болеют скарлатиной, но попасть к ним невозможно, так как, они находятся далеко в горах на промыслах. Всего осмотрено и пролечено 69 человек, в некоторых селах и поселениях за медицинской помощью вообще не обращались»<sup>900</sup>.

Таким образом, сельское население Забайкалья конца XIX - начала XX столетий жило бедно, питание было крайне скудным и однообразным, санитарно-гигиенические навыки практически отсутствовали. О каком полноценном физическом и нервно-психическом развитии крестьянского населения может идти речь. Нетрудно представить дальнейшее состояние генофонда Забайкалья без радикальных изменений быта и организации доступной эффективной системы здравоохранения. Дело осложнялось еще тем, что, даже в начале XX века население было малообразованным, гигиенически неграмотным, подверженным религиозному воздействию, бытовали мифологические представления о причинах

---

<sup>900</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 180. — Л. 9-14.

болезней. Например, эвенки (тунгусы) эмпирически спасались от оспы бегством в отдаленные, труднодоступные, не населенные районы.

«Грустно становится, - писал врач Кирилов, - когда вдумаясь в лечение народа, особенно бурят: все пользование построено на внушении, слепой вере в приемы врачующего, - на вере, граничащей с благоговением. Выздоровливают буквально вопреки лечению, ведь ламы не имеют понятия о способах передачи заразы. Одно спасает от широкого распространения эпидемии: удаленность жилищ друг от друга - от юрты до юрты целые версты, идеальная изоляция юрт, где находятся заразительные больные. Впрочем, тут является крайность: больные часто рискуют замерзнуть, остаются без пищи, если родные не примут участия и, пораженные паническим страхом, укочуют далеко»<sup>901</sup>.

Санитарное состояние сел Забайкальской области оставалось на низком уровне. Как было описано выше, чистка дворов не производилась: они были завалены навозом, различными отходами.

Например, в Бичуре (большое старообрядческое селение, ныне районный центр Бурятии) внутри которого продолжало существовать до 40 мельниц с навозными плотинами, с гниющими прудами, в которых мочили коноплю. Плотины подлежали немедленному сносу, но врач не мог рисковать составлением протокола против 40 "сильных" бичурян, так как их поддерживали власти, начиная с пристава. «В настоящее время, - отмечал Н.В. Кирилов, - население усиленно болеет и вымирает, но в то же время расходует на лам гораздо более того, во что обошлась бы правильная обстановка рациональной медицины»<sup>902</sup>.

«Такая «метафизика» путала нашу науку еще в середине века, мертвила ее, не допуская свободного исследования, пока не была раздавлена усилиями и жертвами целой плеяды великих благородных умов»<sup>903</sup>. Критически изучая тибетскую медицину, Н.В. Кирилов пришел к определенному выводу. Отвергая

<sup>901</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С 15.

<sup>902</sup> Там же. — С. 24.

<sup>903</sup> Кирилов Н.В. Современное значение тибетской медицины, как части ламаистской доктрины / Н.В. Кирилов // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1892. — Т.ХV. — С. 18-36.

теорию «тибетской медицины», он подчеркивал, что некоторые тибетские лекарства, как и средства народной медицины, найденные эмпирическим путем ряда поколений, заслуживают внимательного изучения. Он признавал, что такие средства, обогатят европейскую медицину, но только после строго научной их проверки и оценки<sup>904</sup>.

В этих крайне тяжелых условиях недоверия, угроз, а порой и физической расправы со стороны местных жителей приходилось работать врачам Забайкальской области даже в конце XIX века. В 1893 году областная администрация решает обеспечить окружных врачей некоторыми запасами медикаментов, дезинфекционных и других средств на случай прихода в Забайкалье холеры. Несколько ящиков таких средств получил Н.В.Кирилов и поместил их на хранение в Бичурское волостное правление<sup>905</sup>. Но начетчики на соборе в селе Куйтун решили оказать противодействие врачу и не принимать этих медикаментов.

Подоплека этого дела проста. В июне 1893 г. уставщики тайно привезли старообрядческого «беглого попа». В связи с этим в Бичуре был созван новый собор стариков из четырех семейских волостей (Куналейской, Никольской, Мухоршибирской и Окино-Ключевской). Событие было чрезвычайное: попа привезли из Австрии, что стоило больших денег. Ненужным свидетелем может оказаться врач. Бичурский волостной старшина напомнил уставщикам, что в волостное правление поставлены какие-то лекарства на хранение. Старики подтвердили свое решение: лекарства не принимать и теперь же заявить «несогласие» с научной медициной<sup>906</sup>.

Нельзя сказать, что все семейские (старообрядческое население) абсолютно не верили в научную медицину, но все они боялись «греха» и уставщиков. «Богачи

<sup>904</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С 24.

<sup>905</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 43-52.

<sup>906</sup> Цуприк Р.И. 70 лет со дня смерти врача-исследователя Забайкалья и Дальнего Востока Н.В. Кирилова. / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1991 г. — Чита, 1991. — С. 12-13.

же, - писал Кирилов, - первые приходят за медицинской помощью, нередко ночью или под каким-либо благовидным предлогом»<sup>907</sup>. В таких сложных условиях Н.В.Кирилов почти три года (1890-1893 гг.) вел врачебную работу, не прекращая при этом научных занятий.

Население Забайкальской области на 1 января 1891 года составляло 576 002 человека (303 671 мужчин и 272 331 женщина). В области родилось 20 933 человека, умерло 12 119 человек. За медицинской помощью за год обратилось 16 472 человека, в больницах пролечились 3825, из них умерло 59 человек. Смертность в больницах составляла 1,5 %<sup>908</sup>. На первый взгляд смертность небольшая и госпитализированные больные по большей части выздоравливали. Отмечается естественный прирост населения. Это может свидетельствовать о некоторой эффективности работы медицинского персонала. Но, помочь всем нуждающимся пока не было возможности, многие заболевшие умирали, так и не попав в лечебницу. В 1891 году на медицинскую часть израсходовано 26 958 рублей, на управление медицинской части 4655 рублей, на врачей, фельдшеров и повивальных бабок 19 648 рублей.

В 1891 году в Забайкальской области, несмотря на ряд предпринятых государственных мер, ситуация в сфере обеспечения лечебной помощью остается сложной. По-прежнему функционируют 7 больниц всех ведомств на 480 коек: в Верхнеудинске 1 больница на 75 коек, Троицкосавске 1 на 35 коек, в Нерчинске 1 на 20 коек, при Туркинских минеральных водах в системе приказа общественного призрения 1 на 20 коек, один сельский приемный покой на 3 кровати<sup>909</sup>.

Сельское и коренное население обслуживалось только при разъездах и в период напряженной эпидемической ситуации. Введенная разъездная система обслуживания сельского населения себя не оправдала и носила формальный характер из-за больших расстояний и низкой плотности населения при слабой дорожной сети. Все эти существенные факторы затрудняли равномерно

<sup>907</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 237.

<sup>908</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2. — Д. 143. — Л. 2.

<sup>909</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2. — Д. 143. — Л. 24.

обеспечить сельских жителей, составлявших около 60% всего населения Забайкальской области надлежащим медицинским обслуживанием.

Врачей в Читинском округе, непосредственно в сельской местности - 1, в Нерчинском округе - нет, в Акшинском - нет, в Верхнеудинском - 1, в Селенгинском - 1, в Троицкосавском - нет, в Нерчинско-Заводском - 1, в Баргузинском - 1. На всю Забайкальскую область в этот период было 22 гражданских врача, из них только 5 сельских врачей<sup>910</sup>. Фельдшеров в сельской местности работало 12, повивальных бабок в сельской местности не было<sup>911</sup>.

Через три года в 1894 году в Забайкальской области насчитывалось 52 врача, но из них гражданских и общественных было 21, казачьих и военных—22, горных и вольнопрактикующих – 9. Почти половина их практически не обслуживала сельское население, так как сидела в канцеляриях или работала в военном ведомстве<sup>912</sup>. Поэтому, если в Европейской части России один врач обслуживал 6,5 тыс. человек населения (а в Англии - 1730 человек), то в Забайкалье на одного практиковавшего врача приходилось по 24 тысячи жителей и по 22 тысячи квадратных верст пространства. Одна больничная койка приходилась на 980 жителей. Тибетских же лекарей-эмчи насчитывалось в области свыше тысячи, в 20 раз больше, чем всех врачей с европейским образованием<sup>913</sup>.

Определенный интерес представляет сообщение врача А.Ф. Сулима: «В 1902 году в Забайкальской области было 49 врачей гражданского ведомства (из них работало в городе 25), шесть зубных врачей и дантистов, 150 средних медицинских работников. Развернуто 18 больниц и лечебниц на 420 кроватей, 49 амбулаторных и приемных покоев на 286 кроватей. Один врач приходился на 35 000 городских жителей и на 25 000 сельских. При такой разбросанности

<sup>910</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2. — Д. 143. — Л. 25.

<sup>911</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2. — Д. 143. — Л. 26.

<sup>912</sup> Болонев Ф.Ф. Старообрядцы Забайкалья в XVIII – XX вв. / Ф.Ф. Болонев – Новосибирск: АОЗТ. Изд-во «Февраль», 1994. — С. 86-87.

<sup>913</sup> Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов. — исследователь Забайкалья и Дальнего Востока / Е.Д. Петряев — Чита: Кн. изд, 1960. — С. 24.

населения, медицинская помощь, особенно в северной части области сводилась к нулю, между тем работы у медицинского персонала масса»<sup>914</sup>.

На все население станицы Сретенск приходилось пять фельдшеров, одна повивальная бабка, один аптекарь, один врач и два ветеринара. В 1891 году в Сретенской станице проживало 1449 жителей (558 казаков и 891 «разночинец»: «Население этого места образовалось из переселенных сюда горных крестьян, ссыльных, отбывающих срок каторжных работ на заводах и рудниках и перечисляемых постепенно в заводские рабочие, затем в горные крестьяне, крещеных туземцев»<sup>915</sup>.

Учитывая общую ситуацию со здравоохранением в Забайкалье такое количество медицинских работников в станице можно признать весьма неплохим.

В 1900 году Сретенск стал конечным пунктом Транссибирской железной дороги<sup>916</sup>. Он оставался значительным торговым центром, чему способствовало его выгодное географическое положение на судоходной реке Шилке<sup>917</sup>. Через него проезжали и многочисленные переселенцы со всех концов России в надежде на хорошие заработки. Суровый климат, голод и болезни обрекали их на муки, облегчить которые и старались зажиточные сретенцы. Поэтому, более широкое развитие получила благотворительная деятельность.

В январе 1901 года по инициативе сретенского купца 2-й гильдии Никифора Степановича Павлова организовали Общество пособия бедным. Его задачей, как было записано в Уставе является «оказание посильной помощи всем бедным людям, местным и пришлым, без различия их веры, звания, состояния, возраста, пола и национальности»<sup>918</sup>. Кроме материальной помощи, средства Общества, тратились на оплату лечения и содержания, неимущих в иногородних больницах,

<sup>914</sup> Сулима А.Ф. Из командировки в Забайкальскую область / А.Ф. Сулима // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. — 1910. — №1. — С. 13-47.

<sup>915</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»). — С. 61.

<sup>916</sup> Там же. — С. 146.

<sup>917</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2003 г. — Чита, 2003. — С. 221.

<sup>918</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2003 г. — Чита, 2003. — С. 221-231.

так как войсковая больница обслуживала только казачье население. Медицинская помощь в Сретенске носила строго ведомственный характер. В переселенческом пункте Сретенска часто не было своего врачебного персонала, и он обслуживался по совместительству медицинскими работниками железной дороги<sup>919</sup>.

Таким образом, в 1903 году в Сретенске была открыта больница для бедных. Здание имело все необходимые больничные пристройки и могло разместить 60 коек, но таких средств на содержание медицинского персонала, приобретения медикаментов и продовольствия у Общества не было, поэтому пришлось ограничиться лишь 10 койками. Война с Японией, неурожаем и резко возросшие цены вынуждали сокращать благотворительную деятельность. Только с 1 октября 1910 года Забайкальское областное правление приняло решение передать Сретенскую больницу для бедных в ведение Забайкальского Областного правления, как участковую сельскую больницу и выделить средства на ее содержание.

В 1909 году Министерством внутренних дел России была организована экспедиция по изучению медицинского обслуживания коренного населения Забайкалья. Результаты были доложены канцелярии Иркутского генерал-губернатора, и в них говорится следующее: «полное отсутствие медицинской помощи в местностях, населенных бурятами, последствием чего является значительное число смертности»<sup>920</sup>. Настоящим бедствием были детские болезни, которые уносили массу жизней<sup>921</sup>.

Идентичные данные представлены Селенгинским окружным начальником 25 сентября 1901 года во врачебное отделение Забайкальского областного правления: «...Бурятское население пользуется в силу традиций и религиозных

<sup>919</sup> Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. — Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. — С. 303. — (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»).

<sup>920</sup> Раднаев А.Б. История развития здравоохранения Еравнинского района / А.Б. Раднаев, В.А. Тарнуев, Б.Л. Дугаров // Избранные вопросы истории медицины Бурятии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 130-летию первого доктора-буряты Базар-Садо Ямпилова — Сб.ст. — Улан-Удэ, 2001. — С. 19-20.

<sup>921</sup> Линховоин Л. Заметки о дореволюционном быте агинских бурят / Л. Линховоин — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1972. — С. 79.

убеждений врачебным пособием от лам»<sup>922</sup>. В Забайкальской области даже в конце XIX века сельское население по-прежнему вынуждено было пользоваться доступными средствами народной и традиционной тибетской медицины<sup>923</sup>.

В 1897 году медицинский персонал густонаселенного, большого по территории Верхнеудинского округа состоял: врачи - 1 городской Верхнеудинска, 1 окружной, 1 окружной сельский; фельдшера – 3 сельских, 1 больничный, 1 тюремный, 1 общественный; повивальные бабки – 1 окружная, 1 общественная городова<sup>924</sup>.

«В настоящее время население кормит сто простых костоправов, около пятисот знахарей и знахарок, около тысячи лам и лечителей, более 1200 деревенских повитух... Причина тому лежит в системе подачи врачебной помощи, которая остается без изменений. Пока нет больниц, родильных и приемных покоев – нет рациональной сельской медицины»<sup>925</sup>.

«Крайне желательно, чтоб в Забайкалье, среди бурят, появились наши больнички и аптечки с усиленным персоналом хороших фельдшеров, к которым свободно стекались бы массы больных, находя всегда надлежащий даровой уход. Только такая мера может приучить население к новым разумным порядкам, постепенно освободить его умы от суеверия»<sup>926</sup>. В этих рациональных мыслях врача Н.В. Кирилова отражается весь спектр насущных проблем и пути их решения для обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению Забайкалья.

Необходимо отметить, что существенными факторами для появления сначала разъездной системы в Забайкалье стали большая отдаленность населенных пунктов друг от друга, кочевой и полукочевой образ жизни коренного населения, небольшая плотность заселения территории. Кроме того, разъездная система

<sup>922</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 17 об.

<sup>923</sup> Мацокин П.Г. Медико-санитарное состояние г. Верхнеудинска Забайкальской области. — Русская медицина, 1892. — №41. — С. 590.

<sup>924</sup> ГАРБ. — Ф. 337. — Оп. 1. — Д. 7292. — Л. 10.

<sup>925</sup> Кирилов Н.В. О преобразовании гражданской медицинской части в Забайкалье // Приамурские ведомости. — 1897. — №158. — С. 27-31.

<sup>926</sup> Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения / Д.Б. Батоев — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. — С. 31.



создавала видимость обеспеченности населения медицинской помощью при небольших затратах на медицину. К серьезным недостаткам этой системы следует отнести невозможность для населения быстрого определения дислокации врача в экстренных случаях, а для врача необходимость надолго покидать больницу, что приводило к отсутствию систематического наблюдения за стационарными больными<sup>927</sup>.

По данным В.П. Николаева: «медицинская помощь, приносимая при этих поездках невелика и случайна. Имело значение знакомство с населением, его бытом, заболеваемостью. А также как пропаганда среди населения европейской медицинской помощи»<sup>928</sup>.

Об этих важных проблемах и сложности их решения в 1901 году в своем докладе прямо указывает инспектор медицинской части Забайкальской области: «Устройство сельских лечебниц должно быть признано делом нужным и неотложным, ибо население области по-прежнему будет довольствоваться крайне неудовлетворительным получением медицинской помощи по разъездной системе. Стоимость одной лечебницы на 10 кроватей исчислена в 30 247 руб. 79 коп. По новым врачебным штатам в области положено иметь 13 лечебниц на общую сумму в 393 220 руб. 10 коп, каковая по своей значительности вряд ли будет отпущена»<sup>929</sup>.

Таким образом, прежде всего кадровый медицинский дефицит, недостаток лечебниц и финансовых средств сводил на нет все благие намерения по организации охраны здоровья сельского населения Забайкалья.

В 1875 году Московское губернское земское собрание, обсуждая вопрос об организации медицинской помощи сельскому населению признало стационарную систему наиболее целесообразной и с 1878 года стало устраивать на свои средства

---

<sup>927</sup> Земское самоуправление в России, 1864-1918: в 2 кн. / редкол.: Н.Г. Королева (отв. ред.), А.П. Корелин, Л.Ф. Писарькова — Москва, Наука, 2005-(СПб.: ГУП Тип. Наука). Кн. 1: 1864-1904. — С. 399.

<sup>928</sup> Николаев В.П. Общественное здравоохранение и медицина в Якутском (Ленском) крае: Опыт исторического и медико-социального анализа / В.П. Николаев. — Новосибирск: Наука, 2005. — С. 79.

<sup>929</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 63.

сельские лечебницы. Центром медико-санитарной помощи являлись сельские участковые больницы, обслуживающие определенное количество жителей на прилегающей ограниченной территории<sup>930</sup>.

Поэтому, стационарная система в начале XX века вытеснила разъездную как более рациональная и эффективная. Далее по докладу инспектора медицинской части: «Архитектором Забайкальской области были составлены подробные планы и сметы по оборудованию сельских лечебниц. Постройка лечебниц отнесена на земский кредит, врачебное отделение полагает ограничиться в настоящее время такими лечебницами, которые удовлетворяли бы требованиям санитарной гигиены и потребностям населения в стационарной медицинской помощи, и постройка которых не вызывала бы чрезмерного обременения земского кредита.

Стоимость лечебниц врачебное отделение определяет приблизительно в 10 000 рублей каждая. Здание должно состоять из нескольких помещений. В одном помещении 2 отделения – для мужчин и женщин с особыми ходами, другое - для квартиры фельдшера и приемного покоя, аптеки и кухни. И 3-е помещение для небольшого амбара и в нем погреба для льда. Приемный покой включает 2 комнаты, из коих одна служила бы операционной. Размеры двух первых помещений должны быть определены в 8 саженой длины и 4 ширины – каждое, а амбар может быть в 3-4 сажени»<sup>931</sup>.

Дореволюционное правительство неоднократно путем повышения денежных окладов пыталось устранить дефицит медицинских кадров на территории Забайкалья. Так, 25 января 1888 года принято Высочайше утвержденное мнение Государственного Совета «Об увеличении окладов содержания сельским врачам и фельдшерам в губерниях Иркутской и Енисейской и в Забайкальской области» по которому изменялся штат сельской врачебной части от 1882 года в сторону увеличения.

---

<sup>930</sup> Земское самоуправление в России, 1864-1918: в 2 кн. / редкол.: Н.Г. Королева (отв. ред.), А.П. Корелин, Л.Ф. Писарькова — Москва, Наука, 2005-(СПб.: ГУП Тип. Наука). Кн. 1: 1864-1904. — С. 399-400.

<sup>931</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 63.

Окружным сельским врачам устанавливался оклад в 1700 рублей (вместо 1400 руб.), в том числе: 1000 рублей жалованье, 500 рублей столовых и 200 рублей на содержание при разъездах; сельским фельдшерам по 500 рублей каждому. Окружным врачам присваивался VIII класс по чиновному производству<sup>932</sup>.

Таблица 14. Количество гражданских врачей и средних медицинских работников в Забайкальской области в дореволюционный период<sup>933</sup>.

Медицинские работники	1899 г.		1900 г.	
	В городских поселениях	В сельской местности	В городских поселениях	В сельской местности
Врачи	19	4	17	5
Фельдшеры	88	15	83	14
Повивальные бабки	50	—	58	—

По приведенным данным, количество врачей не увеличивается, повивальных бабок по-прежнему в сельской местности нет. Говорить о какой-либо минимальной квалифицированной акушерской помощи в сельской местности не приходится.

В 1898 году в связи с введением института крестьянских начальников в Западной Сибири, Енисейской и Иркутской губерниях, округа преобразованы в уезды и продолжилась дальнейшая реорганизация сельской медицины. Высочайше утвержденное мнение Государственного совета последовало от 8 июня 1901 года «О преобразовании врачебной части в Забайкальской области»<sup>934</sup>. Уезды области подразделяются на врачебные участки. Подача лечебной помощи сельскому населению определяется в пределах вверенных участков и в том числе городскому населению, где нет городских врачей. На каждом участке содержится по штатам 1 лечебница. Пользование населения и отпуск лекарств производится бесплатно.

<sup>932</sup> ПСЗРИ. — Т. 8. — 3 собрание. — СПб, 1888. — Ст. 4962. — С. 16.

<sup>933</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. — начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 29.

<sup>934</sup> ПСЗРИ. — Т. 21. — 3 собрание, отд. 1. — СПб, 1903. — Ст. 20352. — С. 632.

Таблица 15. Штат Врачебных учреждений Забайкальской области<sup>935</sup>.

	Число в заведении	Содержание в год		Классы и разряды		
		Одному	Всего	По должностям	По штатным на мундир	По пенсии
1) Врачебное отделение Забайкальского областного правления						
Областной врачебный инспектор	1	3000	3000	V	V	По Мед. Пол.
Помощник его	1	2000	2000	VI	VI	По Мед. Пол.
Делопроизводитель	1	1050	1050	IX	IX	VII
Врач для командировок	1	1700	1700	VIII	VIII	По Мед. Пол.
Фармацевт	1	600	600	VII	VII	По Мед. Пол.
2) Врачебная часть в городах						
Городовых врачей в Чите, Верхнеудинске, Троицкосавске и Нерчинске	4	1500	6000	VIII	VIII	По Мед. Пол.
Городовых фельдшеров	4	400	1600			По Мед. Пол.
Повивальных бабок	4	400	1600			По Мед. Пол.
3) Туркинская гражданская больница						
Врач	1	1500	1500	VIII	VIII	По Мед. Пол.
Фельдшер	1	500	500			По Мед. Пол.
4) Врачебная часть в уездах						
Участковых врачей	18	1700	30600	VIII	VIII	По Мед.

<sup>935</sup> ПСЗРИ. — Т. 21. — 3 собрание, отд. 1. — СПб, 1903. — Ст. 20352. — С. 334. (штаты)

						Пол.
Медицинских фельдшеров						
Старших	12	600	7200			По Мед. Пол.
Младших	24	500	12000			По Мед. Пол.
Фельдшериц-акушеров						
Старших	6	600	3600			По Мед. Пол.
Младших	12	500	6000			По Мед. Пол.
На содержание помещений лечебниц, отопление и освещение их и содержание больных	13	1500	19500			
На приобретение и починку инструментов, аппаратов, снарядов, хозяйственных и других принадлежностей для лечебниц	13	100	1300			
На канцелярские расходы участковых врачей	18	40	720			
На устройство телятника или выпасу оспенного детрита	-	-	300			
На содержание оспенных учеников	70	-	1600			
На увеличение канцелярских средств врачебного отделения	-	-	300			
Добавочных за труды по заведыванию врачебной частью в уездах						
Врачебному инспектору	-	-	300			
Помощнику его	-	-	300			
В распоряжение военного Губернатора Забайкальской области на расходы по принятию экстренных мер в случае появления эпидемических болезней	-	-	1000			
Всего	-	-	105 270			

Таким образом, введены должности 18 участковых, 4 городских врачей. Увеличивается количество должностей фельдшеров, акушеров, повивальных бабок. Данное правительственное положение было направлено на создание более благоприятных условий для организации медицинской помощи населению

Забайкалья. Устанавливался четкий порядок финансирования, предусматривался жесткий контроль за деятельностью медицинского персонала со стороны врачебного отделения Забайкальского Областного правления.

По данным Г.И. Мендриной «в 1888 году в Томской губернии была введена сельская медицина. Согласно новым штатам было учреждено 8 должностей участковых врачей»<sup>936</sup>.

Таблица 16. Обеспеченность Сибири медицинским персоналом в 1896-1897 гг.<sup>937</sup>

	Тобольская губерния	Томская губерния	Иркутская губерния	Забайкальская область
Врачи для командировок	1	1	2	-
Участковые врачи	33	46	19	10
Фельдшеры	56	92	38	36
Фельдшерицы-акушерки	20	46	19	18

Обеспеченность сибирских регионов медицинскими кадрами была крайне неравномерная. Более лучшая укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом отмечается в Западной Сибири. Возможно, из-за того, что Томская и Тобольская губерния считались уже «внутренними» и были выведены из-под генерал-губернаторского управления в 1882 году<sup>938</sup>.

<sup>936</sup> Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: Томск, 1964. — Т.2. — С. 465.

<sup>937</sup> Там же. — С. 467.

<sup>938</sup> Ремнев А.В. Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века. Сибирская заимка: история Сибири в научных публикациях — 2013. — 18 апр. — электрон. журн. — режим доступа: <http://zaimka.ru/remnev-colony>.

Таблица 17. Проект распределения врачебных участков по новым штатам сельской медицины в уездах Забайкальской области в 1901 году (по архивным материалам)<sup>939</sup>.

Читинский уезд: 3 врачебных участка.

1-й участок – местопребывания врача – с. Улетуй.

Волости	Число поселений	Число жителей
Татауровская	9	5617
Николаевская	11	7545
Александровская	4	3601
Кенонская	3	1506
Всего	27	18 269

2-й участок: местопребывания врача – с. Дарасунское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Тыргетуевская	10	6876
Ульдургинская		
Усть-Илинская	8	5414
Икоральское отдельное общество	1	1043
Кужертаевская инородная управа		2714
Агинская степная дума		38 200
Всего	19	54 247

3-й участок: местопребывания врача – с. Чиронское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Чиронская	4	3821
Оловская	3	2968
Ундинская	4	3741
Оловская инородная управа		7460
Урульгинская инородная управа		4081
Шундугинская инородная управа		756
Всего		22 827

Верхнеудинский уезд: 4 врачебных участка.

1-й участок: местопребывания врача – с. Кульское

Волости	Число поселений	Число жителей
Кульская	19	6500
Брянская	11	2070

<sup>939</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 2 (вр). – Д. 189. – Л. 31.

Хоринская степная дума		51 700
Всего		60 270

2-й участок: местопребывания врача – с. Тарбагатайское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Куйтунская	3	5200
Тарбагатайская	8	7560
Куналейская	1	4030
Ключевская	5	8343
Всего	17	25 133

3-й участок: местопребывания врача – с. Мало-Куналейское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Окино-Ключевская	2	2560
Еланская	8	4240
Мало-Куналейская	5	4370
Малетинская	14	5830
Никольская	3	8515
Петровская	1	3470
Всего	33	28 985

4-й участок: местопребывания врача – с. Красноярское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Красноярская	3	5835
Тамирская	13	4620
Урлукская	6	6756
Нижне-Нарымская	7	5450
Байхоровская	11	5600
Коротковская	12	7860
Всего Укрытенуйское отд. общество	2	1172
Всего	54	34 293

Селенгинский уезд: 4 участка.

1-й участок: местопребывания врача – сел. Мысовая.

Волости	Число поселений	Число жителей
Посольская	18	6087
Кругобайкальский тракт до станции Снежной		

2-й участок: местопребывания врача – с. Кабанское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Кабанская	5	3855
Кударинская	22	7228



Троицкая	11	3770
Турунтаевская	13	2500
Батуриная	11	2066
Кударинская степная дума		4561
Всего	62	23 980

3-участок: местопребывания врача – г. Селенгинск.

Волости	Число поселений	Число жителей
г. Селенгинск		
Иволгинская	13	4270
Цонгольская инородная управа		744
Селенгинская степная дума		33 780
Всего	13	38 794

4-й участок: местопребывания врача – с. Торейское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Торейская	10	5150
Закаменская инородная управа		9870
Арматская инородная управа		1730
Всего	10	16 750

Нерчинско-Заводской уезд: 2 участка.

1-й участок: местопребывания врача – с. Нерчинско-Заводское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Дучарская	21	14 080

2-й участок: местопребывания врача – с. Александровское или Александровский завод.

Волости	Число поселений	Число жителей
Александровская	9	10 900
Маньковская инородная управа		7000
Всего	9	17 900

Баргузинский уезд: 2 участка.

1-й участок: местопребывания врача – г. Баргузин.

Волости	Число поселений	Число жителей
Горячинское отд. Общество	5	484
2 почтовые станции		513
Баргузинская инородная управа		513
Селения: Нестеровское и Сухонское (Читканской волости)		650
Тайга		неизвестно
Всего		2160

## 2-участок: местопребывания врача – с. Читканское.

Волости	Число поселений	Число жителей
Читканская	20	5844
Верхнеангарское сельское общество	5	508
Подлеморские верхнее и нижнее ангарские тунгусы и местности с рыбными промыслами по берегам Байкала и впадающим в него рекам		неизвестно
Всего		6352

В уездах Нерчинского, Акшинского и Троицкосавского с населением исключительно казачьего ведомства, участковые врачи имеют своим местопребыванием уездные города. Кроме исполнения судебно-медицинских и медико-полицейских обязанностей в пределах уезда возлагается на Нерчинского участкового врача заведывание всей медицинской частью в Шилкинской волости (Нерчинско-Заводского уезда) с 5 селениями и 4420 жителями, как расположенных вблизи Нерчинского уезда. На Акшинского участкового врача возлагается заведывание всей медицинской частью Онгоцонской инородной управы (Читинского уезда) с 3020 жителями. Как видим, учитываются вопросы медицинского обеспечения и коренных жителей.

На основании архивного документа - протокол выделения 3-х врачебных участков в большом густонаселенном Верхнеудинском уезде от 25 сентября 1901 года, видно, что учитываются региональные особенности. Это и площадь территории, и возможность транспортного обеспечения, и обязательное различие по национальному и религиозному признаку.

Итак, «В основу деления положено, прежде всего, географическое устройство Верхнеудинского округа, который своими главными реками – Удой, Хилком и Чикоем разбивается на 3 долины, как раз соответственно числу предполагаемых для округа медицинских участков. Этим путем по возможности обходятся трудности в путях сообщения, что для гористого Забайкалья является обстоятельством довольно важным.

Далее в смысле населенности, если подсчитать один русский элемент, то при указанном разделении на долю каждого участка придется приблизительно по 50 000 человек. Если обратиться к инородцам, то нужно указать, что все они войдут в состав двух первых участков, ибо по Чикою инородцев немного, да и те отчасти принадлежат к казакам, имеющих своих врачей, отчасти причисляются к Селенгинскому и Троицкосавскому округам. На 2-х участках можно проехать на колесах, тогда как по Чикою только верхом. Выбор постоянного местожительства для врачей и фельдшеров обусловлен отчасти густотой населения, отчасти характеризуется их вероисповеданием.

Известно, что старообрядцы редко обращаются за медицинской помощью, посему резиденциями избирались места, где встречается по преимуществу православное, великороссийское население. Кроме того, имелась относительная доступность медицинской помощи и помимо участкового врача.

Например, в Петровском Заводе (ныне город Забайкальского края) было бы нерационально пребывание участкового врача, потому что там уже существуют железнодорожный и кабинетский врачи. Вообще по линии железной дороги легче добиться медицинской помощи, в трудных случаях всегда возможно быстро добраться до города, послать телеграмму и т.д.»<sup>940</sup>.

На основании приведенного отчета можно представить состояние и проблемы здравоохранения в Забайкальской области начала XX века.

Далее по протоколу: «На основании всех приведенных соображений наилучшим местом для врача и больницы в 1-ом участке признано селение Мухоршибирь, около, которого население густо, православной веры и расстояние от Петровского Завода железной дороги до г. Верхнеудинска тоже значительное. Для старшего фельдшера лучшим пунктом является с. Кульское, это центр волости того же названия с чисто православным населением. Во втором участке аналогичным пунктом для врача и больницы будет Мало-Куналейское селение,

---

<sup>940</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 8-9.

для фельдшера – Малета. Наконец в третьем участке для врача и больницы – Красный Яр, для фельдшера – Урлук<sup>941</sup>.

Состав Верхнеудинского округа: 1-й участок – Кульское, Горянская, Куйтунская, Куналейская, Тарбагатайская, Ключевская, Мухоршибирская волости и инородческое население по всей долине реки Уды от границы Читинского и Баргузинского округов до пределов волостей Петровской, Никольской, Верхнеудинской, равно, как и инородцы живущие по Тугнуйской степи до границы Окино-Ключевской, Еланской, Бичурской и Мало-Куналейской волостей. 2-й участок: Мало-Куналейская, Бичурская, Еланская, Окино-Ключевская, Никольская, Петровская волости и инородцы долины реки Хилка без притока Тугнуй.

С востока этот участок ограничится пределами Читинского округа в вершинах Яблонового хребта. С юга водоразделительной линией Чикойской системы – Малетинским хребтом с запада и севера – волостями, пограничными с Троицкосавским и Селенгинским округами. 3-й участок – Тамирская, Урлукская, Нижне-Нарымская, Байхоровская, Красноярская, Коротковская волости, Укыр-Шонуйское отдельное общество и Чикойская система золотоносных площадей и всяких других полезных ископаемых.

С юга границы участка совпадают с пределами Монголии, с востока – Акшинский округ, с севера водораздел Чикойской долины и с запада Троицкосавский округ. В обязанности врача входит помощь населению: медико-полицейская и судебно-медицинская только для жителей данного округа, принадлежащих к крестьянскому сословию или инородчеству яшашному. Казацкий же элемент, равно, как и причисленные к смежным округам, но живущие между волостями Верхнеудинского округа во всех отношениях остаются в ведении медицинского персонала этих самых округов или казачьего войска»<sup>942</sup>.

<sup>941</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 2 (вр). – Д. 189. – Л. 10.

<sup>942</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 2 (вр). – Д. 189. – Л. 10 об, 11.

Другой густонаселенный Селенгинский округ для более эффективного обслуживания, окружной врач 21 сентября 1901 года предлагает разделить на следующие участки: 1-й участок – отнести Кругобайкальский тракт, часть купеческого тракта от ст. Удунга до Мысовой. Волости Посольскую, Кабанскую, Кударинскую, Троицкую, Турунтаевскую, Батурическую и Кударинскую степную думу. Больницу следует построить в Кабанске, где будет врач, фельдшер и акушерка. Другой фельдшер будет жить в с. Турунтаевском. 2-й участок – отнести г. Селенгинск, Иволгинскую волость, Цонгольскую инородную управу и северо-восточную половину ведомства Селенгинской степной думы, население, которой по приложению к памятной книге на 1899 г, равнялось 33 480 человек.

Таким образом, инородцы будут отнесены ко 2-му участку. Больницу построить в г. Селенгинске, где будет врач, фельдшер и акушерка. Другой фельдшер должен жить в с. Нижне-Убукунском. 3-й участок – отнести северо-западную половину ведомства Селенгинской степной думы, Торейскую волость, Закаменскую и Армацкую инородные управы. Больницу построить в с. Торейском, здесь же будет участковый врач, фельдшер и акушерка. Другой фельдшер будет находиться в с. Нарынском. Общая численность населения участка 20 с лишним тысяч человек»<sup>943</sup>.

Соответственно было составлено обращение Селенгинского окружного начальника от 25 сентября 1901 года во врачебное отделение Забайкальского Областного правления. «Разделение округа на участки, сообразно количеству, назначенных по новому штату врачей и фельдшеров, отвечает территориальным границам округа, но принимая во внимание значительный рост населения по линии строящейся Кругобайкальской дороги и количество судебно-медицинских вскрытий и освидетельствований в Мысовой и на Кругобайкальском тракте, необходимость в Мысовой особого врача становится очевидной.

Также необходим врач и для населения 1-го участка с включением сюда Турунтаевской и Батурической волостей, т.к. этот район далеко гуще населен, чем 2 и 3 участки округа, тем более что значительная часть населения этих двух

---

<sup>943</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 2 (вр). – Д. 189. – Л. 19-20.

участков буряты, пользующиеся в силу традиций и религиозных убеждений врачом-пособием от лам»<sup>944</sup>.

Таким образом, при планировании врачебных участков и определении местонахождения участковых врачей, фельдшеров и акушерок обязательно учитывались региональные специфические условия. «Многолюдные селения Кударинской волости и Кударинской степной думы отделены от своего участкового врача и фельдшера рекой Селенгой, переправа через которую в сильную непогоду бывает весьма затруднительной и опасной, а весной в период лесосплава совсем невозможной»<sup>945</sup>.

В начале XX столетия в Забайкальской области создавалась сельская участковая медицинская сеть. Из Петербурга директор медицинского департамента торопит местную администрацию: «Немедленное введение новых штатов врачебной части области разрешено губернатору 29 сентября 1901 года»<sup>946</sup>. 4 октября 1901 года врачебное отделение Забайкальского областного правления получило соответствующее распоряжение губернатора.

По данным Н.П. Федотова введение сельской участковой медицины в Забайкалье затянулось до 1901 года<sup>947</sup>. Инспектор медицинской части Забайкальского Областного правления докладывает следующее: «Вопрос об устройстве сельских лечебниц в области был возбужден в 1898 году при обсуждении проекта введения новых штатов по сельской медицине и вследствие предписания Приамурского генерал-губернатора от 7 декабря 1898 года»<sup>948</sup>.

Но, экономические проблемы не позволили внедрить сельскую участковую медицинскую сеть в Забайкалье в полной мере, и это важное мероприятие затянулось до 1903 года. «За невозможностью по недостатку средств построить лечебницы, отвечающие требованиям журнала медицинского Совета от 24 марта 1898 года, приступить с 1903 года к постройке лечебниц, проектированных

<sup>944</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 17-17 об.

<sup>945</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 21 об.

<sup>946</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 24.

<sup>947</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 141.

<sup>948</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 63.

врачебным отделением Забайкальской области. Учитывая местные условия каждого уезда и возможные сложности в виде разных цен на строительные материалы и рабочие руки, определить сумму на оборудование одной лечебницы в 20 000 рублей в земскую смету с 1903 года. Часть этой суммы расходовать на постройку общей лечебницы, другую часть на наем рабочих и покупку строительных материалов»<sup>949</sup>.

Таблица 18. Количество больничных заведений в Забайкальской области в 1900 году<sup>950</sup>.

	Количество больниц по ведомствам			Число коек в них		
	граждански х	военны х	обоих ведомст в	граждански х	военны х	обоих ведомст в
Чита	2	2	4	37	130	167
Округ	2	1	3	6	4	10
Нерчинск	2	2	4	60	35	95
Нерчинск- Заводской округ	3	1	4	100	4	104
Верхнеудинс к	2	—	2	50	—	50
Округ	2	—	2	8	—	8
Селенгинск	1	1	2	4	4	8
Округ	1	1	2	4	4	8
Троицкосавс к	1	—	1	35	—	35
Округ	—	1	1	—	50	50
Баргузин	1	—	1	4	—	4
Округ	1	—	1	30	—	30
Акша	—	1	1	—	50	50
Округ	—	1	1	—	4	4
ИТОГО	18	14	32	338	297	635

<sup>949</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 63об.

<sup>950</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. — начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 28.

По данным таблицы, видно, что на такой огромной территории, охватывающей современную Республику Бурятия и Забайкальский край, к началу XX в. функционировало 32 больницы военного и гражданского ведомства на 635 коек. Большинство больниц располагались в старых и плохо приспособленных помещениях, не удовлетворяющих даже элементарным требованиям соответствующей гигиены<sup>951</sup>. Но, тем не менее, эти больницы функционировали и обеспечивали минимум квалифицированной медицинской помощи.

Таблица 19. Распределение врачей, фельдшеров по округам Забайкальской области в 1901 году<sup>952</sup>.

Округа (8)	Количество лечебниц	Число врачей	Число фельдшеров
Читинский	3	3	11
Верхнеудинский	3	4	12
Селенгинский	3	4	12
Нерчинско-Заводской	2	2	7
Баргузинский	2	2	7
Троицкосавский	-	1	1
Нерчинский	-	1	2
Акшинский	-	1	2
Итого	13	18	54

Таблица составлена на основании архивных данных. Согласно, постановления о новых штатах за год количество сельских лечебниц в округах области увеличилось с 8 до 13. В наиболее густонаселенных округах находится и большее количество медицинского персонала, хотя и этого количества недостаточно.

Таким образом, в 1902 году сибирские округа были окончательно переименованы в уезды<sup>953</sup>. В период 1901 – 1903 гг. уездное деление было

<sup>951</sup> История Бурят-Монгольской АССР / И.Я. Златкин, П.П. Старицина — Улан-Удэ: Бурят-Монгольское книжное издательство, 1954. Т.1. — С. 352.

<sup>952</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 189. — Л. 28.

<sup>953</sup> Коновалов И.А. Организационно-правовое развитие полиции в Сибири в конце XIX - начале XX в. / И.А. Коновалова // Вестник Омского университета, 2013. — № 4 (37). — С. 24.



введено в Забайкальской области<sup>954</sup>. Уезды в Сибири были большими территориально-административными единицами, значительно более крупными, чем в Европейской России. Некоторые из них были сопоставимы с европейскими губерниями<sup>955</sup>.

Таблица 20. Сравнение обеспеченности населения регионов имперской России врачами, фельдшерами, акушерками в 1910 году<sup>956, 957</sup>.

Наименование местности	На одного врача		На одного фельдшера		На 1 акушерку	
	жителей	верст <sup>2</sup>	жителей	верст <sup>2</sup>	жителей	верст <sup>2</sup>
Европейская часть России	7100	252	5900	211	5600	386
Западная Сибирь	12 500	14 600	3400	7788	9100	25 562
Средняя Азия	33 300	9751	16 700	5633	25 000	17 281
Якутская область	25 000	348 250	-	-	-	-
Забайкальская область	9443	5857	3931	2438	13 163	8165

Таким образом, в 1910 году на одного медицинского работника в Сибири и Средней Азии приходилось большее количество населения, чем в европейской части России. При этом радиус охвата территории был значительно больше. Характерна высокая плотность населения центральной России и огромная малонаселенная, местами труднодоступная территория Забайкалья, что затрудняло равномерно охватить жителей медицинским обслуживанием при существовавшем дефиците медицинских кадров и лечебных заведений.

<sup>954</sup> Историческая энциклопедия Сибири. / Российская акад. Наук, Сибирское отделение, Ин-т истории, Изд. дом «Историческое наследие Сибири» [гл. ред. В.А. Ламин; редкол.: С.С. Букин и др.] — в 3 Т. — Новосибирск, 2010. — С. 535.

<sup>955</sup> Коновалов И.А. Организационно-правовое развитие полиции в Сибири в конце XIX - начале XX в. / И.А. Коновалова // Вестник Омского университета, 2013. — № 4 (37). — С. 28.

<sup>956</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 31-32.

<sup>957</sup> Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: Томск, 1964. — Т. 2. — С. 460.

Но, созданные с таким трудом в сельской местности лечебницы и приемные покои вскоре закрывались, так как не соответствовали санитарно-медицинским стандартам, и самое важное, по-прежнему некому было в них работать. Однако и участковый принцип, являвшийся оптимальным для российской глубинки, не мог решить все острые вопросы сельского здравоохранения, связанные с глубокими социально-экономическими и демографическими проблемами<sup>958</sup>.

Например, по отчету о состоянии Верхнеудинского уезда Забайкальской области за 1907 год: «В городе Верхнеудинске врачей два: один городской и другой общественный, 1 фельдшер, 1 фельдшер-акушерка. В Верхнеудинском уезде 4 участковых врача, 10 фельдшеров, 1 фельдшер-акушерка. На весь уезд была только одна сельская больница в селе Петровско-Забайкальском»<sup>959</sup>.

Текучесть медицинского персонала оставалась высокой. Например, с 1906 по 1911 гг. поступило на службу 35 врачей, а выбыло 30<sup>960</sup>. Тем не менее, востребованность и доверие к научной медицине постепенно увеличивались.

Таблица 21. Динамика обращаемости за квалифицированной медицинской помощью в Забайкальской области<sup>961</sup>.

Годы	Количество населения	Обращаемость за медицинской помощью
1901	349 841	42 253
1909	466 486	142 781

За 8 лет численность населения увеличилась на 116 645 человек, а потребность в медицинской помощи возросла в 3,4 раза.

По данным И.А. Коновалова и Е.А. Шаталина в сельской местности Сибири полноценное земское самоуправление создано не было, поскольку здесь не было,

<sup>958</sup> Земское самоуправление в России, 1864-1918: в 2 кн. / редкол.: Н.Г. Королева (отв. ред.), А.П. Корелин, Л.Ф. Писарькова — Москва, Наука, 2005-(СПб.: ГУП Тип. Наука). Кн. 1: 1864-1904 — С. 400.

<sup>959</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 2. — Д. 530. — Л. 7.

<sup>960</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.33. — Чита, 1966. — С. 105.

<sup>961</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.33. — Чита, 1966. — С. 105.

как в Европейской части страны, помещиков-дворян, из которых фактически формировались земские собрания и управы (до 1861 года на территории Сибири было только 33 помещичьих имения с общей численностью 3701 душ крепостных крестьян и дворовых)<sup>962</sup>.

В Восточной Сибири 1864-1917 гг. существовал только губернский земский сбор, которым полностью распоряжалось Иркутское губернское управление. Даже после реформы 1864 года земские сборы с крестьян оставались в Сибири подушными. Предприниматели долгое время платили лишь сбор с патентов, городская недвижимость вообще не облагалась. Поскольку система государственного управления в отличие от земской не подразумевает самостоятельности на уровне уезда, то и разделять земские налоги на две группы смысла не имело. Переход от подушного обложения населения губерньским земским сбором к обложению имущественному сибирскими властями предполагалось осуществить уже в первой половине 1880 года.

Но, только в 1887 году реформа налогообложения коснулась и Забайкальской области. С 1909 года подушный земский сбор сохранился лишь у коренного населения, ведущего кочевой образ жизни. Власти при этом не располагали точными данными о надельном землепользовании сибиряков, поэтому земские сборы с крестьян приходились не подесятинной основе (как в центре страны), а пропорционально оброчной подати<sup>963</sup>.

Территория Забайкальской области была довольно обширной, население проживало некомпактно, более того коренные жители вели кочевой и полукочевой образ жизни, транспортные коммуникации оставляли желать лучшего, местами не было никакого сообщения. В таких условиях, организация сельской медицинской части представляла определенные сложности. Необходимо принять во внимание, и такой фактор, как вопрос о создании земского

---

<sup>962</sup> Коновалов И.А. Управление и административно-территориальное устройство в Сибири в дореволюционный период / И.А. Коновалов, Е.А. Шаталин // Вестник Омского университета, 2013. — № 2 (35) — С. 25.

<sup>963</sup> Кириллов А.К. Земские налоги в Сибири: до и после 1917 г. — Грант №02-01-00344а.

самоуправления тормозился дореволюционной администрацией из-за нежелания допустить более широкую демократизацию далекой пограничной окраины<sup>964</sup>.

Интересно следующее сравнение. Делегатские доклады XIV съезду земских врачей Смоленской губернии (1911г.) включали подробные сведения об условиях службы медицинского персонала в каждом из двенадцати уездов. Показательно, что сами земские врачи оценивали свои доходы, как низкие. В материалах съезда фигурирует мнение, что именно недостаточная оценка врачебного труда объясняет высокую текучесть кадров и невозможность заполнить все имеющиеся вакансии. Земский врач в Смоленской губернии получал вознаграждение, в среднем 1315 рублей в год. По России в целом в этот период врачебный оклад в центральных земских губерниях составлял 1200 рублей. Земство также выдавало врачам по сто рублей в год на выписку медицинских журналов<sup>965</sup>.

6-16 июня 1912 года в Чите проходил 1-й съезд врачей Забайкальской области, инициатором и организатором которого стал помощник областного врачебного инспектора В.А. Бурмакин. По собственному опыту земского врача он хорошо знал проблемы сельского здравоохранения и сумел разработать и предложить съезду конкретную программу улучшения системы здравоохранения Забайкалья<sup>966</sup>.

2-ой съезд медицинских работников Забайкальской области, проходил 1-5 ноября 1917 года в Чите. Главное отличие от 1-го съезда, который был исключительно врачебным, 2-й съезд был созван на демократических началах и в составе всех категорий медицинских представителей Забайкальской области<sup>967</sup>.

---

<sup>964</sup> Шаламов В.А. Здравоохранение Забайкалья в годы первой мировой войны (часть 2). / В.А. Шаламов // Вестник ИрГТУ № 4 (99) — 2015. — С. 444.

<sup>965</sup> Коноплева Е.Л. Условия труда земского медицинского персонала в Смоленской губернии в начале XX века. / Е.Л. Коноплева // Бюллетень НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. — Москва, 2014. — С. 125.

<sup>966</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 384.

<sup>967</sup> Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 г. — Чита, 1918. — Электро-Типография Первуницкого. — С. 6.

Интересен состав участников съезда: врачей всего 30, из них городских 6, земских 11, переселенческих 1, казачьих 3, военных 5, Нерчинского Горного округа 1, Каменно-угольных копий нет, железнодорожный 1, вольнопрактикующие 2. Фельдшеров – 72, из них городских 2, земских 32, переселенческих 3, казачьих 14, военных 3, Нерчинского Горного округа 7, Каменно-угольных копий 2, железнодорожных 7, вольнопрактикующие 6. Фельдшериц 19, из них городских 4, земских 6, переселенческих 1, казачьих 1, военных нет, Нерчинского Горного округа нет, Каменно-угольных копий нет, железнодорожных 1, вольнопрактикующие 6. Акушеров 18, из них городских 1, земских 4, казачьих 1, Нерчинского Горного округа 1, вольнопрактикующие 5. Зубные врачи 6, все вольнопрактикующие; провизоров 5, все вольнопрактикующие; аптекарских помощников 9, из них военных 2, вольнопрактикующие 7. Из всех медицинских работников проживало в Чите: врачей 20, фельдшеров 20, фельдшериц 15, акушеров 5, зубных врачей 6, провизоров 4, аптекарских помощников 8<sup>968</sup>.

Таким образом, здравоохранение областного города Чита было широко представлено медицинскими работниками различных специальностей. Из приведенных данных, обращает на себя внимание увеличившийся отряд земских медицинских работников и вольнопрактикующих.

Можно констатировать постепенное уменьшение кадрового дефицита, как в городе, так и в сельской местности. Повышение востребованности частнопрактикующих врачей свидетельствует как об общем подъеме социально-экономического уровня населения Забайкалья, особенно городского, так и малодоступности государственной медицины.

По докладу областного медицинского инспектора В.А. Бурмакина делегатам съезда: «До сего времени управление медицинской частью Забайкальской области велось в архаическом порядке, далеко отсталом даже от несовершенных форм такого управления в Европейской России.

---

<sup>968</sup> Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 г. — Чита, 1918. — Электро-Типография Первуницкого. — С. 5.

Там организация медицинской помощи населению находится в ведении земских самоуправлений. В Забайкалье же все наоборот. С развитием участковой медицины работа Врачебного отделения по организации медицинской помощи постепенно приобретает главное значение. К настоящему времени эта «побочная работа» по сельско-врачебной части составляет 90% общей работы Врачебного отделения и на нее перенесен центр тяжести. Самое важное то, что в Забайкалье существовало земство. Была земская смета, которая разрабатывалась на три года вперед, были земские служащие, земские больницы и т.д. Но, слово «земство», «земский» не произносились.

Объясняется это тем, что в Забайкалье земство было исключительно чиновничье. Земства, как самоуправляющейся единицы не было, были земские суммы, собранные с местного населения, и которыми распоряжался бюрократический элемент. Таким образом, проведение строительства новых лечебниц было затруднено. В самом ближайшем времени в Забайкальской области будет введено земское самоуправление на самых широких демократических началах»<sup>969</sup>.

Итак, в начале XX века отмечалось стремление передовой медицинской общественности на коренные изменения в организации системы здравоохранения в Забайкалье. И в первую очередь решался вопрос о создании земской медицины в области. Здоровье крестьян и коренного населения напрямую зависит от реализации приоритетных задач в виде создания расширенной сети сельских участковых больниц, приемных покоев и содержания квалифицированного медицинского персонала. В.А. Бурмакиным были выделены и сформулированы особенности, затруднявшие полноценное развитие земской медицины в Забайкалье: «Малочисленность бедного в финансовом плане населения на огромной территории»<sup>970</sup>.

---

<sup>969</sup> Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 г. — Чита, 1918. — Электро-Типография Первуницкого. — С. 10-11.

<sup>970</sup> Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 г. — Чита, 1918. — Электро-Типография Первуницкого. — С. 14.

В этих условиях коренное население постепенно стало осознавать преимущество научной медицины. Так ко времени родов женщины, уже стараются находиться вблизи русских селений, где есть лекпомы, или, в крайнем случае, возможность воспользоваться «бабкой» из местных крестьянок<sup>971</sup>. В частности, была разница в оказании медицинской помощи коренному населению в Западном и Восточном Забайкалье. К примеру сказать, в Западном Забайкалье уже были созданы лечебные заведения, в которых могли лечиться коренные жители за определенную плату.

В Восточном Забайкалье в XVIII веке в Агинском ведомстве (ныне Забайкальский край) не было врачей, лекарских помощников, больниц, аптек<sup>972</sup>. Дореволюционное правительство не могло долго игнорировать состояние здоровья подданного населения империи, и государственная политика постепенно направлялась на организацию системы медицинской помощи коренному населению Забайкальской области. Так, гэлун-ламе Сультому Бадмаеву из барунхоацайского рода было официально разрешено лечение только бурятского населения.

По предписанию Военного Министра от 24 декабря 1861 года за № 388, бывший лама бурят Восточной Сибири Александр (Сультим) Бадмаев: «во внимание к научному стремлению и медицинским практическим познаниям, награжден чином Коллежского регистратора и назначен в распоряжение Военного Губернатора Забайкальской области в качестве медицинского практика при бурятах Восточной Сибири, а во врачебном отношении поставлен под руководство медицинского инспектора Области.

Жалованье ему определено 350 рублей и столовых 150 рублей серебром в год из хозяйственного капитала Восточной Сибири. Должность его по чину отнесена

---

<sup>971</sup> Неупокоев В. Тунгусы Бурятии / В. Неупокоев // «Жизнь Бурятии». — Верхнеудинск, 1927. — № 7-9. — С. 88.

<sup>972</sup> Жалсанова Б.Ц. Инородные управы как органы местного самоуправления бурят в 19 – начале 20 века / Б.Ц. Жалсанова — Улан-Удэ, 2009. — 239 с.

к IX классу и права на пенсию приравнены к врачам служащим в Сибирском крае. Также форма одежды присвоена для военных врачей установленная»<sup>973</sup>.

В административной справке указано: «А. Бадмаев принадлежит к первым практикам восточной медицины и к высшему ученому кругу Нерчинских лам. Он владеет некоторыми весьма важными тайнами естественных и медицинских познаний, имеет удовлетворительные познания в распознавании и лечении болезней. Он знает характер, обычаи и разные поверья бурятского народа. Сами буряты усердно ходатайствуют, чтобы ему была предоставлена между ними медицинская практика. Во время нахождения его по Высочайшему повелению, прикомандированным с 1860 года по декабрь 1861 года в 1-м Военно-сухопутном госпитале, Бадмаев не без успеха занимался пользованием некоторыми болезнями, преимущественно чахотки легких и рака. По допущению согласно Военно-медицинского Департамента от 19 июня 1861 года выдержал экзамен на звание лекарского помощника»<sup>974</sup>.

Согласно приказа Министерства Внутренних Дел Забайкальского областного правления за № 241 от 15 июня 1862 года состоящий при начальнике Забайкальской области медицинский практик при Бурятах Коллежский регистратор Бадмаев откомандирован Его превосходительством: «для осмотра инородческих ведомств с тем, чтобы объехать по порядку все Думы и инородческие управы, обратить тщательное внимание на причины болезней существующих между инородцами и донести во всех подробностях»<sup>975</sup>. Начальники Агинской степной Думы и инородческих управ составили А.А. Бадмаеву соответствующий протокол: «Нет болезней, и название болезней не знаем. При заболеваниях ламы Цугольского и Агинского дацанов по своим книгам проводят лечение больных».

Забайкальское Областное правление своим циркуляром от 13 мая 1880 года предложило Агинским бурятам учредить лечебное заведение с аптекой и

---

<sup>973</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1914. — Л. 53-53 об.

<sup>974</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1914. — Л. 56 об-57.

<sup>975</sup> ГАРБ. — Ф. 129. — Оп. 1. — Д. 3600. — Л. 1, 14.



фельдшером «для охранения народного здоровья, предупреждения развития повальных болезней», но получило отказ из-за предстоящих больших финансовых затрат населения.

Вероятнее всего это решение было обусловлено традиционным образом жизни коренного населения, влиянием буддистского духовенства и неверием в научную медицину. У коренного населения еще не сформировалось устойчивое понимание необходимости организации у них доступной системы медицинской помощи. В случае необходимости в ней, население традиционно использовало методы и приемы народной медицины, а также обращалось к эмчи-ламам, которые имели хорошие познания в тибетской медицине, что в некоторой степени вполне устраивало местный электорат.

Безусловно, администрация Восточной Сибири прекрасно понимала сложность обеспечения медицинской помощью именно коренного населения. И привлечение А. Бадмаева к лечению и оздоровлению бурят имело свои веские основания. Ведь он помимо знаний по восточной медицине хорошо разбирался в европейской системе диагностики и лечения. «Граф Муравьев-Амурский, равно и нынешний Генерал-Губернатор Восточной Сибири засвидетельствовали, что Бадмаев может принести пользу для своих соотечественников-бурят как лечением между ними болезней, так и нравственным на них влиянием, как лицо знакомое с характером и обычаями своего народа»<sup>976</sup>.

В дальнейшем, учитывая заслуги А. Бадмаева в деле охраны здоровья подданных Российской империи, по ходатайству Генерал-Губернатора Восточной Сибири и Высочайшего Государя императора соизволения, последовавшего 12 ноября 1864 года, «он прикомандирован на два года на казенный счет для изучения хирургии к клиникам Санкт-Петербургской Медико-хирургической Академии с сохранением получаемого им содержания из суммы того же хозяйственного капитала Восточной Сибири, где и состоит по настоящее время»<sup>977</sup>.

---

<sup>976</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1914. — Л. 58.

<sup>977</sup> РГВИА. — Ф. 879. — Оп. 2. — Д. 1914. — Л. 71 об.

Таким образом, Российское дореволюционное правительство не игнорировало медицинскую проблему на окраине страны, даже среди коренного населения. Использовались любые методы и способы для организации медицины и сохранения здоровья подданного населения. Вопрос состоял в кадровом, техническом оснащении и наглядном доказательстве преимущества научной медицины.

Еще в 1917 году на 2-м съезде медицинских работников Забайкальской области было отмечено: «В Забайкалье нет работников со специальным образованием по вопросам общей гигиены и профилактике болезней»<sup>978</sup>. В конце XIX века администрация коренного населения впервые стала организовывать санитарные мероприятия для профилактики инфекционных заболеваний. Так, в 1893 г. в целях предотвращения распространения холеры Агинские буряты провели санитарно-гигиенические мероприятия в виде очистки нечистот и мусора на своей территории.

Из донесения Агинской степной Думы от 28 января 1884 года Читинскому Окружному сельскому врачу: «В течение 1883 года родившихся детей обоего пола по Агинской ведомости 1032 душ, умерло 230 душ обоего пола. Не было двойней и тройней, а также мертворождений»<sup>979</sup>. Грудных детей, ведущие кочевой образ жизни буряты вскармливают молоком матери, в крайнем случае, употребляют и бараньи курдюки, или соски коровьего молока. Оспопрививателями за период с 1860 г. по 1883 г. привито 9773 человека»<sup>980</sup>.

Таким образом, детская смертность составила 222 на 1000 родившихся. Учитывая показатели детской смертности по различным губерниям Российской империи данные цифры не катастрофические. Отсутствие мертворождений за год не совсем характерно для большой пораженности населения сифилисом. Все-таки вопрос вымирания бурятского населения в дореволюционный период требует дополнительного научного анализа.

---

<sup>978</sup> Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 г. — Чита, 1918. — Электро-Типография Первуницкого. — С. 15.

<sup>979</sup> ГАРБ. — Ф. 129. — Оп. 1. — Д. 3754. — Л. 63-66.

<sup>980</sup> ГАРБ. — Ф. 129. — Оп. 1. — Д. 3731. — Л. 26-27.

По данным О.А. Гончаровой: «традиционный образ жизни с внесением определенных корректив способствовал устойчивости национального алтайского этноса. С 1797 года по 1897 год коренной этнос увеличился с 4,5-5,0 т. человек до 35,2 т., т.е. в 7 раз. Дореволюционная государственная политика была направлена на сохранение национальных меньшинств на их территории проживания. Государственное влияние на организацию системы медицинской помощи на национальных окраинах страны постепенно усиливалось и осмысливалось. Большая протяженность врачебных участков при существенном дефиците медицинских кадров и лечебниц сдерживали обеспечение доступности официальной медицины. При дальнейшем сохранении российской империи можно было ожидать прогрессивное развитие системы здравоохранения»<sup>981</sup>.

Конечно, передовая интеллигенция Агинской степи, а таковая уже формировалась, была озабочена более быстрым внедрением системы медицинской помощи у бурятского народа. Так, в 1907 году в селе Агинском впервые организуется фельдшерский пункт. В марте 1907 года прибыл из села Тыргетуй в село Агинское участковый фельдшер Александр Павлович Стромбинский<sup>982</sup>. Он стал первым фельдшером Агинской степи Восточного Забайкалья.

С нашей точки зрения, только в начале XX века для бурятского населения Восточного Забайкалья квалифицированная лечебная помощь стала принимать организованный и более доступный характер, но проблем все-таки было очень много. В частности, актуальным вопросом оставалась инфекционная патология.

Например, врач 2 участка Читинского уезда сообщал, что с 1 января по 8 января 1907 года в Агинском заболело корью 15 детей, умер 1 ребенок. А 1 августа этого же года в Агинской инородческой волости был зафиксирован тиф. Заболело 310 человек, умерло 2 человека. С 21-го по 28 марта 1911 года в Агинской инородческой волости вспыхнула корь, заболело 99 человек, умерло 6 человек. Медицинские работники в этот период оказывали необходимое пособие

---

<sup>981</sup> Гончарова О.А. История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Томск, 2002. — С. 87.

<sup>982</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 74. — Л. 82.

заболевшим. Начала работать противочумная комиссия, усилена санитарно-профилактическая деятельность. В частности, в селе Агинском действовали 25 колодцев с чистой питьевой водой. «Все они функционируют», отмечал в донесении Агинский сельский староста<sup>983</sup>.

Как мы отмечали выше, в десятых годах XX столетия земская медицина зарождалась в Забайкалье. Так, содержание фельдшера ложилось на самих жителей участка. Цугольское волостное правление в 1911 году оплатило за квартиру фельдшера Тарасова 5 рублей, за работу и медикаменты – 175 руб<sup>984</sup>.

Второй заведующей фельдшерским пунктом стала бурятка фельдшер В.В. Вампилова. После ее смерти недолго работал фельдшер Поляков. И только с 1913 года приступил к обязанностям фельдшер бурят Ванчик Очиров. Он стал первым специалистом, выходцем из местных Агинских бурят. Окончил Омскую центральную фельдшерскую школу в 1912 году и работал участковым фельдшером третьего врачебного участка Читинского уезда с местом жительства в селе Урюлга (ныне Шилкинский район Забайкальского края). В 1913 году Ванчик Очиров переехал в село Агинское.

Из архивного документа: «13 мая 1913 года мы нижеподписавшиеся фельдшер 2-го участка Читинского уезда Очиров и Нерчинский мещанин Александр Никитич Бочкарев заключили сие условие в нижеследующем: 1) Бочкарев сдает под помещение фельдшерского пункта половину своего дома, находящегося в селении Агинском, который состоит из трех комнат. Ранее он сдавался под этот пункт во время служения фельдшера Полякова. 2) Сдаёт сроком с 15 апреля 1913 года по 15 апреля 1914 года. При чем он обязуется доставить дрова, по требованию фельдшера Очирова топить печи, мыть полы, посуду и другие принадлежности приемного покоя. Словом, в сдаваемой им квартире соблюдать чистоту и опрятность и в отсутствии фельдшера и без разрешения его не давать посторонним лицам доступа в квартиру. 3) До истечения сего срока Бочкарев не вправе будет отказывать в сдаче этой квартиры, а в случае таковой будет

<sup>983</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 281. — Л. 22.

<sup>984</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 423. — Л. 1.

содержаться как подобно сказано выше в надлежащей чистоте и опрятности. Фельдшер Очиров волен будет распорядиться перенести квартиру в другое место и взыскать с Бочкарева по расчету, подлежавшие к возврату деньги. 4) За эту квартиру и за исполнение вышеперечисленных обязанностей мещанин Бочкарев получает плату двести сорок руб. (240 руб.) в год, которые выделяются из Агинского инородческого волостного правления по следующим распределениям: при заключении сего условия сто сорок рублей, а остальные сто рублей в декабре сего года»<sup>985</sup>.

Однако с 16 марта 1914 года квартиру фельдшеру и здание под фельдшерский пункт предоставил на год православный инородец села Агинское Алексей Турчанинов<sup>986</sup>. Безусловно, одной из сфер деятельности Агинского инородческого волостного правления являлась организация европейской медицинской помощи. Хотя уже широкое и повсеместное развитие получила традиционная тибетская медицина.

Однако, 12 июня 1913 года Агинское правление обратилось во врачебное отделение Областного правления Забайкальской области об установлении дополнительного фельдшерского персонала. Но, этот вопрос не был решен положительно. Из официального ответа: «В Агинское инородческое волостное правление. Врачебное отделение Областного правления извещает Волостное правление в ответ на ходатайство о дополнении фельдшерского персонала, обслуживающего волость, фельдшерицею-акушеркою, с предоставлением этой должности госпоже Вампиловой, что увеличение личного состава медицинского персонала в области, вообще, и в Агинской волости в частности будет внесено в смету будущего 1915-1917 гг. трехлетия областных земских повинностей. Исполняющий дела врачебного инспектора Бурмакин. 9 июля 1913 года. Город Чита»<sup>987</sup>.

---

<sup>985</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 399. — Л. 5.

<sup>986</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 423. — Л. 11.

<sup>987</sup> ГАРБ. — Ф. 131. — Оп. 1. — Д. 589. — Л. 2.

В этот период уже работает Варвара Владимировна Вампилова в Цугольской волости, приехав после учебы из Санкт-Петербурга. Таким образом, в Агинской степи некоторое непродолжительное время уже работали два фельдшера. В дореволюционный период квалифицированная медицинская помощь на фельдшерском пункте для коренного населения Восточного Забайкалья была организована впервые только в 1907 году.

В течение более полувека не могла разрешиться проблема обеспеченности региона квалифицированным медицинским персоналом. В столь отдаленный суровый край врачей, фельдшеров, повивальных бабок мало привлекали даже льготы и поощрения, предусмотренные и выделенные правительством.

Еще М.М. Сперанский в свое время отмечал, что в Восточной Сибири «медицинская часть» была одной из слабейших в Сибири<sup>988</sup>. Дефицит медицинского персонала так и не был ликвидирован до начала 1920-х годов.

Немаловажно, что с началом войн в XX веке происходит увеличение цен на товары первой необходимости и хлеб. В труднодоступных местах, куда подвоз продуктов был ограничен, цены увеличились за время двух войн до 50%. Русско-японская, первая мировая война нанесли значительный урон сельскохозяйственному производству страны и подорвали социально-экономические и демографические основы крестьянского хозяйства Забайкалья. В результате войны резко сократились посевные площади, поголовья скота в каждом уезде, что обусловлено нарастанием продовольственного кризиса в стране и реквизициями продовольствия и скота у жителей области для нужд армии и населения империи. К 1917 году мобилизовано было более 50 000 человек. Также на военную службу и тыловые работы впервые стали привлекаться коренные жители Забайкалья<sup>989</sup>.

Таким образом, в этих сложных условиях, благодаря большой работе городских самоуправлений, взявших на себя заботу о народном здравии, уже

---

<sup>988</sup> Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. / СО РАН Чит. ин-т природ. ресурсов. — Новосибирск: Наука, 2000. — Т.1. — С. 243.

<sup>989</sup> Михеев Б.В. Социально-экономическое развитие Забайкальской области в начале XX века (1900-1918 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Улан-Удэ, 2012. — С. 25-26.

накануне первой мировой войны в Забайкальской области было 77 лечебных заведений на 1428 мест<sup>990</sup>.

Неслучайно в начале XX века в здравоохранении Забайкалья наметились позитивные изменения. Увеличилось количество врачей, в области насчитывалось уже 111 человек, в том числе: в Чите – 31, Верхнеудинске – 8, Нерчинске – 4, Троицкосавске – 6, Акше – 5, Селенгинске – 2, Нерчинском заводе – 3, Баргузине – 2; в уездах: Читинском – 7, Верхнеудинском – 8, Акшинском – 3, Нерчинском – 16, Троицкосавском – 3, Нерчинско-заводском – 7, Селенгинском – 3, Баргузинском – 2. Фельдшеров-акушеров и повивальных бабок в области насчитывалось – 82 человека<sup>991</sup>.

Только 7 июля 1913 года принят Высочайше утвержденный одобренный Государственным Советом и Государственной Думой Закон «Об учреждении должности уездного врача и фельдшера в губерниях Томской, Иркутской и Енисейской и в областях Забайкальской, Семипалатинской, Акмолинской и Уральской»<sup>992</sup>.

Собственно, по-прежнему шла речь о необходимости сельских врачей. «В губерниях Иркутской, Енисейской (за исключением Туруханского и Усинского края) и в областях Забайкальской, Семипалатинской и Уральской вводилось 27 должностей уездных врачей, т.е. 1 на уезд, 27 фельдшеров (по 1 на уезд)<sup>993</sup>. Присвоить означенным должностям: уездного врача – VII класс по чинопроизводству, пенсию по медицинскому положению и следующие оклады содержания: прочим уездным врачам Иркутской губернии, а равно врачам Забайкальской области – 2000 рублей в год (в том числе 1333 руб. 34 коп, жалованья и 666 руб. 66 коп, столовых) и фельдшерам при них – 600 руб. в год

<sup>990</sup> Лазарева С.И. Роль городских дум Дальнего Востока в активизации социальной работы (90-е гг. XIX в – 1917 г.). / С.И. Лазарева, О.И. Сергеев // ОЙКУМЕНА. Регионоведческие исследования. Научно-теоретический альманах. Выпуск 1. Дальнаука – Владивосток, 2006. – С. 42.

<sup>991</sup> Там же. – С. 42.

<sup>992</sup> ПСЗРИ. – Т. 33. – 3 собрание, отд. 1. – Петроград, 1913. – Ст. 39745. – С. 741.

<sup>993</sup> ПСЗРИ. – Т. 33. – 3 собрание, отд. 1. – Петроград, 1913. – Ст. 39746. – С. 742.

каждому. Из средств государственного казначейства для этих целей по Забайкальской области выделялось по 11 430 руб. в год».

Надо отметить, что оклады медицинских работников Восточной Сибири были выше, чем в Западной Сибири и на Урале. Действительно, по закону от 7 июля 1913 года в Забайкалье вместо участковых врачей вводились уездные врачи, предусматривалась сеть врачебных пунктов и лечебниц. Соответственно увеличивалось количество должностей врачебных кадров (27 должностей уездных врачей вместо 18 участковых), фельдшеров, акушерок, их должностные оклады, что в итоге подразумевало улучшение доступности медицинской помощи сельскому населению Забайкальской области.

При этом оказание лечебной помощи коренному населению уже возлагалось на уездных врачей и фельдшеров<sup>994</sup>. Для продолжения проведения оспопрививания был принят закон от 21 июля 1914 года о предохранительном оспопрививании в собрании Узаконений и распоряжений Правительства за 1914 год № 156, введенном в действие по Забайкальской области Иркутским генерал-губернаторством 4 ноября 1915 года за № 11896, за исключением Якутской области<sup>995</sup>.

Налицо, попытка законодательно укрепить основы медицинской помощи крестьянскому и коренному населению. Но, сохраняющийся дефицит медицинских кадров, лечебниц оставался главной проблемой в решении этой задачи.

Приводим доклад врачебного инспектора Забайкальской области А.В. Воскресенского от 15 марта 1916 года: «В сибирских губерниях на врачебные отделения, ведающие в обычном порядке администрацией по медицинской и фармацевтической деятельности в самых широких проявлениях возложены и все заботы по здравоохранению населения, каковыми в Европейской части России несут земские учреждения. Работа по земской медицине во много раз превосходит

---

<sup>994</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 145.

<sup>995</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 9.



работу по администрации, между тем штаты и кредиты Врачебного отделения не выходят из обычных норм и все попытки их усиления не приносят успеха. В смету Забайкальской области, а по ее примеру Иркутской и Енисейской губерниях были внесены кредиты на учреждение особого органа при санитарном враче с достаточным количеством служащих за ведение земской медицинской частью. Однако при утверждении сметы кредит на Санитарное бюро настолько пострадал, что Бюро утратило всякую возможность вести самостоятельную земскую медицину в области»<sup>996</sup>.

Интересен следующий факт: учитывая, что земство активно развивалось, в центральных губерниях России и был наработан определенный опыт, Забайкальское Врачебное отделение обращалось с просьбой выслать документацию по организации земской медицины.

Так, было обращение о порядке исполнения обязанностей земскими врачами и прочими служащими по земской врачебной части в Херсонском Земстве<sup>997</sup>. Такое же обращение было направлено в Петроградское, Екатеринославское, Вятское, Тверское, Московское, Пермское, Саратовское Земство<sup>998</sup>. При этом в ответном письме №1645 от 19 апреля 1916 года отмечено, что Тверским губернским земством инструкция вообще не издавалась<sup>999</sup>. Только был получен 1 печатный экземпляр инструкции для лиц медицинского персонала земства из Екатеринославского уездного земства<sup>1000</sup>. Новых форм работы и проблем по организации доступной медицинской помощи сельскому населению в условиях дефицита кадров и лечебных заведений было достаточно.

К примеру, врачебный инспектор Забайкальской области обращается к участковому врачу 1-го участка Верхнеудинского уезда: «...в связи с участвовавшими случаями заболеваний среди староверческого населения, прошу изложить взгляд на улучшение медицинского обслуживания либо в виде

---

<sup>996</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 26-26 об.

<sup>997</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 29.

<sup>998</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 30-35.

<sup>999</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 43.

<sup>1000</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 44.

сгущения сети врачебных и фельдшерских участков или в виде научно-просветительных мероприятий: общедоступные чтения с картинками, наглядной агитацией и пр.»<sup>1001</sup>.

Таким образом, в начале XX столетия поступательное развитие медицины в Забайкальской области проявлялось не только в количественном увеличении больниц, приемных покоев, амбулаторий, их штатного состава, но и в совершенствовании лечебного дела. Как отмечалось выше, в марте 1906 года в Чите на средства Российского Общества Красного Креста был открыт первый в Забайкальской области рентгеновский кабинет.

Рассмотрим интересный факт из архивных документов. Протокол очередного заседания Верхнеудинской городской Думы 30 июня 1898 г. по поводу обращения Верхнеудинской управы о приобретении аппарата Рентгена. Председательствовал городской Голова А.В. Овсянкин. Было доложено о пожертвовании Верхнеудинским мещанином Петром Авакумовичем Фроловым пятисот рублей в пользу Верхнеудинского городского общества на приобретение аппарата Рентгена. Дума постановила: «1) Деньги записать на приход. 2) Жертвователя благодарить. 3) Собрать надлежащие сведения о стоимости и той пользы, какую можно ожидать от аппарата Рентгена и за тем вопрос о сем предмете вновь доложить городской Думе»<sup>1002</sup>.

Далее в Верхнеудинскую городскую управу обращается Верхнеудинский городской врач 1 июля 1898 г. письмом за № 26: «На запрос оной управы от 19 июня сего года за № 1139 относительно выписки аппарата Рентгена на пожертвованные деньги Фроловым имею честь сообщить: «аппарат Рентгена в настоящее время, как новое изобретение, в практическом применении обладает большими недостатками, производя выпадение волос, сильные ожоги и т.п., и при том очень дорог – 2200 марок с принадлежностями без пересылки. Поэтому, выписавши аппарат с такими недостатками, последний может служить только

<sup>1001</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1135. — Л. 61.

<sup>1002</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1347. — Л. 5.

украшением кабинета, не принося никакой пользы, и необходимо некоторое время подождать, когда более усовершенствуется»<sup>1003</sup>.

Вероятнее всего, по причине недооценки нового метода исследования и боязни получить осложнения и своего рода неприятие населением нового метода лечения вынудило врачей Верхнеудинска отказаться от передовой технологии и первыми открыть рентгеновский кабинет в уездном городе Верхнеудинске наравне с крупными клиниками страны. Этому не суждено было случиться и новые методы лечебно-диагностической практики опять развивались в областном центре, в Чите.

Таблица 22. Сравнение по регионам Российской империи количества врачей и коек в лечебницах в 1913 г. (сводная таблица по источникам)<sup>1004, 1005, 1006</sup>.

	Количество врачей	Количество коек	Общее количество населения	Общая площадь (верст <sup>2</sup> )
Забайкальская область	110	1536	893 000	538 890
Якутская область	17	193	269 880	3 469 300
Уфимская губерния	43	1700	3 000 000	107 210
Горный Алтай	2	20	43 200	16 500
Терская область	172	11 лазаретов и 23 приемных покая	933 936	60 868,9

Больше всего врачей насчитывалось на сравнительно небольшой территории более благополучной Терской области. На весь Горный Алтай действовал один

<sup>1003</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 1347. — Л. 4.

<sup>1004</sup> Бакиров У.Н. Становление здравоохранения в Башкирии. / У.Н. Бакиров, Н.Г. Ибрагимов // Казанский медицинский журнал. — Т. 73. LXXIII, 1992. — №2. — С. 154-155.

<sup>1005</sup> Николаев В.П. Общественное здравоохранение и медицина в Якутском (Ленском) крае: Опыт исторического и медико-социального анализа / В.П. Николаев. — Новосибирск: Наука, 2005. — С.78.

<sup>1006</sup> Гончарова О.А. История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Томск, 2002. — С. 35.

врачебный участок с лечебницей на 20 коек<sup>1007</sup>. В самой густонаселенной Уфимской губернии явно недостаточно врачей и коечного фонда. Такая же ситуация отмечается по Забайкальской и Якутской областях. Для многих отдаленных территорий Российской империи характерен дефицит медицинского персонала и лечебных заведений. Тем не менее работа дореволюционным правительством по созданию системы здравоохранения в стране не прекращалась.

В 1908 году в Забайкалье впервые возник вопрос об организации отдельной больницы в Чите для сельского населения<sup>1008</sup>. В том же году Читинская городская дума выступила с предложением, чтобы земские средства, которые собирали на дела общественного призрения и отправляли в Иркутск, были использованы на постройку в Чите земской больницы для сельского населения Читинского уезда.

На 1-м съезде врачей Забайкальской области в 1912 году по инициативе В.А. Бурмакина был рассмотрен и вопрос о строительстве в Чите областной земской больницы для сельского населения: «Чита – чуть ли не единственный губернский город в России, не имеющий губернской больницы»<sup>1009</sup>.

На всю область для стационарного лечения больных (не считая военных и железнодорожников) имеется всего 330 коек на 930 000 населения. Доказывая необходимость размещения Областной больницы в Чите, он видел в ней в перспективе методический центр для повышения квалификации молодых врачей, работающих в области. Строительство больницы заложили в смету Врачебного отделения на 1912-1914 гг. Но, в связи с экономическими трудностями только через 8 лет 17 марта 1916 года Забайкальское областное правление разрешило открыть в Чите сельскую лечебницу на 10 коек штатных и 10 платных для

---

<sup>1007</sup> Гончарова О.А. История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Томск, 2002. — С. 37.

<sup>1008</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 211.

<sup>1009</sup> Там же. — С. 384.

обслуживания жителей 4-го Читинского уезда, куда входили села Кенон, Верх-Чита, Домна, Ключевское и Угданские бурятские населенные пункты<sup>1010</sup>.

В августе 1916 года Читинская земская больница приняла первых пациентов. С 15 августа 1916 года по 24 января 1917 года в больнице лечились 165 человек, из них 115 крестьян, 15 представителей коренного населения и 35 иногородних. Принято 12 родов, проведена 21 операция. Платных больных было 14 человек. Больница заработала 390 руб. 27 коп, а израсходовала на лечение и содержание больных 4487 руб. 78 коп. В конце 1918 года было достроено собственное здание больницы на 48 коек с электрическим освещением: по 18 коек терапевтическое и хирургическое отделения, по 10 коек родильное и гинекологическое отделения. В годы гражданской войны земская больница использовалась как второй хирургический госпиталь<sup>1011</sup>.

В начале января 1920 года в городе Верхнеудинске работал Американский госпиталь Красного Креста<sup>1012</sup>. С уходом американского экспедиционного корпуса их госпиталь со всем имуществом был передан городу. А на его базе организована Верхнеудинская уездная земская больница в 1920 году. В апреле учитывая, дефицит коек и большой наплыв больных и раненых коечный фонд больницы с 75 увеличили до 100<sup>1013</sup>.

Заведовал, Верхнеудинской уездной больницей врач Виктор Васильевич Вазин<sup>1014</sup>. Так, имеется отчет от 2 мая 1920 г. «Получено 58 970 руб., израсходовано 58 900, осталось 70 руб.»<sup>1015</sup>. Уже 11 июня 1920 года Верхнеудинская земская больница функционировала на 115 коек в составе следующих отделений: 1) хирургическое 50 кроватей, 2) внутренних болезней 30 кроватей, 3) женских болезней 15 кроватей, 4) кожно-венерическое 20

<sup>1010</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 212.

<sup>1011</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1991 г. — Чита, 1991. — С. 33-34.

<sup>1012</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 7.

<sup>1013</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 1. — Д. 5. — Л. 19.

<sup>1014</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 120.

<sup>1015</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 1.

кроватей<sup>1016</sup>. Как видим, количество коек постоянно не хватает и коечный фонд все время пытаются увеличить на тех же площадях. Ситуация оставалась довольно напряженной. Очень быстро менялись главные врачи больницы. Например, с 29 апреля 1920 года начал работать главным врачом земской больницы Михаил Александрович Екатеринин<sup>1017</sup>. Но, уже с 26 мая возглавил больницу врач А.Ф. Ротт. В последующем с 3 июля 1920 г. на эту должность назначен врач В.Ф. Якимов<sup>1018</sup>.

Для организации стационарной медицинской помощи бурятскому населению в Верхнеудинской земской больнице были выделены соответствующие койки. Приводим приказ № 80 по Прибайкальскому районному отделу здравоохранения от 6 августа 1920 г. «В земской больнице 10 кроватей предоставить специально для Бурятского населения»<sup>1019</sup>.

Верхнеудинская земская больница на 16 августа 1920 г. функционировала на 80 коек. При этом медицинский персонал состоял из старшего врача с окладом 3800 руб., ординатора с окладом 3700 руб., двух фельдшеров с окладом по 3160 руб., четырех сестер милосердия с окладом по 3020 руб., и заведующего аптекой с окладом 3580 рублей<sup>1020</sup>. В больницу помимо коренного населения госпитализировались военные чины и служащие. Лечение для них было платным. Выдавались соответствующие квитанции за лечение. В частности, на 10 дней – 585 рублей, на 18 дней – 1000 рублей<sup>1021</sup>. В это время работал и Верхнеудинский военно-хирургический лазарет, где были великолепные условия по тем временам, но попасть туда было сложно и финансово дорого. Основная масса больных поступала в земскую больницу<sup>1022</sup>.

<sup>1016</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 2. — Д. 5. — Л. 64.

<sup>1017</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 1. — Д. 5. — Л. 23.

<sup>1018</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 2. — Д. 5. — Л. 76.

<sup>1019</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 2. — Д. 5. — Л. 107.

<sup>1020</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 2. — Д. 5. — Л. 131.

<sup>1021</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 1. — Д. 2. — Л. 2.

<sup>1022</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 2. — Д. 6. — Л. 297.

Таким образом, медицинское обеспечение сельского населения Забайкалья, равно как и по всей Российской империи до начала второй половины XIX века системно не предусматривалось. Поэтому приоритет оставался за народной, а впоследствии с XVIII века организованной традиционной тибетской медициной.

Соответственно, эти формы медицинской деятельности оставались более системными и приближенными к сельскому населению и естественно были доступнее и сыграли в целом положительную роль, сохраняя необходимый эффективный минимум медицинского обеспечения. В целом коренное и «пришлого» население Забайкалья, в основной массе неграмотное и бедное, с грузом религиозных предрассудков и укоренившихся веками представлений о болезнях и смерти, имело слабые понятия о санитарии и гигиене. Родовспоможение в первую очередь подразумевало помощь повитух, в дальнейшем более активно стали работать повивальные бабки, акушерки. Для создания основ системы медицинской помощи на селе, прежде всего были необходимы квалифицированные кадры и лечебницы.

При этом, судя по документам, повивальные и фельдшерские школы в Забайкалье функционировали непостоянно, что усугубляло и так, имевшийся дефицит медицинского персонала. Во второй половине XIX века врачи, фельдшера и повивальные бабки работали преимущественно в городах, а сельское и коренное население обслуживалось только при разъездах и в период напряженной эпидемической ситуации. А при огромных площадях округов, впоследствии уездов такой вид медицинской помощи носил больше формальный характер.

Необходимость подготовки квалифицированных кадров для организации доступной медицинской модели сельскому населению, привела к открытию первого за Уралом медицинского факультета на базе университета в Томске в конце XIX века. Со второй половины XIX века параллельно с государственными структурами развивается общественная медицина, активизируется частная благотворительность и активная деятельность попечительных обществ. Все это положительно влияет на становление системы здравоохранения в Забайкалье.

С 1865 до 1917 гг. решение сложной задачи медицинского обеспечения сельских и коренных жителей Забайкалья, представлялось в организации сельского здравоохранения с элементами земской медицины. Следствием этого стало создание врачебных участков с лечебницами (1901г.) и введение бесплатных земских коек сначала в Читинской городской больнице в 1910 году, а в 1916 году открытие областной земской больницы. Только 7 июля 1913 года принято положение об уездном (сельском) враче и фельдшере, дополнительном расширении сети врачебных пунктов и лечебниц.

Одним из методов дореволюционного правительства с целью закрепления врачей, фельдшеров, повивальных бабок в Забайкалье, было издание законов и Указов, которые предусматривали повышенные оклады, льготы и поощрения по выделению жилья, земли и времени выхода на пенсию. Но, несмотря на это желающих приехать специалистов оставалось немного, кроме энтузиастов своего дела. Дефицит медицинского персонала так и не был разрешен до начала 1920-х годов.

Улучшить положение удалось только в конце XIX начале XX веков, когда открылась Транссибирская железная дорога и послужила толчком к более широкому социально-экономическому и культурному развитию области. Создание земской медицины, сыгравшей важную роль в оздоровлении сельских жителей в центральных губерниях России с 1864 года, в Забайкалье затянулось до 1917 года.

Необходимо принимать во внимание и общую геополитическую ситуацию в начале XX века. Российская империя вынуждена была находится в состоянии двух войн (русско-японская, первая мировая), что никоим образом не могло положительно отражаться на социально-экономическом положении в стране и, в частности, в Забайкальской области.

Экстенсивный путь организации здравоохранения на окраине российской империи, становится решающим фактором для обеспечения доступности медицинской помощи в Забайкалье на тот исторический период. Создание благоприятных социально-экономических условий для населения, повышение



уровня культуры общества, внедрение санитарной гигиены в рамках государственной политики являлись необходимой основой для развития здравоохранения в регионе.

Реализовать эти планы помешали итоги русской революции 1917 года: развал государственности, гражданская война, разрушение экономики, голод, эпидемии. В имперский период в Забайкальской области общая для страны проблема построения эффективного управления медицинской отраслью отражалась на установлении целостной системы организации городского, сельского здравоохранения, ведомственной, общественной и частной медицины.

## **5.2. Организация первой сельской больницы в Агинском аймаке (Восточное Забайкалье)**

В начале XX века у Агинских бурят, представителей коренного населения Восточного Забайкалья не было сельской лечебницы. Местное население при необходимости пользовалось средствами и методами народной и традиционной тибетской медицины. Как указывалось выше в конце 80-х гг. XIX века на предложение администрации Забайкальской области содержать свою лечебницу коренное население ответило отказом вкладывать финансовые средства в неизвестную доселе научную медицину.

Таким образом, в 1913 году на обширной территории был только один фельдшерский пункт, в котором работал фельдшер. В год на нужды медицинского пункта отпускалось 17 рублей. Вопрос организации сельской больницы повторно обсуждался в 1908 году, но решение было принято только в 1921 году<sup>1023</sup>.

В 1918 году была открыта в Цугольском волостном правлении больница, но пока нет данных, на сколько коек она была рассчитана<sup>1024</sup>. В годы гражданской

<sup>1023</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1991 г. — Чита, 1991. — С. 30.

<sup>1024</sup> ГАРБ. — Ф. Р—1139. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 6.

войны эта больница была разграблена и на ее базе стала функционировать врачебная амбулатория<sup>1025</sup>.

25 января 1919 года состоялось собрание Агинского Бурятского аймачного Земского комитета. Приводим протокол № 4 из выписки этого мероприятия: «Обсудив вопрос о печальном положении среди 50-тысячного населения Агинского аймака медицинской помощи, было отмечено. Во-первых, все уезды в Забайкальской области с русскими поселениями имеют у себя вполне оборудованную на средства Общеобластного Земского хозяйства, образцовую больницу и лечебные пункты, которые, правильно функционируя, приносят местному населению скорую медицинскую помощь. Таким образом, все уезды с русским населением, будучи поставленными, в деле медицины в более лучшие условия, пользуются благами земского хозяйства. А бурятское население в этом отношении услугами земских средств почти не пользуется.

Во-вторых, отсутствие среди относящегося к значительной части земских сборов бурятского населения, ныне Агинского аймака (уезда), образцовых лечебных пунктов, настала необходимость оборудования таковых, в первую очередь в среде бурятского населения. Это неоднократно признавалось состоявшимися в конце 1914-1916 гг. съездами по составлению земской сметы 1915-1917 гг. и 1918-1920 гг. А по сметам 1915-1917 годов уже собрано с населения 37 000 рублей на оборудование в районах бывшей Агинской волости одной больницы, но она до сих пор не оборудована. По сметам 1918-1920 годов была открыта при бывшем Цугольском волостном Правлении во временном общественном помещении больница, которая в 1918 году окончательно разграблена.

Таким образом, аймачное земское собрание постановляет: - Обратиться к Областному земскому собранию с настойчивой просьбой о нижеследующем:

А) о скорейшем осуществлении постановления съезда по смете за 1915-1917 гг. и оборудование в центре Агинского аймака на собранные средства одной

---

<sup>1025</sup> Тумунов Ж. Ага и Агинцы / Ж. Тумунов — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1993. — С. 27.

больницы с принятием ныне уже доложенных мерах к улучшению постановки дела единственно существующего в селении Агинском фельдшерского пункта.

Б) о скорейшем восстановлении при Цугольском хошуне больницы с открытием ныне уже двух лечебных пунктов: при Хамниган-Бурятском и Онгоцонском хошунах и тем самым уравнивать Агинский аймак в отношении пользования благами Общеобластного земского хозяйства с другими уездами с русским населением, у которых вполне организована подача населению местной скорой медицинской помощи.

В) собранная по сметам 1915-1917 гг. на оборудование больницы Агинского хошуна сумма как таковая, назначенная в мирное время, безусловно, окажется недостаточной, то таковую сметную сумму увеличить сообразно с существующими в данное время сборами на все предметы, для полного оборудования больницы»<sup>1026</sup> (орфография архивного документа сохранена).

В это время продолжал действовать Агинский фельдшерский пункт с функциями амбулатории. С 18 ноября 1920 года Агинской амбулаторией заведует фельдшер Ванчик Очиров<sup>1027</sup>. Общее экономическое положение оставалось тяжелым, но все-же он вынужден был 12 июля 1921 года написать заявление в Агинское аймачное управление: «Заявляю, что в минувшем 1920 году распоряжением от 18 ноября за № 35 и 29 ноября за № 135 я был приглашен для заведывания Агинским амбулаторным пунктом с окладом 40 рублей (валютой) и 3 пуда мяса в месяц. Согласно этого и, осознавая своим нравственным долгом помочь своему родному бурятскому народу, приступил к исполнению своих обязанностей с 1 декабря 1920 года.

Но до сего времени мною не было получено за декабрь месяц ни жалованья, ни мяса. Потому прошу Аймуправление решить этот вопрос»<sup>1028</sup>. Наложена следующая резолюция: «Выдано 40 руб. жалованья за 1920 г. Очередное жалованье следует вынести протоколом пленарного заседания 23 июля 1921 г».

---

<sup>1026</sup> ГАРБ. — Ф. Р-1139. — Оп. 1. — Д. 9. — Л. 5.

<sup>1027</sup> ГАРБ. — Ф. Р-32. — Оп. 1. — Д. 17. — Л. 42.

<sup>1028</sup> ГАРБ. — Ф. Р-32. — Оп. 1. — Д. 51. — Л. 1.

Однако с 10 июля сего года лекпом Ванчик Очиров сам серьезно заболел и больше не смог работать<sup>1029</sup>.

9 февраля 1921 года был выдан мандат врачу Агинского Бурятского аймачного Нарревкома Лыксок Жабэ, где указано: «Аймнарревком предлагает Вам выехать в город Читу в отдел здравоохранения Бурнарревкома для ходатайства об открытии больницы в селении Агинском. Просьба оказывать ему всестороннее содействие»<sup>1030</sup>.

В Чите он встретился с заведующим отделом здравоохранения Бурят-Монгольской Автономной Области врачом Д.В. Писаревым, с которым согласовано решение о строительстве сельской больницы. 26 марта 1921 года в селе Агинское состоялся съезд представителей Агинского аймака, при участии членов хошунных и сомонных (уездных и волостных) народно-революционных комитетов в количестве 64 делегатов. После всестороннего обсуждения доклада врача Л. Жабэ о необходимости строительства больницы, абсолютным большинством голосов съезд постановляет:

1. Обратиться через Бурятский Нарревком в Чите к Центральному правительству ДВР об открытии в Агинском одной больницы на 5 кроватей на государственные средства.

2. Образовать при аймачном народно-революционном комитете медицинский фонд в 1000 рублей по цене золотой валюты путем сбора.

3. Для усиления этого фонда произвести добровольный сбор путем рассылки на места подписных листов.

Безусловно, нуждающихся в лечебно-диагностической помощи коренных жителей было очень много. Экспедиция Наркомздрава РСФСР, изучавшая заболеваемость бурят Агинского аймака в 1920-х годах определила, что на каждую 1 тыс. человек населения рождалось 17, а умирало 10 человек, из каждой родившейся 1 тыс. детей умирало до 635<sup>1031</sup>.

<sup>1029</sup> ГАРБ. — Ф. Р-1139. — Оп. 1. — Д. 16. — Л. 154.

<sup>1030</sup> ГАРБ. — Ф. Р-32. — Оп. 1. — Д. 36. — Л. 45.

<sup>1031</sup> Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1991 г. — Чита, 1991. — С. 30-31.

Таким образом, отмечалась высокая детская смертность и минимальный естественный прирост коренного населения Забайкалья. Процветали венерические, инфекционные болезни. Маленькая амбулатория не могла вместить всех нуждающихся, при этом ежедневно на прием приходило до 50 человек. 26 июня 1921 года заведующий отделом здравоохранения БМАО просит врача Агинского аймака Лысок Жабэ прибыть в село Агинское для заведывания амбулаторией и подготовки открытия новой больницы<sup>1032</sup>. Это назначение существенно меняло организацию медицинской помощи в Агинском аймаке.

Президиум управления Бурят-Монгольской автономной области 8 июля 1921 года направил врача Александра Михайловича Константинова работать в Цугольскую врачебную амбулаторию. Но, 25 июля 1921 года Лысок Жабэ пишет врачу А.М. Константинову, который заведовал Цугольским амбулаторным пунктом следующее: «Цугольская больница разрушена бандитами. Здание тоже. Там пока врач не нужен, а нужен лекпом в Агинский фельдшерский пункт из-за болезни лекпома В. Очирова»<sup>1033</sup>.

По данным медицинского отдела Агинского аймачного управления, с 13 августа 1921 года в больнице начинают работать врачи Л. Жабэ и А.М. Константинов, а также два фельдшера, один сторож, один делопроизводитель и один повар<sup>1034</sup>. 15 августа 1921 года в селе Агинское аймачными врачами Жабэ и Константиновым открыта сельская больница на 10 коек в здании бывшего хошуна (степная дума).

Таким образом, в начале 20-х гг. XX века впервые была организована Агинская сельская больница<sup>1035</sup>. Правда, в этот период она не имеет почти никакого оборудования. Но, люди обращались за медицинской помощью днем и ночью, преодолевая большие расстояния. О начальных трудностях организации здравоохранения в Агинской степи говорит такое свидетельство: «Отсутствие средств, топлива, оборудования, - писал врач Лысок Жабэ, - вынуждало обращаться

---

<sup>1032</sup> ГАРБ. — Ф. Р—32. — Оп. 1. — Д. 17. — Л. 54.

<sup>1033</sup> ГАРБ. — Ф. Р—32. — Оп. 1. — Д. 8. — Л. 13.

<sup>1034</sup> ГАРБ. — Ф. Р—32. — Оп. 1. — Д. 8. — Л. 21.

<sup>1035</sup> ГАРБ. — Ф. Р—32. — Оп. 1. — Д. 8. — Л. 16.

с не совсем обычной просьбой к больным. Каждый бурят или бурятка должны были приносить в больницу пять, десять поленьев дров или рубль и пять-десять копеек за мыло, купанье в ванне и стирку белья»<sup>1036</sup>.

Штат больницы состоял: врач-1, фельдшер-2, сторож-1, делопроизводитель-1, повар-1. Одну комнату занимает амбулатория, а другую комнату – аптека. Имеются 2 палаты и отдельные небольшие комнаты для перевязочной и операционной. Отдельная комната отведена под кухню. Один дом для квартиры врача и 2 дома для фельдшеров. Имущество больницы включало: операционный стол, 12 табуреток, 10 железных кроватей, 4 скамейки, одну кушетку для гинекологических больных, умывальники, тазы и столовый инвентарь на 10 человек. Эта больница была государственной и открыта на средства, ассигнованные правительством ДВР. Оборудование и медикаменты больница получала из Областного аптечного склада<sup>1037</sup>.

В октябре 1921 года в больнице провели ремонт, сделали дополнительные перегородки. Заготовили дрова. Доктор Жабэ представил справку о проделанной работе для финансового отчета. Оплату производил отдел здравоохранения Аймуправления. В плане текущей работы больницы намечались организация курсов оспопрививателей, распространение «элементарных сведений по гигиене и острозаразным эпидемическим заболеваниям», «печатание и распространение брошюр на монгольском языке с краткими сведениями по венерическим и острозаразным заболеваниям», «устройство при больнице бани и прачечной для приезжающих в больницу бурят». По научно-медицинской части предусматривались «антропологическое исследование бурятского населения», «исследование минеральных источников и лечебной грязи в пределах аймака», «устройство курортов» и другие мероприятия.

Но, маленькая больница не могла удовлетворить все возрастающие потребности в деле охраны здоровья населения. С помощью Агинского аймисполкома Л.Ж. Жабэ создал специальную комиссию, которая занималась

---

<sup>1036</sup> ГАРБ. — Ф. Р—32. — Оп. 1 — Д. 8. — Л. 1, 2.

<sup>1037</sup> ГАРБ. — Ф. Р—278. — Оп. 1. — Д. 24 «а». — Л. 260.

сбором средств на организацию уже новой больницы. Для этого был закуплен готовый дом на курорте «Дарасун» у купца Лезинберга и на 90 подводах доставлен в Агинское<sup>1038</sup>. В ноябре 1924 года строительство новой больницы завершилось. Она была рассчитана уже на 20 коек, и располагала столь необходимой оборудованной отдельной операционной палатой.

Таким образом, коренное население Восточного Забайкалья уже понимало и признавало необходимость квалифицированной лечебной помощи при различных заболеваниях. В 1921 году, спустя 13 лет после решения об организации, первая сельская лечебница в Агинской степи была построена и начала функционировать. Уже через 3 года возникла острая необходимость в расширении помещения и больница была оборудована в новом здании, дополнено материально-техническое и лечебно-диагностическое оснащение. Организованное лечебное учреждение оставалось крайне востребованным на обширной территории Агинской степи.

---

<sup>1038</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 210-211.

## ГЛАВА 6. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬЕ В ПЕРИОД СУЩЕСТВОВАНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОЙ РЕСПУБЛИКИ И ДО МОМЕНТА УПРАЗДНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

### 6.1. Организация медицинской помощи в Забайкалье в период существования Дальневосточной Республики

Дальнейшее формирование основ системы здравоохранения в Забайкалье после революционных событий 1917-18 гг. также имело ряд существенных особенностей<sup>1039</sup>. С марта 1918 года одним из первых организационных мероприятий в сфере здравоохранения Забайкальской области стало объединение руководства медико-санитарным делом в один орган – врачебно-санитарный совет и его исполнительный комитет<sup>1040</sup>.

В начале сентября 1918 года советская власть в Забайкалье была временно свергнута<sup>1041</sup>. На деятельности здравоохранения Забайкальской области отражался весь процесс развала российской государственности. Военно-политическая ситуация оставалась крайне напряженной и активное продолжение борьбы на востоке страны грозило неминуемой войной с Японией, которая для советской России в этот момент была непосильной. Необходимо было выиграть время, накопить силы и изолировать Японию на международной арене от ее союзников, используя существовавшие между ними противоречия<sup>1042</sup>.

В 1919 году организация медицинского дела в Забайкалье продолжала сохранять структуру дореволюционной России. Политический переворот в августе 1918 г. и захват власти в Забайкалье атаманом Г.М. Семеновым хотя и

---

<sup>1039</sup> Журавлева К.И. Здравоохранение за 50 лет Советской власти / К.И. Журавлева // Материалы III всесоюзной научной историко-медицинской конференции. Под общ. ред. проф. М. И. Барсукова: М-во здравоохранения СССР. Всесоюз. науч. ист.-мед. о-во — Москва, 1967. — С. 116.

<sup>1040</sup> Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 19.

<sup>1041</sup> Шерешевский Б.М. Забайкалье в период Дальневосточной Республики 1920-1922 гг. / Б.М. Шерешевский — Чита: Кн. изд-во, 1960. — 92 с.

<sup>1042</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 188, 192.



спасли медицинские структуры от самоликвидации, но не улучшили состояние отрасли в целом<sup>1043</sup>.

Управляющий Забайкальским областным врачебным отделом в Чите отправляет по требованию в Омск список лечебных заведений области на 24 февраля 1919 года.

Таблица 23. Список лечебных заведений Забайкалья на 1919 г.<sup>1044</sup>

Наименование лечебного учреждения	Наличие дезинфекционной камеры	Количество кроватей	Наличие прачечной
<b>г. Чита:</b> Читинская городская больница	есть	110	есть
Тюремная больница	нет	38	есть
Больница Красного Креста	нет	47	есть
Земская больница	нет	40	есть
Областная психиатрическая больница	нет	50	есть
Психиатрическая лечебница (бывшая войсковая)	нет	50	есть
Больница Забайкальской железной дороги	нет	80	есть
Лечебница доктора Бурмакина	нет	2	нет
<b>Читинский уезд:</b> Размахнинская земская больница	нет	10	нет
Больница железной дороги на станции Оловянной	нет	60	есть
Земская больница в с. Тыргетуй	нет	10	нет
Земская больница в с. Урульга	нет	10	нет
Больница переселенческого района на станции Карымской	нет	24	нет
Больница бр. Замятиных на Черновских копиях	нет	8	нет
<b>г. Верхнеудинск:</b> Верхнеудинская общественная городская больница	нет	35	есть
Тюремная больница	нет	40	есть

<sup>1043</sup> Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) / В.А. Шаламов // Вестник Томского государственного университета. – 2017. – № 414. – С. 156–166.

<sup>1044</sup> ГАЗК. – Ф. 1. – Оп. 2 (вр). – Д. 1216. – Л. 3-4 об.

Больница Забайкальской железной дороги	нет	60	есть
Больница Красного Креста	нет	46	есть
Земская больница в с. Кульском	нет	10	нет
Земская больница в с. Петровском Заводе	нет	10	нет
Больница Забайкальской жел. дороги на станции Хилок	нет	50	есть
<b>Селенгинский уезд:</b> Земская больница в с. Кабанском	нет	10	есть
Земская больница в с. Торее	нет	10	есть
<b>г.Троицкосавск:</b> Троицкосавская городская общественная больница	нет	35	есть
Войсковая больница в слободе Кяхта	нет	50	есть
<b>Баргузинский уезд:</b> Туркинская земская больница	нет	20	есть
Телятниковская земская больница	нет	10	нет
<b>г. Нерчинск:</b> Нерчинская городская общественная больница	нет	30	есть
Тюремная больница	нет	30	есть
Сретенская уездная земская больница	нет	70	есть
Земская Ботовская больница	нет	10	нет
Шелопугинская войсковая больница	нет	10	нет
Бутулейская переселенческая больница	нет	10	нет
Зиловская больница Амурской железной дороги	нет	25	есть
Могочинская больница Амурской железной дороги	нет	25	есть
<b>Нерчинско-Заводской уезд:</b> Нерчинско-Заводская земская больница	нет	20	нет
Красноярковская войсковая больница	нет	50	есть
Усть-Уровская войсковая больница	нет	10	нет
Богдатская войсковая	нет	10	нет

больница			
Александровско-Заводская земская больница	нет	10	нет
<b>г. Акша:</b> Акшинская уездная земская больница	нет	40	есть
Акшинская войсковая больница	нет	40	есть
Ново-Цурухайтуевская земская больница	нет	10	нет
Итого		1326 коек	

В этот период в Забайкалье функционировали 43 больницы различных ведомств на 1326 коек. Стационарная лечебная база состояла из 4 городских больниц: в Чите - 110 коек, Верхнеудинске - 35 коек, Троицкосавске - 35, Нерчинске – 30 коек. В сельской местности функционировали 16 земских больниц на 270 коек, самая крупная находилась в Сретенске на 70 коек, в Акше на 40 коек, остальные по 10 коек. Ведомственные больницы Забайкальской железной дороги на 300 коек, две в городах Чите, Верхнеудинске и три на станциях Хилок, Могоча, Зилово<sup>1045</sup>.

Напряженная эпидемиологическая обстановка в Забайкалье требовала наличие дезинфицирующих камер. Стационарных дезинфекционных камер в лечебных учреждениях не хватало, поэтому только в Читинской городской больнице функционировала дезинфекционная камера «Гелиос»<sup>1046</sup> (относится к тепловым дезинфицирующим камерам и представляет собой ящик из гофрированного железа, который разделен на две части: нижняя занята топкой, нагревающей через плиту воздух камеры, а в верхней помещается шестигранный сетчатый барабан, в котором размещаются обеззараживаемые вещи – прим. авт.).

В Нерчинске с 1 февраля 1919 года во время эпидемии тифа открыта эпидемическая больница на 10 кроватей, при которой имеется переносная дезинфекционная камера и прачечная<sup>1047</sup>. Также на Амурской железной дороге в пределах Забайкальской области работали 2 переносные дезинфекционные

<sup>1045</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 3-4 об.

<sup>1046</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 15.

<sup>1047</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 14.

камеры<sup>1048</sup>. Дополнительно на Забайкальской железной дороге имеется пароформалиновая дезинфекционная камера-вагон, одна дезинфекционная камера «Гелиос», установленная в вагоне, две стационарные камеры «Гелиос», одна пароформалиновая дезкамера при Хилокской железнодорожной больнице<sup>1049</sup>. Наличие таких дезинфекционных камер в условиях гражданской войны имело актуальное значение. При кажущемся некотором благополучии коечного фонда, катастрофически не хватает медицинского персонала. Так в Верхнеудинской тюремной больнице должность врача остается вакантной<sup>1050</sup>.

Но, медицинская служба благодаря деятельности органов власти и работавшего штатного персонала в соответствии с необходимостью обеспечения медико-санитарного контроля способствовали даже экстенсивному развитию отрасли. Так на 2 июля 1919 года увеличилось количество земских лечебниц: в Читинском уезде в селе Агинском функционировала врачебная амбулатория, в Цуголе работала больница на 10 коек. В Верхнеудинском уезде были дополнительно организованы земские больницы в Красном Яре, Урлукске по 10 коек; в Селенгинском уезде в Мысовске на 10 коек. Также открыты земские приемные покои на 10 коек в Баргузине, Зильдинске, Улетах, Турунтаево, Кударабурятском, на 4 кровати в Ундинске<sup>1051</sup>. Все эти факторы работали на обеспечение доступности медицинской помощи для местного населения.

Японским Красным Крестом для жителей через казачье ведомство в Нерчинск было направлено 82 ящика медикаментов. Это была попытка расположить население Забайкалья к появившимся интервентам. Медикаменты распределили между казаками, горожанами, крестьянами и коренными жителями самого Нерчинска и уездов Нерчинского, Нерчинско-Заводского и Акшинского<sup>1052</sup>.

Эпидемиологическая ситуация оставалась напряженной и необходимо было держать ее под контролем. Представляем выписку из протокола заседания

<sup>1048</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 13.

<sup>1049</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 12-12 об.

<sup>1050</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 10.

<sup>1051</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 27-27 об.

<sup>1052</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 2 (вр). — Д. 1216. — Л. 35.

областной санитарно-исполнительной комиссии от 19 сентября 1919 года «О постройке в спешном порядке в течение 4-х месяцев заразной больницы на 20 коек в станице Сретенской. Общая больничная и служебная площадь 60 кв.м. Ассигновать 300 000 рублей»<sup>1053</sup>. Но, возникли трудности с рабочими, со строительными материалами. Уже в декабре смета выросла до 1 728 367 руб., 66 коп<sup>1054</sup>.

Необходимо было создавать полномочные государственные органы власти для решения назревших социально-экономических проблем. Открывшийся в Верхнеудинске (Улан-Удэ) 28 марта 1920 года учредительный съезд трудящихся Прибайкалья обратился 6 апреля ко всем правительствам и народам мира с декларацией об образовании независимой демократической Дальневосточной Республики (ДВР)<sup>1055</sup>. Забайкалье вошло как органическая часть в состав ДВР, а административный центр Чита стал столицей Дальневосточной Республики. Границы нового государства должны были охватить Забайкальскую, Амурскую, Сахалинскую и Камчатскую области и полосу отчуждения Китайско-Восточной железной дороги (КВЖД)<sup>1056</sup>. Советская Россия признала ДВР 14 мая 1920 года, с самого начала предоставив ей финансовую, дипломатическую, хозяйственную и военную помощь<sup>1057</sup>.

Организация государственной медицины началась с создания аппарата Министерства здравоохранения ДВР<sup>1058</sup>. Министерству здравоохранения в этот период пришлось вести борьбу с эпидемиями, организовывать медицинскую помощь населению, осуществлять медицинское обеспечение народно-

<sup>1053</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (вр). — Д. 828. — Л. 7.

<sup>1054</sup> ГАЗК. — Ф. 1. — Оп. 1 (вр). — Д. 828. — Л. 9, 37.

<sup>1055</sup> История Бурятской АССР в 2-х т. / Ред. коллегия: П.Т. Хаптаев (глав. ред.) и др. Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1959. — Т. 2. — С. 140, 145.

<sup>1056</sup> Батоев С.Д. Организация медицинской помощи населению Бурятии в период существования Дальневосточной республики (ДВР) / С.Д. Батоев // Сибирский медицинский журнал. — Томск, 2011. — Т.26. — № 1. — Выпуск 1. — С. 181-185.

<sup>1057</sup> Намсараев С.Д. История Бурятии. Конец XIX века – 1941 г. — Часть 1. — Улан-Удэ, 1993. — С. 38.

<sup>1058</sup> ГАЗК. — Ф. Р-1144. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 3.

революционной армии<sup>1059</sup>. 20 декабря 1920 года утверждено правительством ДВР Положение о министерстве здравоохранения<sup>1060</sup>. Положение представлено в приложении 8 диссертации (С. 477).

Таким образом, в ведение Министерства здравоохранения входили: «Все медико-санитарные, ветеринарные учреждения и заведения, а равно бактериологические институты, противочумные станции, санпоезда, плавучие госпитали и проч., как гражданского (переселенческого, железнодорожного, водных путей сообщения, горного и проч.), так и военного ведомств и общественных частных организаций (земства, городов, земсоюза, согора, земгора, общества Красного Креста, больничные кассы и проч.) на всей территории Дальневосточной Республики»<sup>1061</sup>.

Первым министром здравоохранения ДВР 30 ноября 1920 года был назначен Федор Николаевич Петров<sup>1062</sup>. На основании Постановления № 6 от 5 ноября 1920 г. на всей территории ДВР вводилась общедоступная и бесплатная медицинская помощь во всех её видах (амбулаторная, стационарная, курортно-санаторная, зубоврачебная и других) для всех трудовых групп населения.

По приказу Начальника ГлавСанУпра Ф.П. Петрова: «старший ординатор Верхнеудинского местного хирургического лазарета доктор Серков Николай откомандировывается в Минздрав ДВР с 26 мая 1920 года»<sup>1063</sup>. Приказ № 17 по Минздраву ДВР от 26 мая 1920 г.

1. Врач Легков Константин отстраняется от несения обязанностей заведующего Прибайкальским отделом здравоохранения сего числа.
2. Врач хирургического местного лазарета Серков Николай назначается на должность заведующего Прибайкальским отделом здравоохранения сего числа.

<sup>1059</sup> Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин — Томск: изд. Том. ун-та, 1975. — С. 222.

<sup>1060</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 20.

<sup>1061</sup> ГАЗК. — Ф. Р—1144. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 3.

<sup>1062</sup> ГАЗК. — Ф. Р—1144. — Оп. 1. — Д. 1. — Л. 7.

<sup>1063</sup> ГАРБ. — Ф.Р—353. — Оп.1. — Д. 16. — Л. 39.

Министр здравоохранения ДВР Петров<sup>1064</sup>.

22 ноября 1920 года постановлением правительства ДВР и Забайкальской области была выделена Прибайкальская область (Западное Забайкалье) с центром в Верхнеудинске. Верхнеудинский уезд состоял из 31 волости городов Петровск-Забайкальский, Верхнеудинск. Троицкосавский уезд состоял из 15 волостей и г. Троицкосавск. Баргузинский уезд состоял из 6 волостей и г. Баргузин.

Прибайкальскому Облздраву подчиняются Верхнеудинский горздрав, Баргузинский, Верхнеудинский и Троицкосавский уездздравы. Имеется Областной аптечный склад в Верхнеудинске, Минаптеки (минимальная) №1 и №2. Необходимо отметить, что Н.М. Серков не единожды увольнялся и вновь назначался на должность завоблздравотделом. Имеющий большой опыт организаторской и клинической деятельности, добросовестно исполнявший свои обязанности в деле становления службы здравоохранения в сложном по политическим, экономическим, социально-бытовым и национальным особенностям регионе, он не всегда соглашался с решениями противоречащими поступательному развитию медицинской помощи населению.

Приказом № 156 по Прибайкальскому районному отделу здравоохранения от 1 декабря 1920 года заведующим областным западно-забайкальским (Прибайкальским) районным отделом здравоохранения назначается врач М.Д. Разгильдеев, а Н.М. Серков, переводится в Верхнеудинский местный военно-хирургический лазарет с 7 декабря 1920 г.<sup>1065</sup>. Но уже по приказу № 100 от 5 июля 1921 г. он вновь заведующий Прибайкальским облздравотделом<sup>1066</sup>.

Состояние медицинской помощи населению Прибайкальской области за период с 3 марта 1920 года по 1 октября 1921 года, Н.М. Серков отразил в своем докладе «...после организации новым правительством Министерства здравоохранения, подотдел здравоохранения 22 апреля 1920 года переформирован в районный отдел здравоохранения, впоследствии переименованный в областной,

<sup>1064</sup> ГАРБ. — Ф.Р—92. — Оп.2. — Д. 5. — Л. 47.

<sup>1065</sup> ГАРБ. — Ф.Р—89. — Оп.1. — Д. 3. — Л. 80.

<sup>1066</sup> ГАРБ. — Ф.Р. — 89. — Оп.1. — Д. 12. — Л. 20.

в ведении которого и переданы были гражданские лечебные заведения и учреждения в пределах 3-х уездов – русских, и 3-х аймаков – бурятских. Приведение в правильную систему всего медико-санитарного управления, совершилось в течение всего 1920 и начале 1921 года»<sup>1067</sup>.

Приказом Минздрава ДВР № 75 от 28 октября 1921 года вновь на должность заведующего Прибайкальским Областным отделом здравоохранения был утвержден врач Николай Михайлович Серков<sup>1068</sup>. В должности заведующего Прибайкальским областным отделом здравоохранения он проработал до 15 марта 1922 г., одновременно с 22 октября 1920 г. по 15 марта 1922 г. состоял Уполномоченным по ликвидации туберкулёза в области. Ситуация с организацией медицинской службы в новых политических, социально-экономических условиях была напряженной. В те годы существовал институт политкомов с широкими правами для контроля и помощи в деятельности лечебных учреждений.

Доклад политкома Прибайкальского облздрави от 18 сентября 1921 года: «...развитие политической работы продвигается медленным темпом, за отсутствием кадров и низкого уровня политического развития низшего персонала. В Верхнеудинских больницах за немногим исключением, низший персонал, под влиянием спецов настроен враждебно к партии коммунистов, а иногда и к самим политкомам. Очень трудно работать»<sup>1069</sup>. Одной из задач политкомов было создание библиотек: «В настоящее время имеются библиотеки в больницах Верхнеудинска и Облздрави в количестве 400-500 экземпляров в каждой и получена литература для организации библиотек при Баргузинском и Троицкосавском уездздрави, в целом работа налаживается. Развивается профсоюзная деятельность».

Издается приказ по Минздрави ДВР за № 69 от 18 октября 1921 года: «...для проведения в жизнь принципов единой автономной медицины и установления

---

<sup>1067</sup> ГАЗК. — Ф.Р—200. — Оп.1. — Д.3. — Л. 1-2.

<sup>1068</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 24.

<sup>1069</sup> Там же. – С. 22.



планомерной и согласованной работы между всеми отделами ведомственной медицины, кроме военной, устанавливается институт уполномоченных Минздрава, права и обязанности, которых будут определены особым положением. Уполномоченным Минздрава по Прибайкальской области назначен заведующий Облздравом Н.М. Серков»<sup>1070</sup>.

Нами в ходе исследования уточнена и дополнена биография Н.М. Серкова. Она представлена в приложении 9 диссертации (С. 478). Диссертанту удалось познакомиться с внуком Н.М. Серкова – Аркадием Михайловичем Серковым, и он из семейного архива предоставил приветственную телеграмму деду от благодарных пациентов Забайкалья – приложение 10 (С. 480).

В 1920 году Верхнеудинский лазарет Красного Креста переименован на Верхнеудинский военный местный хирургический лазарет<sup>1071</sup>. Лечебное учреждение располагало 100 койками и имело в своем составе еще и отделение женских болезней на 15 коек<sup>1072</sup>. В период существования ДВР в Верхнеудинске функционировали городская больница, местный хирургический лазарет Красного Креста, заразный барак.

В 1921 году обеспеченность населения Забайкалья врачами оставалась очень низкой. В частности, в Прибайкальской области на 10 000 населения приходилось 0,9 врача и соответственно: в Баргузинском уезде – 0,7, Троицкосавском – 0,5 и в Верхнеудинском – 0,4.

В области работало 23 врача, 24 школьных и 44 ротных фельдшера, 3 зубных врача, 12 фельдшериц-акушерок, 7 акушерок, 14 сестер милосердия и 17 фармацевтов<sup>1073</sup>. Н.М. Серков, уделял приоритетное внимание развитию и укреплению материальной базы медицинской службы, проявил большие организаторские способности в деле формирования государственной системы здравоохранения на территории Западного Забайкалья.

<sup>1070</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 24.

<sup>1071</sup> ГАРБ. – Ф.Р–353. – Оп. 1. – Д. 1. – Л. 11.

<sup>1072</sup> ГАРБ. – Ф.Р–92. – Оп. 1. – Д. 6. – Л. 64.

<sup>1073</sup> ГАЗК. – Ф.Р–200. – Оп. 1. – Д. 3. – Л. 14 об.

В первую очередь, понимая актуальность организации акушерской помощи, настаивал на немедленном открытии родильного приюта в Верхнеудинске 8 ноября 1920 года на областном совещании<sup>1074</sup>. После этого принимается решение открыть в Верхнеудинске родильный приют<sup>1075</sup>. С этой целью был произведен ремонт частного здания и с декабря 1920 года родильный приют на 15 коек и приют-ясли начинают функционировать<sup>1076</sup>. Но, эти медицинские учреждения находились в приспособленном здании и проработали недолго. Уже 1 сентября 1921 года здание закрыли на текущий ремонт по приказу Прибайкальского облздора от 29 августа 1921 года<sup>1077</sup>. Было принято единогласное решение об увеличении коек родильного приюта до 25 с полной оплатой за аренду и ремонт помещения и выделение ассигнований на содержание пациентов в размере 450 рублей золотом в месяц.

На основании приказа Прибайкальского облздора №183 от 22 ноября 1921 года родильный приют и приют-ясли приданы Верхнеудинской городской больнице на правах отделения и больница расширилась до 80 коек<sup>1078</sup>. Н.М. Серков, организовывал масштабные противоэпидемические мероприятия по борьбе с тифами (брюшным, сыпным и возвратным), свирепствовавшими в Прибайкалье.

В этих сложных условиях необходимо было расширение коечного фонда: «Ввиду того, что город Верхнеудинск является областным центром и, принимая во внимание малую приспособленность старого здания городской больницы под лечебное заведение, областной отдел здравоохранения возбудил ходатайство о передаче Верхнеудинского местного военно-хирургического лазарета с химико-бактериологической лабораторией, в распоряжение гражданского ведомства, для устройства в нем областной больницы, что даст возможность содержать её

---

<sup>1074</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп. 1. — Д. 61. — Л. 21.

<sup>1075</sup> ГАРБ. — Ф.Р—92. — Оп. 1. — Д. 10. — Л. 180, 182, 186.

<sup>1076</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп. 1. — Д. 61. — Л. 42.

<sup>1077</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп. 1. — Д. 61. — Л. 22.

<sup>1078</sup> ГАРБ. — Ф.Р—92. — Оп. 1. — Д. 5. — Л. 199.

общими силами области, сохранив расход города и уезда на содержание мало удовлетворяющей всех, городской больницы»<sup>1079</sup>.

Соответственно, издается приказ по Министерству здравоохранения ДВР №78 от 10 ноября 1921 года о передаче лазарета из военно-санитарного ведомства в подчинение Прибайкальского облздравотдела<sup>1080</sup>. На этот приказ была наложена резолюция Областного Управления ДВР: «...К приему хирургического лазарета приступить с 1 января 1922 года. Содержание хирургического лазарета Облуправление берет на себя»<sup>1081</sup>. Но это решение до конца не было доведено из-за административных, ведомственных разногласий и экономических трудностей.

По свидетельству руководителя Прибайкальского облздора: «Нет точных и определенных положений о взаимоотношениях между органами здравоохранения и органами местных самоуправлений. Вот та проблема, от разрешения которой будет зависеть успех дела здравоохранения в области»<sup>1082</sup>.

В 1921 году в Прибайкальской области в распоряжении Верхнеудинского горздора находились: Верхнеудинская городская больница, которая расширилась до 80 кроватей, больница общества «Экономия» на 25 коек, заразная больница на 100 коек и холерный барак при ней на 30 кроватей, тюремная больница на 50 коек.

Верхнеудинский уездздрав включает: Петровскую больницу с амбулаторией, Минаптеку (минимальная) Петровского завода, Минаптеку села Хилок, 7 врачебных участков, 16 фельдшерских пунктов. В Баргузинском уездздраве находились: городская больница и амбулатория Баргузина, Минаптека Баргузина, Горячинска, Телятниковская больница, 3 врачебных участка, 13 фельдшерских пунктов. В Троицкосавском уездздраве функционируют: городская больница в Троицкосавске, заразный барак, амбулатория, Минаптека в Троицкосавске, Тамирская больница, 3 врачебных участка, 12 фельдшерских пунктов. В этот

---

<sup>1079</sup> ГАЗК. — Ф.Р—200. — Оп.1. — Д.3. — Л. 3.

<sup>1080</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп.1. — Д. 61. — Л. 86.

<sup>1081</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп.1. — Д. 61. — Л. 85.

<sup>1082</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп.1. — Д. 61. — Л. 7.

сложный период дореволюционная система здравоохранения в Забайкалье не развалилась, а продолжала функционировать.

В Восточном Забайкалье Читинский городской отдел здравоохранения начал свою работу при Минздраве ДВР в августе 1921 года под руководством А.В. Сегельмана. Городские отделы здравоохранения подразделялись на подотделы по образцу уездных, учрежденные с разрешения Министерства здравоохранения и в зависимости от местных условий<sup>1083</sup>. Таким образом, при Читинском горздраве функционировали подотделы: лечебный, санитарно-эпидемиологический, охраны материнства и детства, статистический, финансово-счетный, фармацевтический и канцелярия.

В Чите и прилегающих окрестностях работали следующие больницы: мужская и женская психиатрические, земская больница, тюремная больница и больница Черновских копей<sup>1084</sup>. Основную тяжесть лечения больных в эти годы несла Читинская городская больница. В период страховой медицины она оставалась бюджетным учреждением, единственной больницей на всю незастрахованную Читку, средства отпускались только на 100 коек.

В городе свирепствовали эпидемии сыпного тифа, скарлатины, натуральной оспы и др. В терапевтическое отделение поступали больные в крайне тяжелом состоянии и смертность достигала 91%. Городская больница имела 30 инфекционных коек, но ежегодно возникала необходимость создавать временные госпитали и бараки, для которых выделяли медицинский персонал<sup>1085</sup>. В октябре 1923 года работала амбулатория при земской больнице. В связи с тем, что лечебные заведения передаются на содержание и ответственность Облуправлениям, было принято решение об упразднении института политкомов.

Выписка из приказа политинспекции Минздрава Дальневосточной Республики за №123 от 25 октября 1921 года: «Политкомы Прибайкальского Облздрава

---

<sup>1083</sup> Чабан С.Н. 90 лет со дня образования Читинского городского отдела здравоохранения (1921 г.) / С.Н. Чабан, О.П. Колодинач // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2011 год. — Чита, 2011. — С. 177.

<sup>1084</sup> Там же. — С. 177.

<sup>1085</sup> Там же. — С. 178.

Вячеслав Завражнов, Верхнеудинской заразной больницы Николай Снегирев, Верхнеудинской больницы Василий Комышев, Амурского облздрава Ераков, Свободинской больницы Маторин и политком Читинской Областной земской больницы (хирургический лазарет №2) Павел Монов сего числа откомандировываются в распоряжение Военного Главного Санупра»<sup>1086</sup>.

С 23 мая по 3 июня 1920 года в Верхнеудинске проходил съезд трудового бурятского народа<sup>1087</sup>. Решением съезда было сохранение аймаков (район) и хошунов (уезд) как национальных административно-территориальных единиц<sup>1088</sup>. Созданное в Дальневосточной Республике Министерство национальных дел занялось практическим осуществлением задач в области национальной политики, используя опыт национального строительства в РСФСР.

Таким образом, коренное бурятское население оказалось в составе РСФСР и ДВР. В состав Бурят-Монгольской области РСФСР вошли Тункинский, Селенгинский (часть современной Республики Бурятия), Эхирит-Булагатский, Боханский и Аларский аймаки (часть современной Иркутской области). Население БМАО РСФСР насчитывало 185 192 человека, в том числе 70% бурят.

Учредительное собрание ДВР открылось в Чите 12 февраля 1921 года и постановило выделить всю территорию, населенную бурят-монгольским народом в особую Бурят-Монгольскую автономную область ДВР. 27 апреля 1921 года часть Прибайкальской области вошла в состав Бурят-Монгольской автономной области ДВР.

Из принятого Постановления: Раздел 1. Общие положения. Статья 1. Из территории, населяемой Бурят-Монгольским народом, образуется особая самоуправляющаяся, с правом местного законодательства, непротиворечащего общим законам Дальневосточной республики, область, под

<sup>1086</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 22.

<sup>1087</sup> История Бурятской АССР в 2-х т. / Ред. коллегия: П.Т. Хаптаев (глав. ред.) и др. — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1959. — Т. 2. — С. 142.

<sup>1088</sup> История Бурятии. Т. III. XX-XXI вв. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 42.

наименованием «Бурят-Монгольская Автономная область (БМАО)»<sup>1089</sup>. Бурят-монгольское население подчинялось общим законам ДВР, а в пределах своей области оставалось самостоятельным в сфере организации суда, административно-хозяйственной и культурно-национальной жизни.

Для понимания административного деления БМАО ДВР необходимо учесть то, что сплошной территорией область не обладала. Сплошную территорию и замкнутую границу имели только хошуны (уезды). Аймаки (районы) же не имели сплошной территории и замкнутой границы. Это происходило в связи с тем, что бурятские национальные административные единицы включали только бурят-монгольское население и между бурятскими хошунами чересполосно оказались русские поселения.

18 августа 1921 года в Чите был принят Закон о Временном управлении БМАО. Согласно постановления организованы следующие аймаки: Агинский в составе 4 хошунов, Баргузинский в составе 7 хошунов, Хоринский в составе 10 хошунов, Чикойский в составе 3 хошунов<sup>1090</sup>. На первом национальном собрании Бурят-Монгольской автономной области (12 октября-3 ноября 1921 г., Чита) было избрано новое Областное управление, где преобладали уже коммунисты. Структура управления была следующая: 1. Президиум – 5 человек. 2. Секретариат. При управлении отделы: 1. Административный 2. Финансовый 3. Народного образования 4. Торговый 5. Военный 6. Судебный 7. Народного здоровья 8. Земельный 9. Ветеринарный 10. Налоговое присутствие 11. Управление милиции 12. Ревтрибунал.

Таким образом, в середине 1921 г. административное деление автономной области состояло из 4 аймаков, которые включали в себя хошуны. На протяжении 1921 – 1923 гг. происходят дополнительные изменения, некоторые хошуны ликвидируются и объединяются.

<sup>1089</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 31-32.

<sup>1090</sup> Намсараев С.Д. История Бурятии. Конец XIX века – 1941 г. – Часть 1. – Улан-Удэ, 1993. – С. 40-43.

Таблица 24. Сравнение рождаемости, смертности и прироста населения в дореволюционный период (Забайкалье, Сибирь, Европейская Россия, Германия)<sup>1091</sup>.

Буряты	Русские	Европ. Россия 1904-1914 гг.	Германия 1904-1913 гг.	Иркутская губ. 1889 г.	Томск. Губ. 1889 г.	Московская губ. 1889 г.
Рождаемость на 1000 жителей						
15,6	44,3	45,5	31,0	48,6	44,7	45,0
Смертность на 1000 жителей						
12,1	20,0	29,1	17,5	37,4	25,7	39,5
Прирост на 1000 жителей						
3,5	24,3	16,4	13,5	11,2	19,0	6,5

Таким образом, представители бурятской национальности имели более низкую рождаемость, более низкую смертность по сравнению с русским населением, хотя достоверного учета смертности кочевого народа не было, тем не менее, отмечается минимальный естественный прирост населения, но он не отрицательный. При оценке рождаемости принято следующее деление коэффициентов: рождаемость очень высокая – выше 40 на 1000, высокая 25-30, средняя 15-24, низкая 10-14<sup>1092</sup>.

По данным переписи 1917 года, частично проверенным (в Агинском и Чикойском аймаках на территории ДВР находится 115 960 человек бурят-монгол, из них 43 061 чел. мужчин, 43 349 женщин и только 29 560 детей. По этим данным дети бурят-монгол составляют 25,49% всего населения, в то время как по данным всероссийских переписей населения процент детей колеблется от 50 до 60. Из этого следует, если социально-экономические условия не изменяться коренным образом, то с каждым поколением общая численность бурят-монгол

<sup>1091</sup> Янданова Х.Р. Характеристика демографических показателей среди бурят в исследованиях русских и иностранных путешественников XVII-XIX вв. / Х.Р. Янданова // Здоровоохранение и информационные ресурсы: материалы научно-практической конференции. — Улан-Удэ, 2001. — Ч.2. — С. 38.

<sup>1092</sup> Белицкая Е.Я. Учебное пособие по медицинской статистике / Е.Я. Белицкая — Л.: Медицина, 1972. — С. 145.

будет сокращаться на 25-30%<sup>1093</sup>. Данные о движении населения бурят-монголов с 1897 года устанавливают не только прекращение прироста населения, но и уменьшение его, а в таких условиях призыв на военную службу может только ускорить процесс вымирания.

Таким образом, от 4 октября 1921 года правительство ДВР приняло закон, освобождающий бурят-монгол от призыва в армию. По материалам переписи 1897 года в Забайкальской области бурятского населения было 179 487 душ обоего пола. По уездам:

1. Читинский и Акшинский уезды 42 605 чел. 2. Баргузинский уезд 11 450 чел. 3. Верхнеудинский уезд 53 407 чел. 4. Селенгинский и Троицкосавский уезды 71 610 чел. 5. Нерчинский и Нерчинско-заводской уезды 415 чел. Итого: 179 487 человек бурят-монгол. Таким образом, все бурят-монгольское население территории, входившей в состав ДВР, исчислялось по данным 1897 года в следующем виде: Агинский аймак 42 605 чел. Баргузинский аймак 11 450 чел. Хоринский аймак 53 407 чел. Чикойский аймак 23 870 чел. Итого: 131 332 чел.

После 1897 года полных статистических обследований в Забайкальской области не проводилось до 1916 года. По тщательным выборкам из материалов этой переписи, произведенных в 1921 году статистическим отделом Бурмонавтупра, численность населения по тем же аймакам выражается в следующем:

Агинский аймак 48 363 чел. Баргузинский аймак 12 158 чел. Хоринский аймак 52 624 чел. Чикойский аймак 17 652 чел. Итого: 130 796 чел.

Значительная разница цифр 1897 и 1916 годов в отношении Агинского и Чикойского аймаков можно объяснить следующим образом:

1) За время отделяющее друг от друга две указанные переписи население Агинской степи, составляющей территории Агинского аймака пополнялось путем миграции из Монголии, что подтверждают данные обследования Агинской степи,

---

<sup>1093</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. – С. 99.



произведенного Читинским отделением Русского географического общества в 1908 году.

2) В отношении Чикойского аймака цифра населения, на 1897 год определена грубо, но при более точном определении возможно ее значительное изменение.

Более правильной цифрой населения Агинского аймака необходимо считать 33 741, проведенную статистическим отделом Агинского аймака управления на 1-е июля 1921 года. Итак, население Бурят-Монгольской автономной области в составе ДВР выражается в следующих цифрах: Агинский аймак 33 741 чел. Баргузинский аймак 12 158 чел. Хоринский аймак 52 624 чел. Чикойский аймак 17 652 чел. Итого: 116 175 человек обоего пола. Разница составила 14 621 человек. Цифра не очень большая, учитывая произошедшее естественное движение населения в условиях войны и развала государственности.

Таблица 25. Характеристика естественного прироста коренного населения Забайкалья в дореволюционный период<sup>1094</sup>.

Забайкальская область 1908 г	рождаемость	смертность	естественный прирост за 10 лет
Агинская волость	30,6	20,6	10,0
Цугольская волость	28,2	21,2	7,1

Таким образом, естественный прирост определяется не свыше, чем 1% в год. Причина понижения прироста лежит в чрезвычайно высокой смертности детей, когда высокий уровень рождаемости приобретает характер «бесполезной рождаемости»<sup>1095</sup>.

Безусловно, проблемы высокой детской и материнской смертности, социальных болезней, уровня и образа жизни, степени санитарно-гигиенических навыков необходимо было решать на новой общественно-экономической платформе. Это и происходит в годы советской власти. Но, говорить о полном

<sup>1094</sup> Ескевич Л. Некоторые выводы о динамике бурят-монгольской народности / Л. Ескевич // Жизнь Бурятии. — Верхнеудинск, 1927. — №11-12. — С. 30.

<sup>1095</sup> Журавлева К.И. Статистика в здравоохранении. — Москва, 1981. — С. 97.

безразличии дореволюционной власти к подданному коренному населению, значит не быть объективным с историко-медицинских позиций.

По данным О.А. Гончаровой: «русская и алтайская народная медицина в XX веке обеспечивала устойчивость народа в сложных условиях. В период 1917-1920 гг. были решены три основные задачи: лечебно-профилактическая, противоэпидемиологическая и санитарно-гигиеническая для укрепления здоровья народов Алтая»<sup>1096</sup>.

Интерес представляет Положение о местных советах здравоохранения в Бурят-Монгольской автономной области<sup>1097</sup>. Утверждено по Постановлению Президиума Бурмонавтупра от 1 декабря 1921 года №59 пункт 6 в порядке пункта 8 статьи 9 Положения о Центральном управлении и местных органах власти Бурят-Монгольской автономной области и на основании Постановления национального собрания от 30 октября 1921 года №20.

I. Местные советы здравоохранения учреждаются при аймачных и хошунных управлениях и являются подсобными органами областного отдела здравоохранения по проведению в жизнь мероприятий, имеющих целью охрану народного здоровья и лучшую постановку врачебно-санитарного дела на местах.

II. В состав Советов здравоохранения входят:

- а) Весь медицинский персонал данного учреждения.
- б) Представители местного общественного самоуправления в количестве 2-х лиц.
- в) Представители профессиональных, кооперативных и культурных организаций по одному.
- г) Местные учителя по одному, если они не представлены в Совете на основании пункта 6 настоящей статьи.

---

<sup>1096</sup> Гончарова О.А. История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. — Томск, 2002. — С. 32, 232.

<sup>1097</sup> Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. — С. 23.

III. Для руководства заседаниями и как исполнительный орган, Советы здравоохранения избирают из своего состава: председателя, товарища председателя и секретаря.

К предметам ведения местных советов здравоохранения относятся:

I. Санитарное просвещение народа. Сюда входят:

а) Обеспечение преподавания в школах, как обязательного предмета, курса общественной и личной профилактики заразных болезней главным образом, сифилиса, гонореи, туберкулеза, трахомы и др. и сифилидологии; рекомендации преподавателей означенных предметов.

б) Лекции и беседы.

в) Выпуск брошюр, статей, санбюллетеней.

II. Санитарное благополучие данной местности. Обследование водоисточников и т.д.

III. Статистика.

IV. Обеспечение населения лечебной помощью.

Таким образом, в Забайкалье в этот период впервые создаются местные советы здравоохранения – аймздравы, которые и занимаются непосредственной организацией системы медицинской помощи бурят-монгольскому народу. Аймздравы функционировали в Агинском, Хоринском, Баргузинском и Чикойском аймаках.

Правительство ДВР, несмотря на экономические трудности, выделило в 1921 году средства для оборудования в Бурят-Монгольской автономной области трех больниц, четырех врачебных амбулаторий и десяти фельдшерских пунктов. В целом на нужды здравоохранения было выделено 120 тысяч рублей золотом<sup>1098</sup>.

О том, каким было положение с медицинским обеспечением населения, проживавшего на территории Бурят-Монгольской области в начале 1921 года, свидетельствует докладная записка заведующего отделом здравоохранения Бурят-Монгольского автономного управления (Бурмонавтупр) врача Д.В. Писарева:

<sup>1098</sup> Шерешевский Б.М. Забайкалье в период Дальневосточной Республики 1920-1922 гг. — Чита: Читинское кн. изд-во, 1960. — С. 81.

«Население автономной области состоит из 113 627 человек. В настоящее время имеется на всю область лишь два врача и четыре фельдшера»<sup>1099</sup>. Это было время революции, развала государственности и начала создания нового политического строя. Отдел здравоохранения располагался в г. Чита. Расходная смета на содержание врачебно-санитарной части в Бурят-Монгольской автономной области на 1921 год (последние 2 месяца), принятая национальным народным собранием в заседании 30-го октября 1921 года:

а) текущие расходы: Приобретение медикаментов 5000 руб. Противозидемические мероприятия 200 руб. Содержание больных в городских больницах 100 руб. Лечение укушенных бешеными животными 100 руб. Итого 5400 руб.

б) Первоначальное оборудование трех больниц 8700 руб. Оборудование 4-х врачебных амбулаторий 1600 руб. Оборудование 11 фельдшерских пунктов 2200 руб. Итого 12 500 руб. Всего 17 900 руб.<sup>1100</sup>.

Расходная смета Бурят-Монгольской автономной области на первую половину 1922 года. Медицинская часть. Статья 1. Содержание личного состава 3-х аймачных больниц и глазного отряда. Ассигновано 13 905 руб. Содержание 4 врачебных амбулаторий и содержание 11 фельдшерских пунктов. Таким образом, в БМАО области функционировали 3 аймачные больницы, 4 врачебные амбулатории и 11 фельдшерских пунктов, а также работал глазной отряд.

Статья 2. Довольствие несостоятельных больных 1080 руб.

Статья 3. Покупка медикаментов и инструментов 27 500 руб.

Статья 4. Оспопрививание 900 руб.

Статья 5. А. Содержание больных в городских больницах 420 руб. Б. Содержание укушенных бешеными животными 300 руб.

Статья 6. Противозидемические мероприятия 300 руб.

Статья 7. Обследование источников водоснабжения и минеральных вод 600 руб.

<sup>1099</sup> ГАЗК. — Ф. Р—16. — Оп. 1. — Д. 8. — Л. 69-70.

<sup>1100</sup> Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. — С. 23-24.

Статья 8. Санитарно-просветительные дела 210 руб.

Статья 9. Медикаменты и разъездные для глазного отряда (3 месяца) 420 руб.

Статья 10. Первоначальное оборудование глазного отряда (один отряд) 200 руб.

Итого 46 735 руб.

Если расходная смета на здравоохранение в 1921 году составила 17 900 рублей, то в первой половине 1922 года она уже существенно возросла до 46 735 рублей<sup>1101</sup>. Однако медицинские учреждения и персонал были развернуты далеко не по всей огромной территории области и распределялись крайне неравномерно. Так, например, в 1921 году в Баунтовском районе (ныне крайний север Бурятии) не было ни врача, ни фельдшера, ни лекпома.

Правительство ДВР в виду тяжелого экономического положения перекладывало расходы по финансированию здравоохранения на бюджеты местных органов самоуправления, что вело к закрытию медучреждений, многомесячной задержке зарплаты медиков и финансовых отчислений Облздравотделу. Шло разрушение всего того, что создавалось с таким трудом за время руководства отраслью Н.М. Серковым. В своих докладах и официальных письмах в партийные и революционные органы он открыто говорил об этом.

В докладе Н.М. Серкова от 15 декабря 1921 года: «...Пока медико-санитарное дело было централизовано, медицинские учреждения и лечебные заведения существовали на средства Народного Комитета Здравоохранения (Наркомздрав) ДВР. Но стоило только правительству заявить, что заботы о расходах по содержанию медико-санитарных учреждений должны быть предметом ведения и внимания местных органов самоуправления, что содержание и приглашение медперсонала есть дело также местной власти, как картина резко изменилась. Сразу же решением горнарревкома единственный родильный приют был закрыт, помещение отдано для войсковой части. Верхнеудинский городской народно-революционный комитет (горнарревком) установил плату в заразной больнице по

---

<sup>1101</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 27.

1 рублю 80 коп, золотом в день с человека, а Троицкосавский горнарревком, имея налицо эпидемии оспы, постановил закрыть заразный барак. В течение 5-ти месяцев облздрав не получил ни копейки. Медработники и их семьи буквально голодают, так как два месяца не получали жалованья»<sup>1102</sup>.

Давая общую оценку создавшейся ситуации Н.М. Серков, подчеркивает: «Одной из главных причин, тормозящих работу медработников, помимо их численной недостаточности, является до самого последнего дня крайняя материальная необеспеченность, парализующая и волю и желание самых ретивых из них. Голод и нужда, вот два деревца того креста, который несут на своих плечах борцы за народное здравие, следуя каждый к своей Голгофе»<sup>1103</sup>.

Сознавая необходимость организации борьбы с туберкулезом, имевшим широкое распространение в области, Прибайкальский облздравотдел в 1922 году принимает решение об организации кумысолечебницы санаторно-курортного типа. «С 1 сего числа мая приступить к формированию кумысолечебной народной здравницы Облздрави на Верхней Березовке. Формирование и заведывание кумысолечебной народной здравницы Облздрави поручается доктору Серкову с 1 мая сего года с зачислением его на денежное довольствие при Облздраве». Подпись: Завоблздравом доктор И.И. Алексеев<sup>1104</sup>.

Таким образом, общее социально-экономическое положение ДВР оставалось тяжелым, соответственно медицинские учреждения претерпевали трудности в финансово-хозяйственном отношении. При этом конституцией ДВР была гарантирована свобода частного предпринимательства, накопления и перемещения капитала, частная собственность. Необходимо отметить, что экономический договор между ДВР и РСФСР сохранял единый хозяйственный механизм страны.

Займы и различные дотации Дальневосточной Республике составили в течение 1921-1922 годов не менее 14 млн. рублей. Но, и этих средств не хватало. Поэтому

<sup>1102</sup> ГАЗК. — Ф.Р—181. — Оп. 1. — Д. 5. — Л. 20.

<sup>1103</sup> ГАЗК. — Ф.Р—1144. — Оп. 2. — Д. 37. — Л. 1.

<sup>1104</sup> ГАРБ. — Ф.Р—277. — Оп.1. — Д. 61. — Л. 168.

обеспечить полностью бесплатную медицинскую помощь на тот период времени было сложно. Верхнеудинская городская больница субсидировалась городской управой и была платной. За амбулаторный прием взималось 10 рублей, за суточное содержание и лечение больного – 65 рублей. За суточное содержание и лечение детей до 12-летнего возраста – 32 рубля 50 копеек, за содержание и лечение детей до 12-летнего возраста в заражном бараке – 32 рубля 50 копеек<sup>1105</sup>.

В 1922 году на совещании врачей Читинской областной больницы была определена плата за лечение и оперативное вмешательство. Теперь амбулаторный прием стоил 50 копеек, перевязки от 75 копеек до 1 рубля 50 копеек, а амбулаторные операции от 80 копеек до 1 рубля. Суточное стационарное содержание больного оценивалось в 1 рубль. Проводимые операции стоили от 2 до 35 рублей, а нормально протекавшие роды оценивались в 3 рубля. Отмечается довольно существенная разница в размерах платы за лечение в Верхнеудинске и Чите. Может быть, это связано с тем, что в Чите количество лечебных учреждений больше, соответственно и больше медицинского персонала, соответственно выше конкуренция. Чита — это столица ДВР и социально-экономические условия были лучше.

25 сентября 1922 года правительство ДВР издало закон о Главном управлении здравоохранения Министерства внутренних дел, по которому, было упразднено Министерство здравоохранения<sup>1106</sup>. Начальником Главного управления здравоохранения был назначен доктор Л.А. Корневский<sup>1107</sup>. В период с 12 октября 1922 года по 23 октября 1922 года вышел Закон о праве медицинской практики в ДВР<sup>1108</sup>. Текст Закона представлен в приложении 11 диссертации (С. 483)

---

<sup>1105</sup> ГАРБ. — Ф.Р—92. — Оп. 1. — Д. 11. — Л. 5.

<sup>1106</sup> ГАЗК. — Ф.Р—181. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 67.

<sup>1107</sup> ГАЗК. — Ф.Р—181. — Оп. 1. — Д. 21. — Л. 21.

<sup>1108</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 19-33.

14 ноября 1922 года в городе Чите был обнародован акт правительства Дальневосточной Республики о сложении власти<sup>1109</sup>. Соответственно, полноценное внедрение в Забайкалье советской государственной модели охраны здоровья населения стало возможным только после присоединения к РСФСР<sup>1110</sup>.

Таким образом, в период 1917-1920 гг., когда в европейской части России начала формироваться модель советской государственной системы охраны здоровья, на востоке продолжалась гражданская война и иностранная интервенция. В период 1917-1920 годов организация медицинской помощи в Забайкалье еще сохраняла структуру дореволюционной России. В связи с напряженной политической обстановкой на востоке России и серьезной опасностью военного конфликта с Японией, весной 1920 года было создано буферное государство в форме Дальневосточной Республики (ДВР).

Впервые в рамках представленной административно-территориальной единицы было организовано Министерство здравоохранения ДВР. Это позволило начать осуществлять решение назревших проблем при централизованном управлении в едином ключе, что было весьма актуально в период сохраняющегося дефицита квалифицированного медицинского персонала и лечебных заведений. Министерству здравоохранения в этот период пришлось вести борьбу с эпидемиями, организовывать медицинскую помощь населению, осуществлять медицинское обеспечение народно-революционной армии.

В условиях Дальневосточной республики земство, как самоуправляющаяся единица не получило дальнейшее развитие, но такие принципы организации системы медицинской помощи, как формирование врачебных участков, доступность, бесплатность, профилактическое направление не только сохранились, но и совершенствовались. При организации медицинского обеспечения коренного населения на местах впервые были учреждены аймздравы – полномочные местные органы здравоохранения. При этом, аймздравы

---

<sup>1109</sup> ГАЗК. — Ф.Р—1122. — Оп. 1. — Д. 4. — Л. 17.

<sup>1110</sup> Афанасьева Л. В. Развитие социального института охраны материнства и детства на Дальнем Востоке в 20-30-х годах XX века. Дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. — Комсомольск-на Амуре, 2004. — С. 65, 66.



напрямую подчинялись министерству здравоохранения ДВР, что помогало централизовать медицинские мероприятия. Вследствие этого в регионе развитие системы здравоохранения приобретало совершенно новые черты, но, продвигалась с определенными трудностями и с запозданием.

Дальневосточная Республика успешно осуществила свою основную задачу предотвращения военного конфликта советской России с империалистическими державами при крайне невыгодных условиях. При этом, послевоенная разруха, резкий спад экономики и сельского хозяйства, угрожающие эпидемии инфекционных болезней, дефицит медицинских кадров, недостаток лечебных учреждений и финансовых средств не позволили реализовать в полной мере основные принципы доступной медицины. Материально-техническая база дореволюционного здравоохранения оставалась слабой, но самое главное в этот сложный политический и экономический период не была полностью разрушена, а даже получила экстенсивное развитие, развивалась специализированная медицинская помощь. Впервые в Верхнеудинской городской больнице были открыты стационарные акушерские койки, а в Чите детское отделение при городской больнице.

Следовательно, начали решаться приоритетные задачи по снижению материнской и детской смертности. Началась активная борьба за повышение уровня санитарной культуры, гигиенических навыков населения, снижения общей безграмотности. Впервые наметились формы работы для искоренения ряда социальных заболеваний. Для организации доступной государственной медицины в Забайкальской области предстояло, прежде всего, ликвидировать недостаток медицинских кадров и лечебных заведений, что в конечном итоге и подразумевало решение актуальной задачи. Начинается планирование и осуществление мероприятий, обеспечивающих полный охват населения комплексом доступных лечебно-профилактических мер.

## **6.2. Начало создания советской модели здравоохранения в Забайкалье**

Еще в 1920 году раньше единая Забайкальская область была разделена на Забайкальскую (Восточное Забайкалье) и Прибайкальскую (Западное

Забайкалье)<sup>1111</sup>. 7 ноября 1922 г. Прибайкальская область преобразована в губернию, которая упразднена в октябре 1923 года. 10 ноября 1922 года Забайкальская область переименована в Забайкальскую губернию и состояла из Акшинского, Александровско-Заводского, Нерчинско-Заводского, Сретенского, Читинского и Петровского уездов.

Охрана здоровья народа была объявлена в Советской России одной из важнейших функций государства. Сформулированные уже в первые годы советской власти организационные принципы исходили из партийных и советских установок о социальной обусловленности общественного здоровья и задачах государства по осуществлению заботы о здоровье трудящихся путем социально-экономических и медицинских мероприятий<sup>1112</sup>.

В 20-25-е годы XX века в деятельности системы здравоохранения в Забайкалье приоритетной задачей становится борьба с социальными болезнями, повышение санитарно-гигиенической культуры населения. В дореволюционный период в связи с усилением миграции людей разного рода деятельности, наличием каторги и ссылки, слабой организации санитарно-профилактических мер при традиционном образе жизни населения были широко распространены венерические заболевания.

Сифилис и гонорея нашли себе благоприятную почву и приняли характер эпидемии в Забайкалье. Особенностью распространения сифилиса являлась его эпидемичность и внеполовой путь заражения. Систематической работы по борьбе с ростом венерических болезней в дореволюционный период не проводилось, и ситуация продолжала серьезно ухудшаться.

Особенно большое распространение получил сифилис среди бурятского населения в силу определенных традиций и уклада жизни, существовавших в дореволюционный период. Пораженность венерическими болезнями у коренного

---

<sup>1111</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 200, 201.

<sup>1112</sup> Бородулин В.И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX– первой половине XX века: цикл лекций / В.И. Бородулин — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — С. 68-70.

населения постепенно проводила к бесплодию, снижению рождаемости ввиду частых выкидышей и мертворождений, появлению детей с врожденным сифилисом, которые вскоре умирали. Также большую роль в распространении венерических болезней играла явная и тайная проституция. Высокая заболеваемость сифилисом регистрировалась среди солдат и заключенных. Все эти неблагоприятные факторы способствовали длительной циркуляции сифилитической инфекции и дальнейшему распространению венерических заболеваний.

После гражданской войны, принесшей разруху, голод, развал экономики, сельского хозяйства, ухудшение медицинского дела, усугубившийся антисанитарией, подъему венерических заболеваний ничто не мешало. Профессор медицины В.М. Броннер внес существенный вклад в развитие советского здравоохранения. В результате проведения ряда необходимых медицинских реформ по профилактике и лечению социальных заболеваний по всей стране впервые была организована активная планомерная работа. Особый приоритет был отдан некогда отсталым окраинам Российской империи, где проблема выявляемости, ранней диагностики и лечения стояла очень остро.

Отклоненные на Съезде по обсуждению мер против сифилиса в России в 1897 году подвижные отряды, уже в советский период были впервые организованы профессором В.М. Броннером, как научные экспедиции. Целью являлось не только практическая, лечебно-диагностическая деятельность, но и изучение влияния сифилиса на коренных жителей Забайкалья, проведение антропологических исследований, и самое главное формирование концепции эффективной борьбы с венерическими заболеваниями в Забайкалье. В регионе стали функционировать кожно-венерологические диспансеры, кабинеты и пункты, которые осуществляли непосредственный медицинский и социально-гигиенический контроль.

Таким образом, успешные меры, направленные на устранение социальных болезней (прежде всего всех форм сифилиса) позволило в короткие сроки улучшить основные демографические и социально-экономические показатели

среди населения Забайкалья, повысить его общий культурный и санитарно-гигиенический уровень и тем самым создать благоприятные условия для дальнейшего развития этого региона страны.

Планомерная и организованная борьба с венерическими заболеваниями началась с октября 1918 года, когда в Наркомздраве РСФСР была выделена специальная секция социальных болезней с подсекцией по борьбе с венерическими болезнями. Обязанность ученого секретаря подсекции, который практически вел все дела, выполнял В.М. Броннер. К необходимым социально-экономическим мерам В.М. Броннер относил полное экономическое и правовое раскрепощение личности, государственную охрану материнства и младенчества, государственное воспитание детей, государственную систему охраны труда. Необходимо было наладить лечебно-диагностическую работу, педагогический процесс и научные исследования в клиниках, повернуть лицом к больному основную массу врачей. Даже квалифицированные врачи-венерологи, давно работавшие в этой области, в большинстве своем не имели того «широкого общественного подхода к вопросу борьбы с венерическими заболеваниями», который был необходим для проведения мер общественно-профилактического порядка. Подготовка таких врачей была организована по инициативе В.М. Броннера при Государственном венерологическом институте, где клиническая работа сочеталась с экспериментальными и социально-гигиеническими исследованиями<sup>1113</sup>.

Биография Вольфа Моисеевича Броннера представлена нами в приложении 12 диссертации (С. 485).

Таким образом, неразрешенная в дореволюционный период проблема распространения, выявления, лечения и профилактики сифилиса настоятельно требовала создания четкой программы борьбы с этой инфекцией. Существует несколько путей передачи сифилитической инфекции: прямой (половой, бытовой, трансфузионный и внутриутробное заражение плода в организме больной матери)

---

<sup>1113</sup> Туранов Н.М. Вольф Моисеевич Броннер (К 100-летию со дня рождения) / Н.М. Туранов // Вестник Дерматологии и Венерологии. — Москва, 1976. — № 1. — С. 48-50.

и не прямой (через различные предметы, инфицированные бледными трепонемами)<sup>1114</sup>.

Особенностью сифилиса в России в дореволюционный период являлась его эпидемичность, т. е. выявление заболеваний в определенных районах среди жителей всех возрастов, часто целых семей и селений, причем внеполовое заражение преобладало над половым, составляя от 70 до 90 %<sup>1115</sup>. «Живя в тесной, убогой хате, все члены семьи спят кучками, вповалку, прикрываясь одним полушубком, едят из одной чашки, иногда одною и той же ложкой, пьют из одного ковша, утираются одною тряпкой, кормят детей «жвачкой» и т.д.»<sup>1116</sup>.

В широком распространении сифилиса быт крестьян действительно играл большую роль<sup>1117</sup>. В народе к сифилису относились довольно просто, чаще всего его принимали за пустяк, простуду или золотуху, приписывали силе чар и волшебству. Нередко больные поступали в больницы, выдержав полный курс лечения у знахарей<sup>1118</sup>. Такая ситуация была безусловно типична для малограмотного в культурном и санитарно-гигиеническом отношении крестьянского населения дореволюционной России. Естественно, не исключением было и население Забайкалья. Из официального отчета за 1907 год о состоянии народного здоровья в России следовало, что в целом по стране и в Сибири активно распространяется сифилис.

<sup>1114</sup> Родионов А.Н. Сифилис / А.Н. Родионов — СПб, 2007. — С. 18.

<sup>1115</sup> Егорышева И.В. Проблемы организации борьбы с сифилисом в сельской России в конце XIX века (к 100-летию Съезда по обсуждению мер против сифилиса в России) / И.В. Егорышева, С.Г. Гончарова // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — №1. — С. 63-65.

<sup>1116</sup> Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 109.

<sup>1117</sup> Беспалов В.Н. Сифилис и как он передается в деревне. — Барнаул. Издание Барнаульского Окружного отдела здравоохранения, 1928. — 23 с.

<sup>1118</sup> Мартыненко Н. К. Сифилис как главная причина начала регламентации проституции в России в середине XIX века // Вестник ВУиТ. 2010. №4. URL:[htt://cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glavnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutitsii-v-rossii-v-seredina-hih-veka](http://cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glavnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutitsii-v-rossii-v-seredina-hih-veka) (дата обращения 21.01.2017).

Иркутская губерния по заболеваемости сифилисом занимала 1-е место в Сибири<sup>1119</sup>. Соответственно в дореволюционный период граничащее Забайкалье также имело широкое распространение венерических заболеваний. По данным Е.Д. Петряева «французская болезнь» появилась здесь впервые на Нерчинских рудниках с 1736 года<sup>1120</sup>.

Местом для ссылки первоначально был определен Нерчинский уезд Иркутской губернии<sup>1121</sup>. В начале XIX века начальник Нерчинских заводов В.И. Суворов писал: «...от непотребных женщин, ссылаемых в Нерчинское ведомство, заводские крестьяне целыми домами страдают французской болезнью и от закоренелости ее приходят в дряхлость и к работе в непригодность»<sup>1122</sup>.

Безусловно, сегодня выяснить, кто, и при каких обстоятельствах непосредственно явился источником заражения сифилисом не представляется возможным. И это, по сути, уже не важно. Необходимо помнить, что в естественных условиях только человек болеет данной инфекцией. Основоположник целенаправленного изучения и определения методов борьбы с сифилисом, организатор Русского сифилидологического общества дореволюционной России, профессор В.М. Тарновский в 1897 году на Съезде по обсуждению мер против сифилиса в России, подчеркнул глубокое социальное значение проблемы сифилиса ввиду того, что, это заболевание является могущественнейшим фактором вырождения населения<sup>1123</sup>.

В свою очередь, доминирующая роль проституции в распространении сифилиса подвергалась сомнению. Если бы проститутки являлись единственным

<sup>1119</sup> Сунгуров П.А. Проституция в сибирских губерниях (конец XIX – начало XX вв.) / П.А. Сунгуров // Теория и практика общественного развития. — 2015. — № 6. — С. 110-111.

<sup>1120</sup> Малая энциклопедия Забайкалья. «Здравоохранение и медицина». / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. — Новосибирск: Наука, 2011. — С. 109.

<sup>1121</sup> История Бурятии. Т. II. XVII- начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. — Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. — С. 117-121.

<sup>1122</sup> Болдырева Т.Е. Читинскому кожно-венерологическому диспансеру – 70 лет (1923 г.). / Т.Е. Болдырева, В.Н. Терещенко // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. — Чита, 1993. — С. 36.

<sup>1123</sup> Егорышева И.В. Проблемы организации борьбы с сифилисом в сельской России в конце XIX века (к 100-летию Съезда по обсуждению мер против сифилиса в России) / И.В. Егорышева, С.Г. Гончарова // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — № 1. — С. 63.

источником заболевания, вопрос о его искоренении значительно бы упростился<sup>1124</sup>.

Так, в количественном отношении по губерниям Сибири женская проституция распределялась следующим образом: Томская – 218, Енисейская – 118, Иркутская – 104, Забайкальская область – 26. Очевидным являлся тот факт, что кроме явной, зарегистрированной и зафиксированной полицией проституции существовала скрытая проституция, не подлежавшая надзору<sup>1125</sup>. В условиях пореформенной России социально-экономический фактор, среди прочих являлся доминирующим. Круг профессий для женщин был невелик, заработок очень низким. Из всего женского населения империи только около 1,6 % училось в школах<sup>1126</sup>.

Таким образом, огромное значение приобретает уровень нравственной и санитарной культуры населения, наличие различных пороков общества, пьянство и сопутствующая половая распущенность. Источником и постоянным резервуаром сифилитической инфекции в дореволюционный период по существу являлся сам народ от млада до велика, который и не подозревал о развивающейся катастрофе в отношении собственного здоровья и как, следствие национальной безопасности государства.

Помощник Забайкальского областного врачебного инспектора доктор медицины В.А. Бурмакин в июне 1912 года на первом съезде врачей Забайкальской области отмечал: «За полтора года я съездил к бурятам Агинских степей (Восточное Забайкалье) семь раз, осматривал каждый раз от ста до двухсот человек больных и делал от пятнадцати до сорока вливаний препарата Эрлиха-

---

<sup>1124</sup> Мартыненко Н. К. Сифилис как главная причина начала регламентации проституции в России в середине XIX века // Вестник ВУиТ. 2010. №4. URL:[htt: // cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glavnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutsii-v-rossii-v-seredina-hih-veka](http://cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glavnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutsii-v-rossii-v-seredina-hih-veka) (дата обращения 21.01.2017).

<sup>1125</sup> Сунгуров П.А. Проституция в сибирских губерниях (конец XIX – начало XX вв.) / П.А. Сунгуров // Теория и практика общественного развития. — 2015. — № 6. — С. 110.

<sup>1126</sup> Мартыненко Н.К. Организация благотворительных приютов для женщин «групп социального риска» в России в середине XIX – начале XX в. / Н.К. Мартыненко // Вестник ТГУ. — Выпуск 6 (74). — 2009. — С. 343.

606<sup>1127</sup>. Болезнь эта у них сильно распространена. Выражается исключительно в поражениях кожи, желез, мышц, костей. Формы болезни такие, какие почти не встретишь среди другого населения, страшно запущенные и обезображивающие. Эффект лечения препаратом Эрлиха у них поразителен. Болезнь быстро исчезает и не возвращается»<sup>1128</sup>.

Здесь уместно упомянуть факты научной деятельности русского профессора И.Ф. Зеленева, который изучил терапевтическую эффективность сальварсана. По результатам тщательно проведенных наблюдений И.Ф. Зеленев публикует солидную статью «К вопросу о лечении сифилиса мышьячным препаратом 606», в которой опровергает главную идею П. Эрлиха о полной стерилизации организма от возбудителя (*sterillisata magna*) после однократного вливания «чудодейственного» средства и ставит вопрос о необходимости разработки противопоказаний к применению сальварсана<sup>1129</sup>.

Таким образом, поиск и разработка наиболее эффективных лекарственных средств против сифилиса с минимальными побочными эффектами продолжались. Необходимо отметить, что некоторые важные моменты решения столь серьезной задачи борьбы с распространением венерических заболеваний в дореволюционный период уже были определены медицинской общественностью, но, реальные мероприятия не были осуществлены в полном объеме.

Из доклада первого наркома здравоохранения Бурят-Монгольской АССР (образована 30 мая 1923 г.<sup>1130</sup>) А.Т. Трубочеева от 7 ноября 1923 года: «Одной из серьезных задач Наркомздрава является борьба с социальными болезнями

<sup>1127</sup> В 1909 г. нобелевский лауреат Пауль Эрлих создал препарат “606” на основе мышьяка для специфического лечения сифилиса, получивший затем фирменное название “сальварсан”. Это — дериват арсенобензола, обозначаемый маркой “606”)

<sup>1128</sup> Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов — Чита: ЗабГУ, 2014. — Избранные труды исследователей Забайкалья. — С. 384.

<sup>1129</sup> Завьялов А.И. Научный вклад профессора И.Ф. Зеленева в развитие отечественной дерматологии и венерологии (к 150-летию со дня рождения) / А.И. Завьялов, В.Ф. Оркин // Вестник дерматологии и венерологии. — М., 2010. — №4. — С. 92.

<sup>1130</sup> Цыбикжапов Б.Н. Этапы становления федеративных отношений между Российской Федерацией и Республикой Бурятия (1923-2000) / Б.Н. Цыбикжапов // Вестник БГУ. Выпуск 7. — Улан-Удэ, 2003. — С. 110.



(туберкулез, сифилис, гонорея). Секция социальной медицины приступила к работе 7 октября 1923 года. В республике нет ни одного специального лечебного заведения для венериков и сифилитиков, которые составляют 70-80% от количества больных, лечащихся в общей медицинской сети»<sup>1131</sup>.

В отчете Агинского аймачного (районного) исполкома указывалось, что за первый квартал 1924 года по одному только этому аймаку обратилось 1068 больных, среди которых сифилис составлял 50-60%. В отчете Читинского губздрави за первое полугодие 1924 года указывалось: «Ныне сифилис и гонорея пока имеют чрезвычайное распространение»<sup>1132</sup>. По данным 1925 года больных сифилисом всех форм в Бурят-Монгольской АССР было зарегистрировано 14 202 человека, из них среди русского населения 2555 случаев, среди бурятского 11 647. По районам заболеваемость на 10 000 жителей составила соответственно: 190 и 853 в Тункинском; 61 и 627 в Хоринском; 118 и 1017 в Верхнеудинском; 31 и 355 в Агинском; 142 и 494 в Баргузинском; 81 и 232 в Троицкосавском районах<sup>1133</sup>.

Хотя эти данные фиксируют только обратившихся, зарегистрированных больных, по ним уже можно судить о размахе сифилитической инфекции в Забайкалье. В среднем по Российской империи в начале XX века отмечались значительные колебания уровня заболеваемости сифилисом по местностям, от 65 до 285 на 10 000 населения.

Профессор В.М. Гарновский в 1897 году на Съезде по обсуждению мер против сифилиса в России, так характеризовал условия борьбы с заболеваемостью с сифилисом на селе: «Если крайнее невежество и полное незнакомство с болезнью чрезвычайно затрудняет и осложняет деятельность врача, то его положение становится еще безотраднее, когда все его усилия разбиваются об экономическую несостоятельность населения. Больные в разгар заразительного

<sup>1131</sup> ГАРБ. — Ф. Р-2. — Оп. 1. — Д. 80. — Л. 41-60.

<sup>1132</sup> Болдырева Т.Е. Читинскому кожно-венерологическому диспансеру — 70 лет (1923 г.). / Т.Е. Болдырева, В.Н. Терещенко // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. — Чита, 1993 г. — С. 37.

<sup>1133</sup> ГАРБ. — Ф. Р-665. — Оп. 1 «б». — Д. 1. — Л. 150.

периода не могут оставить дом, прекратить работу и подвергнуться больничному лечению, иначе их семьям угрожает голод»<sup>1134</sup>.

Но, при этом Съезд решительно отверг временные меры в виде предлагавшихся подвижных отрядов или временных больниц для больных сифилисом. Также не было принято решение о принудительном характере лечения больных, исключая военных, арестантов, питомцев воспитательных домов и проституток. Главным препятствием успешной борьбы с сифилисом в дореволюционный период была признана низкая культура населения и необходимость всемерного развития различных форм санитарного просвещения<sup>1135</sup>.

Уже при советской власти в 1925 году путем решения задачи заболеваемости сифилисом в сельской местности был посвящен доклад В.М. Броннера на II Всероссийском съезде по борьбе с венерическими болезнями «Очередные задачи по борьбе с сельским сифилисом». Был предложен метод подворно-посемейных обследований мест распространения сифилиса обследовательскими отрядами. В первую очередь было необходимо наладить процесс выявления и изоляции заразных в остром периоде больных. Обследование было главной задачей отряда, наряду с которой отряд должен был заниматься также лечением и санитарным просвещением. Первые обследовательские отряды были посланы в отдельные районы Бурят-Монгольской АССР, Башкирии, Туркмении.

В.М. Броннером с лечебно-диагностической и научной целью, на практике была организована и осуществлена деятельность обследовательских отрядов. Так 2 октября 1925 года В.М. Броннер обращается к правительству Бурят-Монгольской АССР: «В Хоринском аймаке (районе) с июня по 15 октября работает венерологический отряд, возглавляемый ординатором Государственного венерологического института С.Т. Ильиным. Рекомендуем принять венотряд на

---

<sup>1134</sup> Егорышева И.В. Проблемы организации борьбы с сифилисом в сельской России в конце XIX века (к 100-летию Съезда по обсуждению мер против сифилиса в России) / И.В. Егорышева, С.Г. Гончарова // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — №1. — С. 63-64.

<sup>1135</sup> Там же. — С. 65.

госбюджет по БМАССР»<sup>1136</sup>. Учитывая финансовые сложности довольно быстро уладить вопрос удалось при помощи СНК РСФСР 17 октября 1925 года. Таким образом, венотряд продолжил работу в республике, был дополнительно обеспечен медикаментами, в том числе сальварсаном и инструментарием.

В практической медицине уже в 1924 году стало ясно, что идея диспансеризации полностью себя оправдала. В стране работало 50 диспансеров и решено было, создать их в каждой губернии.

Первым в Забайкалье в апреле 1923 года был организован Читинский областной кожно-венерологический диспансер. 4 мая 1923 года первый Совет по борьбе с проституцией был образован при Прибайкальском (западно-забайкальский) Губздраве<sup>1137</sup>. Вскоре был открыт областной венерологический стационар на 20 коек в г. Чите. Первым директором диспансера стал врач Абрам Вульфович Сегельман, который окончил медицинский факультет Берлинского университета и сдал экзамен при Киевском университете<sup>1138</sup>.

Далее были открыты Агинский окружной диспансер, венпункты и венкабинеты в районах. 15 июля 1924 года состоялась 3-я сессия Бурят-Монгольского ЦИК, где по вопросу борьбы с социальными заболеваниями было принято решение: «1. Открывать венерологические диспансеры. 2. Предоставлять бесплатное лечение неосальварсаном всем неимущим больным и в острозаразном периоде сифилиса. 3. Усилить санитарное обследование и просвещение населения»<sup>1139</sup>.

В Западном Забайкалье Верхнеудинский кожно-венерологический диспансер был создан в августе 1924 года. А 7 августа 1926 года при диспансере функционируют 20 стационарных коек<sup>1140</sup>. Началась систематическая работа по выявлению, учету и привлечению к лечению больных венерическими болезнями в

<sup>1136</sup> ГАРБ. — Ф. Р-665. — Оп. 1 «б». — Д. 1. — Л. 14.

<sup>1137</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 30.

<sup>1138</sup> Болдырева Т.Е. Читинскому кожно-венерологическому диспансеру — 70 лет (1923 г.). / Т.Е. Болдырева, В.Н. Терещенко // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. — Чита, 1993 г. — С. 36.

<sup>1139</sup> ГАРБ. — Ф. Р-475. — Оп. 7. — Д. 3. — Л. 1.

<sup>1140</sup> ГАРБ. — Ф. Р-248. — Оп. 1. — Д. 332. — Л. 8.

Забайкалье. Повсеместно была организована санитарно-просветительная работа, выпущено 5000 листовок о сифилисе на бурятском языке, о гонорее 3000. Благодаря проводимым медицинской общественностью планомерным государственным мероприятиям заболеваемость венерическими болезнями начала постепенно снижаться<sup>1141</sup>.

В 1926 году в Забайкалье на 1000 населения заболеваемость составляла 11,85 больных, в 1927 году – 8,8 и в 1928 году – 6,14 больных сифилисом<sup>1142</sup>. Позже в местах с наиболее высокой заболеваемостью были дополнительно организованы венерологические диспансеры в 7 населенных пунктах Забайкалья<sup>1143</sup>. В тот период борьба с сифилисом вполне закономерно рассматривалась как военно-политическая проблема и была направлена на ее полное решение<sup>1144</sup>.

Весной 1928 года по инициативе В.М. Броннера была организована советско-немецкая экспедиция, которую он сопровождал в Забайкалье. Подробное описание деятельности экспедиции представлено нами в опубликованной монографии<sup>1145</sup>.

Интересные выводы в сравнении с 1926 годом сделаны профессором Н.Л. Россиянским – руководителем советской группы экспедиции: «Общая цель экспедиции – изучение сифилиса среди малокультурных народов. В странах, где медицина поставлена хорошо, типичный сифилис встречается редко и поэтому очень важно установить так называемый не леченный сифилис. Большое внимание было уделено изучению сифилиса с поражением нервной системы и наследственного сифилиса. Экспедиция отработала 62 дня. Всего было охвачено 4967 человек, из которых 971 русский. Кровь исследована у 1793 человек, причем

<sup>1141</sup> Аруин М.И. Вольф Моисеевич Броннер. Врачи-большевики-строители советского здравоохранения. — Сб. ст. — Москва, 1970. — С. 246.

<sup>1142</sup> Болдырева Т.Е. Читинскому кожно-венерологическому диспансеру – 70 лет (1923 г.). / Т.Е. Болдырева, В.Н. Терещенко // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. — Чита, 1993. — С. 37.

<sup>1143</sup> ГАРБ. — Ф. Р-248. — Оп. 1. — Д. 402. — Л. 56.

<sup>1144</sup> Мавров Г.И. История венерологии (сообщение 3) Венерология в России и СССР в XX веке / Г.И. Мавров // Дерматология та венерология. — 2009. — №3 (45) — С. 87.

<sup>1145</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 148-155.

реакция дала положительные результаты у 39,4% мужчин и 47 % женщин бурятской национальности. Рентгеновских снимков сделано до 500. Полагаем, что сифилисом поражено 25% населения, преимущественно коренного. Небольшое количество наследственного сифилиса объяснимо, тем, что эти больные умирают в детстве. В сравнении с исследованиями 1926 года первичного, заразного сифилиса уже меньше. Плохой признак — это наличие большого процента скрытого сифилиса, что для нас явилось неожиданностью в условиях не леченого сифилиса<sup>1146</sup>. Необходимо усилить работу по выявлению скрытого сифилиса путем скринингового исследования крови, упрощенной цитохолоевой реакцией<sup>1147</sup>. Полный курс лечения прошли 150 человек. Сделано более 2000 вливаний неосальварсана, миосальварсана и эмульсии висмута. Также был применен новый мышьяковый противосифилитический пероральный препарат – эсперацит. Можно отметить положительные результаты начатого дела оздоровления местного населения и необходимо продолжать научные исследования по данной патологии»<sup>1148</sup>.

Все эти государственные планомерные мероприятия по реальному оздоровлению населения новой советской страны дали положительные результаты. За период 1924 по 1931 года естественный прирост бурятского населения увеличился на 1,11%<sup>1149</sup>. Это был определенный общий успех Наркомздрава республики и страны. Даже при наличии серьезных побочных эффектов от применения мышьяк-содержащих противосифилитических препаратов, применение их на тот исторический период времени безусловно,

<sup>1146</sup> На современном этапе скрытый сифилис регистрируется чаще в виду бесконтрольного применения антибиотиков. Это опасная форма сифилиса, прежде всего, тем, что больной может стать источником заражения для своих половых партнеров и близких родственников, проживающих вместе с ним.

<sup>1147</sup> Реакция Закса-Витебского, предложена в 1928 году. Эта реакция была испытана многими исследователями, отличается высокой чувствительностью, специфичностью и получила всеобщее признание. В СССР она входила в общепринятый комплекс реакций на сифилис. Наиболее чувствительна при скрытом сифилисе и сифилисе нервной системы. Простота техники, выполняется в течение часа, легкость чтения результатов -немедленно, дешевизна (микрореакция в 16—17 раз дешевле реакции Вассермана). Позволяют рекомендовать микрореакции для массового обследования соматических больных и при профосмотрах.

<sup>1148</sup> ГАРБ. — Ф. 1-п. — Оп. 1. — Д. 1037. — Л. 78.

<sup>1149</sup> ГАРБ. — Ф. Р-196. — Оп. 13. — Д. 110. — Л. 1-6.

было оправдано главной целью переломить ситуацию с проблемой сифилиса. Ведь люди болели годами, практически из поколения в поколение. В Забайкалье отмечались все формы сифилиса, у людей в конечном итоге поражались все жизненно важные органы и системы. Также ранее нами отмечалось, что преобладал скрытый сифилис.

Помимо огромной практической пользы этих экспедиций также были разработаны и научные вопросы по более эффективной организации борьбы и существенному уменьшению венерических заболеваний в конкретных условиях разных национальных республик и областей. За неоценимую помощь и поддержку здравоохранения Бурят-Монголии по изучению социальных болезней Президиум ЦИК Бурят-Монгольской АССР 16 мая 1928 года принял решение присвоить Верхнеудинскому Венерологическому диспансеру имя профессора Вольфа Моисеевича Броннера<sup>1150</sup>.

Таким образом, проблема научной организации лечебно-профилактической работы в борьбе с венерическими заболеваниями в Забайкалье на начальном этапе советского периода приобрела актуальное значение. В дореволюционный период систематическая работа по выявлению и лечению венерических заболеваний проводилась недостаточно эффективно. Проведенный в конце XIX века Съезд по обсуждению мер против сифилиса в России, хотя и признал глобальную угрозу населению страны, но отверг решительные меры по лечению и профилактике сифилиса, сделав упор на различные формы и методы санитарного просвещения. Возможно, медицинская общественность России ещё не была полностью готова к решению этой актуальной задачи. Только начало XX века было ознаменовано важными открытиями в области этиологии, патогенеза и диагностики сифилиса.

Острая проблема распространения сифилиса в Забайкалье имела ряд причин. Основная – это низкая культурная и санитарно-гигиеническая грамотность населения на фоне плохих социально-экономических условий жизни. Очевидно, сифилис не рассматривался людьми любого сословия и положения как серьезная угроза жизни для самого человека, так и его ближайшего окружения.

---

<sup>1150</sup> ГАРБ. – Ф. Р-475. – Оп. 9. – Д. 5. – Л. 234-234 об.

Далее, определенные сложившиеся веками этнокультурные, бытовые и религиозные догмы коренного населения, также способствовали распространению сифилитической инфекции. Другой серьезной проблемой оставалась слабость дореволюционной организации медицинской помощи, обусловленной длительным дефицитом квалифицированных медицинских кадров и малочисленностью лечебных заведений на огромной территории Забайкалья, вплоть до 20-х годов XX века. Необходимо было осуществить коренной перелом в борьбе с сифилисом. И это стало возможным при серьезной государственной политике в вопросах здравоохранения советской России.

Впервые организованные на периферии страны непосредственным участием В.М. Броннера интернациональные научные экспедиции оказали не только практическую лечебно-диагностическую помощь, но и наметили перспективные направления деятельности местных органов здравоохранения по искоренению социально-значимых болезней. К началу 30-х годов XX века в Забайкалье увеличился естественный прирост коренного населения, начала снижаться материнская и детская смертность, значительно повысился санитарно-гигиенический и культурный уровень жителей пограничного региона.

Другое тяжелое заболевание дореволюционного периода, как туберкулез, также находило благоприятную почву для развития и широкого распространения среди населения Забайкалья и являлось одним из самых распространенных социальных заболеваний. Организованная планомерная борьба с туберкулезом началась только в советский период. В отчете о деятельности Наркомздрава Бурят-Монгольской АССР за 1924-1925 гг. указано: «Борьба с социальными болезнями за отчетный год велась в 2-х направлениях: по борьбе с венерическими болезнями, в частности сифилисом, и по борьбе с туберкулезом»<sup>1151</sup>.

В Верхнеудинске противотуберкулезный диспансер открыт 5 марта 1926 г. Он располагался в удобном помещении из 5 комнат: 2 врачебных кабинета, медицинская комната (пневмоторакс, взвешивание и др.), ожидальня с

---

<sup>1151</sup> ГАРБ. — Ф. 475. — Оп. 1. — Д. 54. — Л. 158.

регистратурой и канцелярия<sup>1152</sup>. Штат вначале состоял из 2-х врачей, 2-х медсестер, делопроизводителя, санитарки и переводчика. В дальнейшем приглашали хирурга на 2 часа и ларинголога на 4 часа в неделю. Первым заведующим был Г.А. Нагибин.

Диспансер вел систематическое обследование учащихся Бурпедтехникума и совпартшколы, а также поголовный осмотр некоторых групп ремесленников. За 5 месяцев 1926 г. был обнаружен 521 туберкулезный больной, в том числе выявлено 105 бацилловыделителей (20%). Число детей, инфицированных туберкулезом, составляло 32% от общего числа больных. В 416 случаях выявлен туберкулез легких и в 20 – туберкулез костей и суставов. Для наложения больным пневмоторакса имелась одна койка в областной больнице, там же находился рентген-кабинет. В последующем здесь выделили 4 койки для туберкулезных больных. Диспансер применял туберкулинотерапию и кальциотерапию.

В отчете Бурнаркомздрави за 1926 г. имеются следующие данные о работе диспансера: всего принято 3144 больных, из них первичных – 611 человек (русских – 448, бурят – 163), и повторных – 2633 человека (русских – 1352, бурят – 1281)<sup>1153</sup>. Произведено 230 реакций Пирке. В 1926 г. в Верхнеудинске организована кумысолечебница с сезонными 150 койками<sup>1154, 1155</sup>.

Исторический интерес представляет доклад врача Л.С. Резницкого о деятельности Прибайкальского Губздрави за период январь-апрель 1923 года. «Губздраву пришлось считаться с полной дезорганизацией и развалом дела здравоохранения. Полное отсутствие какой-либо связи с уездами, вследствие упразднения уездздравов, повальное бегство медработников с мест, в силу полной материальной необеспеченности. Губздраву пришлось начать работу по собиранию и учету уцелевших остатков существовавшей когда-то медицины»<sup>1156</sup>.

<sup>1152</sup> Нагибин Г.А. Из работы туберкулезного диспансера / Г.А. Нагибин // Вопросы туберкулеза. — 1929. — №8. — С. 1031.

<sup>1153</sup> ГАРБ. — Ф. 475. — Оп. 1. — Д. 54. — Л. 211.

<sup>1154</sup> ГАРБ. — Ф. 475. — Оп. 2. — Д. 184. — Л. 89.

<sup>1155</sup> Розанов В. Н. Туберкулезная пятилетка / В.Н. Розанов // Вопросы туберкулеза. — 1929. — №8. — С. 1008.

<sup>1156</sup> ГАРБ. — Ф. Р— 469. — Оп. 1. — Д. 12. — Л. 58-61.



Итак, приказами Губревкома №№12 и 17 были восстановлены Троицкосавский и Баргузинский уездздравы по штатам, утвержденным Дальздравом. На заведующих уездздравами были возложены задачи обследования врачебных участков и фельдшерских пунктов, восстановления упраздненных лечебных учреждений, учет медперсонала и имущества. Вышеуказанные задания в течение января и февраля 1923 года были полностью выполнены.

Далее по докладу: «К 1 апреля 1923 года функционируют три уездздрава – Верхнеудинский, Троицкосавский и Баргузинский. Всего по уездам 3 больницы с общим количеством коек – 50, 10 врачебных участков и 23 фельдшерских пункта. В г. Верхнеудинске 1 больница на 75 кроватей с заразным отделением. По губернии состоит врачей – 8, зубных врачей – 1, школьных лекпомов – 8, ротных фельдшеров – 28, акушерок – 3, фельдшериц-акушерок – 1, санитаров – 19, дезинфекторов – 2.

В целях осуществления врачебно-санитарного надзора за школами и детскими домами в Верхнеудинске с 1 февраля 1923 года была учреждена должность школьного врача. Указано на необходимость приведения всех школ в соответствующие санитарно-гигиенические условия. С 29 марта 1923 года открывается приют «Ясли» для подкидышей на 15 кроватей. Необходимо открытие сельских яслей и создания института «Капли молока». К настоящему моменту произведена выплата жалования медперсоналу за ноябрь, декабрь, январь и февраль. По Верхнеудинскому уезду – 5273 руб., 39 коп., по Троицкосавскому уезду – 829 руб., 76 коп., по Баргузинскому уезду – 948 руб., 25 коп. Всего 7051 руб. 40 коп.

Губздрав имеет три подотдела: общий, лечебно-эпидемический и финансово-хозяйственный. В лечебном отделе сосредоточена вся огромная медицинская работа с отделами охраны материнства и детства, санитарии и статистики, экспертизы. Необходимо дополнительно ввести должности фармацевта, делопроизводителя по медицинской части, бухгалтера, журналиста. Разработан

план работы Губздрава на вторую четверть года»<sup>1157</sup>. Соответственно, к моменту образования Бурят-Монгольской АССР уже была восстановлена и дополнительно создана база медицинской службы.

Народный Комиссариат здравоохранения Бурят-Монгольской АССР, созданный приказом Бурревкома от 1 августа 1923 года, частично был организован в Иркутске из бывшего Бурздрава Западной области Сибири и окончательно уже сформировался по прибытии в Верхнеудинск. В сентябре 1923 года был закончен переезд учреждений и организаций, бывших автономных областей из Иркутска и Читы в столицу республики – Верхнеудинск<sup>1158</sup>.

Перед созданным Наркомздравом республики стояла сложная задача организовать из Прибайкальского губздрава, Бурздрава ДВР и Бурздрава Западной области Сибири, единый медико-санитарный орган, который явился бы вполне жизнеспособным и достаточно гибким в условиях бытовых особенностей бурят-монгольского народа<sup>1159</sup>. Первым наркомом здравоохранения с 1 августа назначен Андрей Тимофеевич Трубочеев, выпускник медицинского факультета Томского университета 1902 года<sup>1160</sup>. В сентябре 1924 года было утверждено штатное расписание Наркомздрава БМАССР<sup>1161</sup>.

Доклад, характеризующий первоначальное состояние и уровень медицинского дела республики А.Т. Трубочеев сделал 7 ноября 1923 года: «...Общее количество коек составляет 455, учитывая 50 коек в лазарете Красного Креста и 60 коек в железнодорожной больнице. Исходя из общего количества населения Бурреспублики 420 000 человек, мы видим, что на одну стационарную койку приходится в среднем 1000 человек населения. Дело охраны материнства и детства в обстановке Бурреспублики является совершенно новым и не получило должного развития. В настоящее время на всей территории Бурреспублики

<sup>1157</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 30, 35-40.

<sup>1158</sup> Там же. — С. 33.

<sup>1159</sup> Там же. — С. 41.

<sup>1160</sup> ГАРБ. — Ф. П—1. — Оп. 2. — Д. 5009. — Л. 1.

<sup>1161</sup> ГАРБ. — Ф. Р—248. — Оп. 1.— Д. 85. — Л. 65.

имеется всего лишь один дом «Матери и ребенка» на 25 коек в Верхнеудинске. Во всех остальных местностях Буреспублики никаких учреждений указанного типа нет. Что касается специальных видов лечебной помощи, как психиатрической, глазной, акушерской, то в этом отношении перед Бурнакомздравом стоит трудная задача создать в текущем году хотя бы минимум указанной помощи, так как в настоящий момент в распоряжении Наркомздрава нет ни одного лечебного заведения этого типа»<sup>1162</sup>.

На 3-м Сибирском съезде здравотделов в Новониколаевске (Новосибирск), который открылся 8 марта 1924 года А.Т. Трубачеев выступил с кратким обзором лечебно-санитарного состояния БМАССР за 1922-1923 гг. «Вся сельская сеть лечебных учреждений по БМАССР состоит: участковых больниц на 20 коек – 6, участковых больниц на 15 коек – 2, на 10 коек – 3, врачебных амбулаторий – 11, фельдшерских пунктов – 33. Если принимать во внимание огромную территорию, разбросанность и отдаленность друг от друга лечебных пунктов, а также плохие пути сообщения, общие географические условия, то будет вполне понятно, что вышеуказанная сеть лечебных учреждений является минимальной и не удовлетворяющей истинных потребностей населения в медпомощи»<sup>1163</sup>.

15 августа 1924 года состоялась коллегия Наркомздрава БМАССР, на которой принято решение: все лечебные заведения города Верхнеудинска переходят по смете Наркомздраву. Поэтому Верхнеудинский городской отдел здравоохранения был ликвидирован<sup>1164</sup>. А так как Чита входила в Дальневосточную область, то горздрав продолжал функционировать.

В Чите 5 апреля 1924 года в здании бывшего Мариинского приюта, открыта больница для застрахованных имени В.И. Ленина, получившая статус областной. Первым главным врачом был Петр Кандидович Флегонтов. В больнице работали

<sup>1162</sup> ГАРБ. — Ф. Р—2. — Оп. 1. — Д. 80. — Л. 41-60.

<sup>1163</sup> Айзин М.Л. Лечебно-санитарное состояние Сибири за 1923 год / Сост. На основании докладов и трудов 3-го Сиб. съезда здравотд. с 5 марта по 12 марта 1924 г. при участии наркома т. Семашко в г. Новониколаевске / Сост. отв. секр. д-ром М.Л. Айзиным Упр. Уполномоченного Нар. ком. здрав. по Сибири — Новониколаевск. изд. Упр-я уполномоченного НКЗ по Сибири, 1924. — С. 364.

<sup>1164</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 107.

врачи М.И. Шергов, Я.М. Шольц, К.В. Кибардин, В.Ф. Тальковский. Функционировали следующие отделения: акушерское – 25 коек, гинекологическое – 20, женское и мужское терапевтическое по 25, женское хирургическое – 10, мужское хирургическое – 15<sup>1165</sup>. Всего на 120 койках оказывалась медицинская помощь взрослому и детскому населению.

В 1923 году в Чите создано санитарно-эпидемиологическое отделение (штат 4 человека), открылась самостоятельная амбулатория в Центральном районе и амбулатория на Острове, санаторий для туберкулезных больных на 15 коек. Работали 6 врачей, 5 лекпомов, 5 фельдшериц-акушерок, 2 акушерки, 1 сестра милосердия, 7 санитаров. 1 февраля 1925 года открыта амбулатория при городской больнице.

На 1 августа 1925 года лечебную сеть Читинского городского отдела здравоохранения составляли: городская больница на 100 коек, губернская больница – 50, психиатрическая – 90, венерическая лаборатория, больница для застрахованных – 120, 4 амбулатории для застрахованных. Медицинские кадры города Читы представлены: врачи – 24, фельдшера и фельдшерицы-акушерки – 30, акушерки – 2, сестры милосердия – 12, лаборант – 1, зубных врачей – 5, зубных техников – 1, помощников зубных техников – 1<sup>1166</sup>.

Таким образом, в Чите начала активно формироваться советская модель здравоохранения. В первую очередь было увеличено количество медико-санитарных учреждений, открылись самостоятельные амбулатории и дополнительные приёмы при больницах. Квалифицированная медицинская помощь была востребована, количество обратившихся постоянно росло. В этот период, впервые в Забайкалье в Чите была организована круглосуточная скорая медицинская помощь. Так в 1926 году для этого было выделено 2 автомобиля.

---

<sup>1165</sup> Ключерева Н.Н. 5 апреля 90 лет со дня открытия Краевой клинической больницы / Н.Н. Ключерева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. — Чита, 2014. — С. 80.

<sup>1166</sup> Чабан С.Н. О.П. 90 лет со дня образования Читинского городского отдела здравоохранения (1921 г.) / С.Н. Чабан, О.П. Колодинач // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2011 год. — Чита, 2011. — С. 178.

В апреле 1926 года Забайкальский губернский отдел здравоохранения расформировывается и создается Читинский окружной отдел здравоохранения под руководством И.П. Бубнова. 21 апреля 1926 года городской отдел здравоохранения переименовывается в городской отдел здравоохранения при Читинском окружном отделе здравоохранения. Лечебная сеть была представлена: дорздравотделом, железнодорожной больницей, больницей имени В.И. Ленина, городской больницей с детским отделением на 25 коек, городской больницей №2 (бывшая земская), окружной больницей, военным госпиталем, вендиспансером, Черновской больницей, Центральной амбулаторией, 4-й амбулаторией, детской консультацией, психиатрической больницей, Домом беспризорного ребенка, саннадзором и дезостанцией, химико-бактериологической лабораторией, санаторием страхкассы, аптеками №№9, 11, 12<sup>1167</sup>.

Анализируя эти данные можно сделать вывод, что имеющаяся в Чите материально-техническая база и наличие квалифицированного медицинского персонала создавали неплохую основу для дальнейшего развития структуры здравоохранения в Восточном Забайкалье (ныне Забайкальский край). Между тем в Бурят-Монгольской АССР с учетом перспективного развития здравоохранения настоятельно требовалось создание более качественной стационарной базы.

Верхнеудинский лазарет Красного Креста являлся самостоятельным хозрасчетным лечебным заведением, по тем временам, удовлетворительно оборудованным, и находился в пригодном для дальнейшей работы, здании. Но, лечение больных было платным, на договорных началах. При этом лазарет работал не на полную нагрузку, так как не был доступен широким слоям населения.

По докладу зам. Уполномоченного РОККа по Бурят-Монгольской АССР врача А.Г. Гурьянова отмечалось: «...С 1 января 1923 года стоимость койко-дня колеблется от 1 рубля 80 коп. до 2 рублей 40 копеек. Лазарет развернут на 30

---

<sup>1167</sup> Чабан С.Н. 90 лет со дня образования Читинского городского отдела здравоохранения (1921 г.) / С.Н. Чабан, О.П. Колодинач // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2011 год. — Чита, 2011. — С. 178-179.

коек, а можно допускать развертывание до 90 коек»<sup>1168</sup>. Верхнеудинская городская больница никак не отвечала запросам квалифицированного медицинского обслуживания, находилась в приспособленном помещении, не имела необходимого оборудования и была всего на 25 коек<sup>1169</sup>. Соответственно, по инициативе наркома здравоохранения А.Т. Трубачеева в 1923 году был повторно поднят вопрос о передаче Верхнеудинского лазарета Красного Креста Наркомздраву республики.

Постановлением от 4 августа 1924 года: «... лазарет передан на госбюджет с 1 октября 1924 года и реорганизован в областную – городскую больницу, с медицинским обслуживанием городского и сельского населения республики»<sup>1170</sup>. Таким образом, Верхнеудинская городская больница, функционировавшая с 1803 года, с 1 октября 1924 года была окончательно закрыта. Заразное отделение этой больницы организовали в отдельную заразную (инфекционную) больницу на 35 коек<sup>1171</sup>.

В 1924 году, впервые в Верхнеудинске была открыта Областная больница Бурят – Монгольской АССР<sup>1172</sup>. В ней развернули 120 коек: хирургических – 40, терапевтических – 48, гинекологических – 10, родильных -12, детских -10. Штат больницы состоял из 62 человек, в том числе старшего врача, 5 врачей – ординаторов, 1 лекпома, 2 фельдшерниц – акушерок и 10 сестер милосердия<sup>1173</sup>. В 1924 году Наркомздрав БМАССР приступил к оборудованию при Областной больнице рентген и физиотерапевтического оборудования. Но решение вопроса затянулось. 25 января 1926 года Наркомздрав БМАССР направил ходатайство в подотдел медпомощи застрахованным Наркомздрава РСФСР «Об отпуске 15 000

<sup>1168</sup> ГАРБ. – Ф. Р–248. – Оп. 1. – Д. 5. – Л. 9.

<sup>1169</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 45.

<sup>1170</sup> ГАРБ. – Ф. Р–248. – Оп. 1. – Д. 5. – Л. 8.

<sup>1171</sup> ГАРБ. – Ф. Р–475. – Оп. 1. – Д. 54. – Л. 99.

<sup>1172</sup> ГАРБ. – Ф. Р–475. – Оп. 9. – Д. 1. – Л. 110.

<sup>1173</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. – С. 102.

рублей из Всероссийского страхового фонда на оборудование рентгеновского и физиотерапевтического кабинетов при Областной больнице»<sup>1174</sup>.

С ликвидацией городской больницы амбулаторный прием был перенесен в Областную больницу, которая не имела санпропускника. Поэтому Наркомздрав республики 18 февраля 1925 года открывает первую городскую амбулаторию в Верхнеудинске<sup>1175</sup>. Напомним, в Чите в 1923 году открыта самостоятельная амбулатория в Центральном районе, и амбулатория на Острове. В отчетах за 1925-1926 гг. отмечено, что Областная больница БМАССР расширена до 150 коек. Большим событием в здравоохранении Западного Забайкалья стал 1-й Республиканский съезд уполномоченных Бурнакомздрава и участкового медперсонала, проходивший с 6 по 11 сентября 1925 года.

Приводим заключение: «Ежегодный рост расходов на здравоохранение БМАССР, рост субвенций от Центра, появление нового фактора советского хозяйства, как волостной и хошунный бюджет – первые признаки укрепления материальной базы здравоохранения. Материальное положение медперсонала можно считать удовлетворительным. Правовое положение пока не урегулировано, но есть все возможности для определения прав и обязанностей врачей и лекпомов республики»<sup>1176</sup>.

Как и по всей стране в Забайкалье продолжались приоритетные мероприятия по охране материнства и детства. В 1926 году решением Наркомздрава республики число акушерско-гинекологических коек было доведено до 35, что позволило открыть самостоятельное родильное отделение при Областной больнице<sup>1177</sup>. Основные виды специализированной помощи в этот период полностью развернуты в Верхнеудинске: гинекологическая, родильная, детская, зубоврачебная»<sup>1178, 1179</sup>.

<sup>1174</sup> ГАРБ. — Ф. Р—665. — Оп. 1 (б). — Д. 1. — Л. 7.

<sup>1175</sup> ГАРБ. — Ф. Р—248. — Оп. 1. — Д. 122. — Л. 22.

<sup>1176</sup> ГАРБ. — Ф. Р—248. — Оп. 1. — Д. 122. — Л. 312.

<sup>1177</sup> Батоев Д.Б. Развитие акушерско-гинекологической помощи / Д.Б. Батоев, Е.А. Нечунаева // 85-лет здравоохранению г. Улан-Удэ. Сб. ст. — Улан-Удэ, 2006. — С. 16.

<sup>1178</sup> ГАРБ. — Ф. П—1. — Оп. 1. — Д. 1037. — Л. 81-106.

<sup>1179</sup> ГАРБ. — Ф. П—1. — Оп. 1. — Д. 1037. — Л. 81-106.

При становлении советской России животрепещущей проблемой стала подготовка квалифицированных медицинских кадров, особенно по охране материнства и детства. Советская власть прекрасно понимала, что без здорового поколения решать вопросы социалистического строительства невозможно. И самое важное, большинство руководителей медицинского дела и специалисты на местах имели опыт дореволюционного здравоохранения и выделяли наиболее приоритетные направления своей деятельности.

Так в 1918-1920 годах в стране начинают открывать курсы медсестер по охране материнства, младенчества и раннего возраста<sup>1180</sup>. В резолюции XII Всероссийского съезда советов по докладу Народного Комиссариата здравоохранения РСФСР от 11 мая 1925 года говорилось: «Недостаток медицинских работников, знающих местный язык, требует усиления командирования лиц туземного происхождения на медфаки и увеличения для них количества стипендий в медицинских высших учебных заведениях, а также открытия медицинских техникумов, особенно акушерских школ на местах»<sup>1181</sup>.

Таким образом, в Бурят-Монгольской АССР соответственно начинается планомерная работа по подготовке медицинских кадров всех звеньев. В целях улучшения охраны здоровья матери и ребенка 1 апреля 1924 года при родильном приюте Верхнеудинского лазарета РОКК открыли первые курсы повивальных бабок<sup>1182</sup>. На курсы были вызваны 15 курсанток почти из всех аймаков (районы), половина из них русские, половина бурятки. Курсанты жили в общежитии и получали стипендию от Наркомздрава. Продолжительность обучения составляла 6 месяцев (апрель – октябрь)<sup>1183</sup>.

---

<sup>1180</sup> Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет / В.В. Трофимов — М.: Медицина, 1967. — С. 27.

<sup>1181</sup> Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. — Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. — Составители Калью П.И., Морозов Н.Н. — С. 109.

<sup>1182</sup> Гурьянов А. К открытию курсов повивальных бабок Буреспублики. «Бурят-Монгольская правда» от 8 мая 1924. — Верхнеудинск.

<sup>1183</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 81.



1 сентября 1924 года Коллегия Наркомздрава постановила организовать курсы повивальных бабок со сроком обучения 1,5 года. На курсы были приглашены желающие из всех аймаков республики. Увеличение сроков обучения диктовалось желанием дать больше специальных знаний и связано, прежде всего, с общей низкой грамотностью населения. Так по данным переписи 1920 года грамотность бурятского населения западной части республики составляла 17,4%, а восточной – 14,1%<sup>1184</sup>. Решение насущных вопросов здравоохранения во многом зависело от ликвидации общей неграмотности населения Забайкалья.

Если к середине двадцатых годов организация родовспоможения в городах страны достигла определенных успехов, то на селе она почти отсутствовала. Организация учреждений охраны материнства и детства в сельской местности в РСФСР проходила очень низкими темпами. Вопросы улучшения организации родовспоможения в сельской местности обсуждались также на съездах акушеров-гинекологов, IV Всесоюзном совещании по ОММ, где подчеркивалась настоятельная необходимость развития службы, особенно в отдаленных национальных окраинах<sup>1185</sup>.

В постановлении СНК РСФСР от 30 июня 1924 года «Об обеспечении медицинской помощью сельского населения» указано: «полное или частичное закрытие существующих лечебно-санитарных учреждений, связанное с сокращением сети медицинской помощи сельскому населению, не допускается; приступить к постепенному заполнению врачебным персоналом участков функционирующей медицинской сети, где в настоящее время не имеется врачей, и к превращению самостоятельных фельдшерских пунктов во врачебные»<sup>1186</sup>.

Проводимые государством мероприятия по оздоровлению быта, ликвидации неграмотности, более полного охвата доступной медицинской помощью,

<sup>1184</sup> История Бурятской АССР в 2-х т. / Ред. коллегия: П.Т. Хаптаев (глав. ред.) и др. — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1959. — Т. 2. — С. 346.

<sup>1185</sup> Кулаков В.И. Охрана здоровья женщин и детей / В.И. Кулаков, Е.И. Данилишина, Л.П. Чичерин // Здравоохранение России XX век. Глава 4. — Москва, 2001. — С. 414.

<sup>1186</sup> Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. — Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. — Составители Калью П.И., Морозов Н.Н. — С. 102-103.

подразумевали коренной перелом в восприятии населением преимуществ государственной медицины<sup>1187</sup>.

2 декабря 1925 года Совнаркомом РСФСР было опубликовано постановление «Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала»<sup>1188</sup>. В постановлении ВЦИК и СНК РСФСР от 14 декабря 1925 года «Об основах построения нормальной волостной (районной) организации здравоохранения» указывается, что «каждая волость (район) должна иметь не менее одной районной больницы с амбулаторией, родильным и заразным отделениями, консультацию для матерей и грудных детей, а также летние ясли, детскую площадку для физически слабых детей, оспопрививательные пункты»<sup>1189</sup>. Декретом об основах построения нормальной сельской сети здравоохранения советское правительство вносило законченность и четкость в организацию этого первостепенного дела<sup>1190, 1191</sup>.

Но врачей пока не хватало, пришлось организовывать сельское здравоохранение с большими трудностями. В результате вплотную столкнулись с отсутствием на местах помещений для больниц. В 1925 году в Бурят-Монгольскую АССР входило 11 районов: Агинский, Баргузинский, Хоринский, Верхнеудинский, Троицкосавский, Тункинский, Боханский, Аларский, Эхирит-Булагатский, Северо-Байкальский и Баунтовский. В сельской местности работали 11 врачебных амбулаторий, 47 фельдшерских пунктов<sup>1192</sup>. В 1926 году на селе функционировали уже 8 аймачных (районных) и 12 участковых больниц<sup>1193</sup>.

<sup>1187</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 119.

<sup>1188</sup> Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет / В.В. Трофимов — М.: Медицина, 1967. — С. 35.

<sup>1189</sup> Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. — Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. — Составители Калью П.И., Морозов Н.Н. — С. 114-115.

<sup>1190</sup> Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет / В.В. Трофимов — М.: Медицина, 1967. — С. 37.

<sup>1191</sup> ГАРБ. — Ф. Р-475. — Оп. 1. — Д. 167. — Л. 178.

<sup>1192</sup> ГАРБ. — Ф. Р-475. — Оп. 1. — Д. 167. — Л. 95.

<sup>1193</sup> ГАРБ. — Ф. Р-475. — Оп. 1. — Д. 54. — Л. 46.

Тем не менее, необходимое строительство больниц в сельской местности продвигалось с трудом. Сказывалось отсутствие достаточной строительной материально-технической базы, опытных специалистов-инженеров, недостаток финансов. В большинстве случаев приходилось любые здания пока приспособлять под лечебное учреждение<sup>1194</sup>. Кроме того, местные территориальные условия требовали более развернутой медицинской сети, чем в местностях с компактным заселением. В связи с этим улучшение доступности медицинской помощи на периферии региона и приближение ее к населению становится основной задачей. Общая стоимость постройки районной больницы с квартирами и надворными постройками, определяется в 150 000 рублей. На содержание 424 коек было отпущено 267 712 рублей. Амбулаторная сельская сеть продолжала содержаться по местному бюджету<sup>1195</sup>.

В резолюции XII Всероссийского съезда советов по докладу Народного Комиссариата здравоохранения РСФСР от 11 мая 1925 года говорилось: «отмечая, что в борьбе с высокой детской смертностью дело охраны материнства и младенчества приобретает особое значение, необходимо развитие работы преимущественно путем распространения сети учреждений открытого типа (консультация, ясли), особенно продвигая ее на село»<sup>1196</sup>.

Соответственно, в Забайкалье в сельской местности организация системы родильной помощи, прежде всего, начиналась с преодоления пережитков старого быта и сложившихся под влиянием религиозных догм традиций жизненного уклада. В сельской местности роды в основном проходили на дому без акушерской помощи. В Сибири работа среди женщин началась позднее, чем в Центральной России; а среди коренного населения еще позднее. III Всероссийское совещание по охране материнства и младенчества, в 1925 году, констатируя

---

<sup>1194</sup> ГАРБ. — Ф. Р-475. — Оп. 1. — Д. 54. — Л. 115.

<sup>1195</sup> ГАРБ. — Ф. Р-475. — Оп. 1. — Д. 54. — Л. 106.

<sup>1196</sup> Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. — Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. — Составители Калью П.И., Морозов Н.Н. — С. 108-109.

катастрофическое положение с родовспоможением на селе, постановило требовать:

- а) выделения родильных палат во всех участковых больницах;
- б) организации родильных отделений на 2-3 койки при амбулаторных врачебных участках;
- в) организации акушерских пунктов в крупных селах на периферии участка;
- г) освобождения акушерок от всяких побочных обязанностей по больнице;
- д) увеличения числа разъездных акушерок<sup>1197</sup>

Нарком здравоохранения БМАССР А.Т. Трубочеев подчеркивал: «...ужасный примитивный санитарный быт сельского населения, особенно бурятского, предубежденность к медицинской помощи со стороны старообрядческого населения ведут к самым ужасным последствиям – вымиранию населения. Кто не видел ежедневных гробиков, несомых летом на кладбище – это умирают дети в деревнях и улусах, как результат отсутствия самого элементарного понятия об уходе за детьми. Женщины во время родов и беременности гибнут массами, не умея и не зная, как уберечь себя в означенных периодах»<sup>1198</sup>.

Таким образом, необходимо было создать условия для коренного поворота в социально-экономической, культурной жизни кочевого коренного населения. Для этого было важно обеспечить доступность и бесплатность квалифицированной медицинской помощи в месте проживания населения. В конце 1926 года в системе охраны материнства и детства в сельских районах Бурят-Монгольской АССР «Красные юрты» как раз, стали первыми медицинскими учреждениями, где оказывалась лечебно-профилактическая и санитарно-гигиеническая помощь женщинам и детям<sup>1199</sup>.

<sup>1197</sup> Лебедева В.Н. Охрана материнства и младенчества в стране Советов. — М.Л.: Государственное медицинское издательство, 1934. — С. 23.

<sup>1198</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев — Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. — С. 56-57.

<sup>1199</sup> Сельверова С.Б. Родовспоможение в Бурятской республике за 40 лет / С.Б. Сельверова // Материалы первой научно-практической конференции врачей Бурятии. — Улан-Удэ, 1966. — С. 26.

Необходимо отметить организацию в этих сложных условиях консультативно-практической помощи со стороны правительства России. Отделом охраны детей и подростков Наркомздрава РСФСР и комиссией ВЦИК в Агинский аймак (ныне Забайкальский край), населенный в основном бурятами, была направлена экспедиция для изучения естественного движения населения и физического развития детей. Агинский аймак являлся местом, где буряты во многих отношениях сохранили свой быт и вели кочевой или полукочевой образ жизни.

Комиссия состояла из начальника экспедиции врача-педиатра Е.Е. Граната, врача-педиатра Н.М. Семашко и двух врачей-педологов Е.Н. Згоржельской и Н.И. Белинского<sup>1200</sup>. Сделаны следующие выводы: «Постепенно от младших возрастов к старшим нарастает процент детей с хорошим развитием (от 23,5 до 42%) и параллельно падает процент детей с плохим общим развитием (с 53 до 28%). Налицо факт, что выживают дети с наиболее крепким здоровьем. Практически идет естественный отбор.

При обследовании было обнаружено, что многие бурятские дети страдали диатезом, рахитом в той или иной степени. Причинами болезней врачи выделяли неправильное вскармливание детей и боязнь выносить ребенка до 1 года из юрты на свет из-за религиозных предрассудков. По результатам экспедиции отмечена высокая смертность грудных детей, которая достигала 37,5%»<sup>1201</sup>. По отношению к Московской губернии, где идет развитие охраны материнства и детства, смертность грудных детей в Бурятии была очень велика. Врачами отмечалось обилие сердечных расстройств у бурятских детей, вызванных ревматической инфекцией, большое распространение глистной инвазии.

Подвергается критике организация охраны здоровья детского населения, которая развивается крайне неравномерно, «...сельская местность в этом

---

<sup>1200</sup> Гранат Е.Е. Состояние и заболеваемость детей Бурят-Монголии / Е.Е. Гранат // Жизнь Бурятии. — Верхнеудинск, 1929. — №6. — С. 55.

<sup>1201</sup> Гранат Е.Е. Некоторые данные о бурятском ребенке грудного возраста / Е.Е. Гранат, Е.Н. Згоржельская // Бурятские дети. — М., 1931. — С. 52-55.

отношении совершенно не обслуживалась. Очень мало внимания уделялось дошкольному возрасту»<sup>1202</sup>.

На основании этих выводов были предложены рекомендации по развитию педиатрической помощи в Забайкалье, организации отдельных детских больниц, улучшению материально-технической и научной базы. «Во многих регионах страны уже это осознали и встали на путь полного отделения лечебно-диагностической помощи детям от лечебной помощи взрослым»<sup>1203</sup>. Эти фундаментальные положения, были выполнены сначала в Чите (1936) и потом в Верхнеудинске (1942).

Таким образом, в результате административно-территориальных изменений, предпринятых советской властью Забайкальская область в дореволюционных границах 4 января 1926 года была упразднена. Образована Бурят-Монгольская АССР (1923г.), а Читинский уезд вошел в состав Дальневосточного края. К 1926 году Забайкалье разделено административно и географически на Сибирскую часть (Бурят-Монгольская АССР) и Дальневосточную часть (Сретенский и Читинский округа)<sup>1204</sup>.

Проблемы дальнейшей организации системы здравоохранения в Забайкалье были одинаковыми и получили свое решение при формировании советской модели охраны здоровья. В нашей представленной периодизации зарождения системы здравоохранения в Забайкалье мы выделяем третий этап с 1852 по 1925 гг., который связан с государственной политикой расширения системы медицинской помощи с целью создания региональной доступной медицины для всех категорий населения.

Значение третьего этапа формирования и становления системы здравоохранения в Забайкалье заключается в том, что направление, заданное дореволюционной Россией на развитие и укрепление государственного

---

<sup>1202</sup> Гранат Е.Е. Состояние и заболеваемость детей Бурят-Монголии / Е.Е. Гранат // Жизнь Бурятии. — Верхнеудинск, 1929. — №6. — С. 56.

<sup>1203</sup> Там же. — С. 59-61.

<sup>1204</sup> Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. — Чита: Экспресс-издательство, 2009. — С. 201.

управления системой здравоохранения для выполнения программы сохранения здоровья населения, воплощается уже в советской стране.

Подготовка квалифицированных медицинских кадров дореволюционного периода не успела достичь системного планомерного характера, учитывающего все демографические, территориальные особенности такого сложного региона, как Забайкалье. Поэтому, постепенно реализуется кадровый вопрос, при этом используется дореволюционный опыт подготовки национальных медицинских кадров всех уровней, вводится в строй сеть лечебно-профилактических учреждений, усиливается борьба с социально-значимыми заболеваниями, продолжена вакцинация и расширены санитарно-гигиенические мероприятия. Начавшая формирование в условиях имперской России система охраны материнства и детства стала основой решения актуальной задачи снижения материнской и детской смертности в советский период.

Новая государственная социальная политика расширения объема и качества системных медицинских мероприятий в советском Забайкалье, опирается на положительные элементы непрерывного и комплексного процесса создания дореволюционного здравоохранения в регионах большой страны.

Именно в недрах дореволюционного здравоохранения были намечены конкретные шаги к позитивному развитию медицинского дела в регионе, но помешала первая мировая война, ликвидация существовавшего государственного строя, гражданская война. При смене общественно-экономической формации в России дореволюционный курс развития системы доступного здравоохранения не был свернут, а рационально продолжен советской властью с учетом местных социальных и партийно-идеологических особенностей, в частности особым акцентом на медико-профилактическую работу среди коренного населения.

Подтверждением правильности избранного пути развития советской государственной медицины стали, следующие результаты: к концу первой четверти XX века постепенно начала снижаться материнская, детская смертность, сократились эпидемические вспышки различных инфекционных заболеваний, наметилось увеличение продолжительности жизни населения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе для эффективного реформирования такой стратегической отрасли, как здравоохранение, необходима максимально возможная объективная оценка регионального исторического наследия. Нами проведен анализ научной проблемы зарождения основ системы регионального здравоохранения на востоке страны, на большой пограничной территории, ныне представленной двумя субъектами Российской Федерации: Республикой Бурятия и Забайкальским краем (до 2008г. Читинская область). Одинаковые климатогеографические, социально-экономические, демографические, конфессиональные условия позволили объединить два региона для обобщения истории зарождения системы здравоохранения в Забайкалье в представленных хронологических рамках.

Проводившиеся на окраине Российской империи мероприятия, касающиеся вопросов оказания медицинской помощи населению данного региона и формированию в нем основ системы здравоохранения, позволяют сделать выводы о том, что все предпринимавшиеся в этом направлении меры отвечали политике Российского дореволюционного правительства, основанной на необходимости решать приоритетные задачи по освоению и эффективному закреплению территории Забайкалья в рамках единого политического, экономического и социокультурного пространства страны. Результаты анализа объективных данных, полученных в том числе из архивных документов, позволили говорить о том, что условия и особенности зарождения системы медицинской помощи в Забайкалье определялись торгово-экономическими, демографическими и военно-стратегическими факторами.

Научно-практическая значимость диссертационного исследования состоит не только в теоретическом обобщении истории здравоохранения Забайкалья, как части истории медицины и здравоохранения страны, но и в том, что обеспечит эффективную и устойчивую реализацию государственной программы



пространственного развития России, как актуальной задачи, отражающей национальную безопасность в современных сложных геополитических условиях.

В результате проведенного системного анализа мы предложили периодизацию исторического процесса зарождения и формирования системы здравоохранения в Забайкалье, состоящую из трех этапов. Структуризация предмета историко-медицинского исследования позволила выявить основные закономерности и дать качественные характеристики каждого этапа, определяющие целостность процесса организации основ системы здравоохранения на одной из пограничных окраин России – в Забайкалье.

Первый этап с 1742г. по 1803 г. характеризуется организацией горных и военных лазаретов. Именно такое начало создания региональной системы медицинской помощи соответствует актуальной государственной задаче торгово-экономической и военной стратегической безопасности на востоке Российской империи в первой половине XVIII века. После окончательного закрепления Забайкалья в составе Российской империи началось ресурсно-сырьевое освоение края, приведшее к открытию первого лечебного учреждения - Нерчинского Горного госпиталя (1742г.) в Восточном Забайкалье. Первые военно-медицинские учреждения организованы во второй половине XVIII века в городах Селенгинске (1765г.) и Верхнеудинске (Улан-Удэ) (конец 80-х гг.) на территории Западного Забайкалья.

Следствием роста госпитальной базы и серьёзным дефицитом медицинских кадров стала вынужденная необходимость подготовки лекарских учеников из числа местного населения. Первая медицинская школа была открыта подлекарем Е. Томиловым в 1762 году при Нерчинско-Заводском госпитале в Восточном Забайкалье. При этом система медицинского образования учеников базировалась на научных знаниях анатомии, терапии, хирургии, изучении латинского языка. В Западном Забайкалье первым преподавателем медицины стал Петр Лебедев, организовавший в Селенгинске госпитальную школу при военном лазарете. Позднее лекарь И.Ф. Ресслейн в Верхнеудинском военном лазарете также на добровольных началах проводил обучение учеников.

Второй этап с 1803 г. по 1852 г. характеризуется тем, что получает развитие гражданская медицина, в первую очередь в городах. Необходимым условием для этого становится постепенное укрепление экономического, социокультурного и юридического статуса городов Забайкалья. Первым получил право магистратского управления город Верхнеудинск. По нашим данным, в 1803 году открывается первая приказная городская больница в Верхнеудинске.

Вторую гражданскую больницу организовали в городе Троицкосавск (Кяхта) в 1820 году. И соответственно в 1827 году открыли третью городскую больницу в городе Нерчинск. Она же стала первой на территории Восточного Забайкалья. Зарождение гражданской медицины в городах Забайкальской области означало постепенный переход государственной политики от сугубо сырьевого использования к началу рационального социально-экономического развития территории.

Нами изучена история оспопрививания гражданского населения и отдельно в Забайкальском казачьем войске, как первой актуальной медико-профилактической задачи, от момента деятельности врачей энтузиастов в этом направлении и до начала организованных государственных мероприятий в регионе. Впервые определена дата системных медицинских мероприятий по оспопрививанию в Забайкалье – 1811 год.

Третий этап с 1852 г по 1925 г., связан с государственной политикой расширения системы медицинской помощи в Забайкалье с целью организации региональной доступной медицины для всех категорий населения. Объединение западной и восточной частей Забайкалья в особую Забайкальскую область и определение города Читы областным центром, приводит к введению единого государственного управления военной и гражданской медициной, способствующей началу системной организации первичной лечебно-диагностической помощи, развитию специализированной городской медицины, развертыванию противоэпидемической, санитарной деятельности.

На примере деятельности Верхнеудинского окружного комитета общественного здоровья (1853 г.) и Троицкосавского уездного комитета

общественного здоровья (1910 г.), можно судить об их, положительной роли в поддержании приемлемого санитарно-эпидемиологического благополучия своих территорий. Существовала четкая и отработанная схема проводимых медико-санитарных мероприятий при возникновении эпидемической ситуации среди населения и животных. Отмечая, непосредственные положительные результаты в виде снижения смертности и инвалидности при своевременном обращении за медицинской помощью, жители Забайкалья, начинают осознавать прогрессивную роль научной медицины.

В Чите при значительно увеличившемся населении первая городская больница открылась в 1894 году и сначала располагала всего 10 койками. За образец формирования коечного фонда и штата персонала принималась Верхнеудинская городская больница. Но, очень быстро к 1910 году путем совместных усилий врачей, администрации города, области и общественности Читинская городская больница расположилась в типовом здании и расширилась до 110 коек, функционировали все отделения, за исключением педиатрического.

В конце XIX века востребованность медицинского направления Забайкалья становится насущной, развивается общественная медицина. В 90-е годы XIX века происходит институционализация здравоохранения Забайкалья. Намечаются формы работы не только лечебно-профилактического характера, но и научной деятельности. Таким образом, что в 1893 г. в Чите было создано Забайкальское общество врачей - второе в Восточной Сибири после Иркутска (1858г.). Существенную роль в начале XX века в Забайкалье стала играть благотворительность в различных формах, что на фоне нехватки государственного финансирования только улучшало медицинскую ситуацию в области.

Организация местных управлений Российского Общества Красного Креста в Забайкальской области началась в конце XIX века. Основной целью при открытии этих медико-социальных структур являлась подготовка сестер милосердия на местной базе, непосредственная лечебная помощь и уход за ранеными и больными воинами, не исключая и местное население, организация противоэпидемических мер. 8 мая 1894 года в Забайкальской области было

организовано Забайкальское (Читинское) местное управление Российского общества Красного Креста.

Впервые была создана Читинская Община сестер милосердия и учреждена в 1901 году. Верхнеудинская община сестер милосердия РОКК учреждена в 1907 г., второй в Забайкальской области. Получила развитие хирургическая, терапевтическая и акушерская помощь, проводилось сохранявшее актуальное значение оспопрививание. С 1904 года функционировали лазареты Красного Креста в городах Чита и Верхнеудинск. Помимо основной деятельности, персонал лазаретов организовал стационарную и амбулаторную медицинскую помощь гражданскому населению, включая и коренных жителей Забайкальской области.

Получает экстенсивное развитие военная медицинская служба, вводится участковый принцип работы, повышается качество родовспоможения. В июле 1914 года Читинский госпиталь выделяется в крупнейший центр военно-медицинского значения на 1000 коек.

Медицинская помощь в Забайкалье носила разноместный характер. Одной из особенностей медико-санитарного дела Сибири явилось возникновение приисковой медицины, обусловленное широким развитием золотодобывающей промышленности. Прохождение Транссибирской железной дороги через города Забайкалья имело огромное культурно-политическое и социально-экономическое значение для развития дореволюционного здравоохранения области.

В мае 1900 года на станции Верхнеудинска была открыта железнодорожная больница на 25 кроватей. В июне 1900 года была открыта железнодорожная больница в городе Чите на 35 коек, из них 10 инфекционных.

Читинская пересыльная тюрьма начала функционировать в 1861 году, заменив бывшие этапы и полу этапы. Предписание Главного тюремного управления от 17 января 1862 года рекомендовало местным врачам оказывать медицинскую помощь всем больным заключенным с целью предотвращения осложнений, эпидемий и летальных исходов. С медико-профилактической целью проводилось оспопрививание ссыльным и каторжным, в том числе детям.

С 1865 до 1917 гг. решение сложной задачи медицинского обеспечения сельских и коренных жителей Забайкалья, обозначилось непрерывным процессом организации сельского здравоохранения с элементами земской медицины. Следствием этого стало создание врачебных участков с лечебницами (1901г.) и введение бесплатных земских коек сначала в Читинской городской больнице в 1910 году, а в 1916 году открытие областной земской больницы. В сельской местности Восточной Сибири земское самоуправление по образцу Европейской России создано не было. Но, существовал губернский земский сбор, которым полностью распоряжалось губернское управление в Иркутске. Работа по формированию сельской медико-санитарной части Забайкалья дореволюционным правительством не прекращалась. Несмотря на финансово-экономические и кадровые проблемы, в период 1901-1903 гг. был реализован переход организации здравоохранения Забайкалья на участковый принцип.

Наметившийся позитивный перелом в организации медицинского обеспечения в Забайкалье прервала первая мировая войны и последовавшие затем революционные события, развал государственности, гражданская война. Бурятский лазарет № 245, был организован во второй половине 1915 года в Санкт-Петербурге. В начале своей деятельности лазарет принимал на лечение раненых и больных воинов российской армии, но с 1917 года, учитывая возрастающую смертность среди мобилизованных на тыловые работы бурят, деятельность лазарета была перепрофилирована только для них.

При смене общественно-экономической формации в России дореволюционный курс развития системы доступного здравоохранения не был свернут, а рационально продолжен советской властью с учетом региональных особенностей.

В условиях Дальневосточной республики (1920г.) земство, как самоуправляющаяся единица не получило дальнейшего развития, но такие принципы организации системы медицинской помощи, как участковость, доступность, бесплатность, профилактическое направление не только сохранились в советской медицине, но и усовершенствовались. В 1921 году открывается первая сельская

больница для коренного населения Восточного Забайкалья, впервые организованы местные органы управления здравоохранением - аймздравы.

В течение 1923 года государственное управление системой здравоохранения Забайкальской области было создано, организован Наркомздрав Бурят-Монгольской АССР (1923г.), функционировал Забайкальский губернский отдел здравоохранения (расформирован в апреле 1926 г.). В результате административно-территориальных изменений Забайкальская область в дореволюционных границах 4 января 1926 года была упразднена.

Таким образом, направление, взятое дореволюционной Россией на развитие и укрепление государственного управления системой здравоохранения для выполнения программы сохранения здоровья населения, воплощается уже в советской стране. Постепенно реализуется кадровый вопрос, при этом используется дореволюционный опыт подготовки национальных медицинских кадров всех уровней, вводится в строй сеть лечебно-профилактических учреждений, усиливается борьба с социально-значимыми заболеваниями, продолжена вакцинация и расширены санитарно-гигиенические мероприятия. Начавшая формирование в условиях имперской России система охраны материнства и детства стала основой решения актуальной задачи снижения материнской и детской смертности в советский период.

Созданный фундамент системы здравоохранения в дореволюционный период Забайкалья, был успешно использован и рационально преобразован в эффективную советскую модель здравоохранения. Проведенное исследование доказывает актуальность соблюдения преемственности, сохранения и разумного реформирования уже адаптированной к сложным социально-экономическим условиям и апробированной временем системы здравоохранения Забайкалья.

Изученный исторический опыт свидетельствует о том, что при организации доступного здравоохранения в дореволюционном Забайкалье, получившего приоритетное значение в конце XIX века, решить кадровую проблему одними финансовыми и льготными рычагами не удалось. Были необходимы общие системные, социально-экономические и культурные преобразования в этом

отдаленном регионе, объединяющие усилия государства и муниципальных органов, которые позволяли серьезно мотивировать квалифицированных медицинских специалистов связать свою профессиональную деятельность с региональным здравоохранением.

Таким образом, предложенная нами периодизация зарождения системы здравоохранения в Забайкалье, основана на результатах историко-генетического, сравнительно-исторического и структурно-диахронного анализа и описания всех существующих в регионе форм организации системы медицинской помощи: государственной, общественно-благотворительной, городской, сельской с элементами земской и частных лечебных учреждений. Все структуры системы здравоохранения были взаимосвязаны и направлены на обеспечение доступности ее элементов всем категориям населения Забайкалья.

## ВЫВОДЫ

- 1.** В рамках решения пограничных и военно-фискальных задач, ранее стоявших перед государственной администрацией территории, необходимость в развитии регионального здравоохранения отсутствовала. Изменение политики Российской империи в первой половине XVIII века привело к началу комплексного освоения края и принятию мер по обеспечению возраставшего населения региона медицинской помощью. Первым лечебным учреждением на территории Забайкалья стал Горный госпиталь, открытый в Нерчинском Горном округе в конце первой половины XVIII века (1742г.), в интересах лечения рабочего персонала серебряноплавильных, золотодобывающих рудников и воинских чинов.
- 2.** Обеспечение военно-стратегической безопасности Российской империи в регионе способствовало возникновению военно-медицинских учреждений. В 1765 году в Селенгинске был открыт первый военный лазарет, в котором из-за нехватки медицинского персонала, продолжена подготовка лекарских учеников из числа местного населения, начатая в 1762 году при Нерчинском Горном госпитале. Далее открывается госпитальная школа при Верхнеудинском военном лазарете в конце второй половины XVIII века.
- 3.** Наша периодизация зарождения основ системы здравоохранения Забайкалья подразумевает анализ и описание возникновения всех форм организации медицинской помощи: государственной, общественно-благотворительной, городской, сельской с элементами земской и частных лечебных учреждений.
- 4.** Нами доказано, что с 1 сентября 1811 года в регионе осуществляются целенаправленные государственные мероприятия по оспопрививанию. На основании Указа Императорского Величества самодержца Всероссийского Иркутское губернское правительство в период с 18 по 21 августа 1811 года приняло постановление о проведении предохранительной прививки коровьей оспы.
- 5.** Первый этап зарождения здравоохранения в Забайкалье мы определяем хронологическими рамками с 1742 по 1803 гг. Основным содержанием первого



этапа является возникновение горных и военных лечебных учреждений, т.е. в становлении основ здравоохранения Забайкалья проявляется курс государственной политики Российской империи, определяющийся промышленно-сырьевым и военно-политическим значением края.

**6.** Второй этап зарождения системы здравоохранения связан с развитием гражданской медицины в Забайкалье в период с 1803 по 1852 гг. Основное значение этого этапа в том, что в первой четверти XIX века открываются первые городские больницы в Забайкалье: Верхнеудинск (1803г.), Троицкосавск (Кяхта) (1820г.), Нерчинск (1827г.). Организация областного центра в городе Чите (1851г.), способствует единому государственному управлению региона, направленного на создание методического и организационного центра для начала охвата всего населения доступной медицинской помощью.

**7.** Нами установлено, что в 1852 году сложилась целостная система управления учреждениями здравоохранения на территории созданной особой Забайкальской области (1851г.). Приказом Генерал-губернатора Восточной Сибири №564 от 14 марта 1852 года по представлению от 3 марта 1852 года военного губернатора Забайкальской области, введена должность областного инспектора медицинской части, подчинявшегося непосредственно военному губернатору и надзиравшего одновременно за гражданскими и военными лечебными учреждениями. Также в 1852 г. начал функционировать областной комитет общественного здоровья, ответственный за эпидемиологическую ситуацию в пограничном регионе.

**8.** В 90-е годы XIX века происходит институционализация здравоохранения Забайкалья. В 1893 году организовано Забайкальское общество врачей. Нам удалось установить, что в Забайкалье функционировало сначала только Нерчинское местное управление Российского общества Красного Креста, а в 1894 году открыто Забайкальское областное (Читинское) управление РОКК. Наблюдавшаяся в связи с этим нехватка медицинских кадров повлекла за собой организацию Общин сестер милосердия (первая в 1901 году в Чите).

**9.** Третий этап формирования здравоохранения в Забайкалье охватывает период с 1852 по 1925 гг. Государственная социальная политика была направлена на

расширение масштаба здравоохранения региона с включением сельского и коренного населения в систему медицинской помощи. В 1901-1903 гг. в Забайкалье введено уездное административно-территориальное деление, а населенные пункты каждого уезда разделены на врачебные участки с лечебницами. Однако, лишь 7 июля 1913 года принято положение об уездном враче и фельдшере, а первая земская больница открылась в Чите еще позже, в 1916 году. В ходе этого этапа разворачивается сеть городских гражданских (в т.ч. частных) медицинских учреждений со специализированными койками, усовершенствуются противоэпидемические, санитарные мероприятия.

**10.** С 1 декабря 1921 года в период нахождения Забайкалья в составе Дальневосточной республики на местах впервые создаются аймздравы, подчинявшиеся министерству здравоохранения ДВР. Начинается планирование и попытки осуществления мероприятий, обеспечивающих полный охват всего населения Забайкалья комплексом доступных лечебно-профилактических мер.

**11.** Нами уточнено представление о том, что при смене общественно-экономической формации в 20-х гг. XX столетия в зарождавшейся советской системе охраны здоровья, были соблюдены преемственность и сохранена взаимосвязь основных элементов дореволюционной системы здравоохранения, отвечавшей первостепенному требованию доступности медицинской помощи в Забайкалье. Доказана актуальность поддержки и разумного реформирования адаптированной к сложным региональным социально-экономическим, климатогеографическим условиям и апробированной временем ошибок и успехов системы здравоохранения Забайкалья.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Результаты диссертационного исследования будут содействовать изучению целостной истории здравоохранения Забайкалья на кафедрах истории медицины региональных университетов, издании фундаментальной истории здравоохранения России, справочной и энциклопедической литературы.
2. Введенный в научный оборот большой пласт архивных источников позволит продолжать анализ проблем истории здравоохранения в двух больших регионах Российской Федерации – Республике Бурятия и Забайкальском крае.
3. Изученный исторический опыт станет основой для эффективного реформирования регионального здравоохранения в целях совершенствования доступности системы медицинской помощи с учетом реальных климатогеографических, социально-экономических условий жизни населения регионов России.

## СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ, в том числе  
индексирующихся в базах данных Scopus и Web of Science.

1. Батоев С.Д. Легков Константин Иванович (1877-1958 г.г.) – врач, организатор здравоохранения, общественный деятель / С.Д. Батоев // **История медицины.** – Москва, 2016. – Т. 3. – № 1. – С. 66 -73.
2. Батоев С.Д. Оспопрививание в Забайкалье (XVIII – начало XX вв.) / С.Д. Батоев // **История медицины.** – Москва, 2016. – Т. 3. – № 2. – С. 125-132.
3. Батоев С.Д. Первые военные врачи Забайкалья, выходцы из бурят в дореволюционный период / С.Д. Батоев // **Военно-медицинский журнал.** – Москва, 2016. – Т. СССХХХVII. – № 11. – С. 64-65.
4. Батоев С.Д. Вклад профессора медицины Вольфа Моисеевича Броннера в борьбу с венерическими заболеваниями в Забайкалье в 20-х гг. XX в. / С.Д. Батоев // **История медицины.** – Москва, 2017. – Т. 4. – № 1. – С. 16-26.
5. Батоев С.Д. Оспопрививание в Забайкальском казачьем войске / С.Д. Батоев // **Сибирский медицинский журнал.** – Томск, 2017. – Т.32. – № 3. – С. 111-116.
6. Батоев С.Д. Николай Михайлович Серков – первый заведующий Прибайкальским областным отделом здравоохранения Дальневосточной республики / С.Д. Батоев, А.М. Серков // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – Москва, 2017. – Т. 25. – № 6. – С. 382-385.
7. Батоев С.Д. Военная медицина дореволюционного Забайкалья. / С.Д. Батоев // **История медицины.** – Москва, 2017. – Т. 4. – № 4. – С. 403-411.
8. Батоев С.Д. Начало институционализации здравоохранения Забайкалья в дореволюционный период / С.Д. Батоев // **Вестник Томского Государственного университета. История.** – Томск, 2018. – № 54. – С. 5-9.
9. Батоев С.Д. Особенности зарождения и становления городской медицины дореволюционного Забайкалья / С.Д. Батоев // **Дальневосточный медицинский журнал.** – Хабаровск. – 2018. – № 2. – С. 87-89.
10. Батоев С.Д. Верхнеудинский лазарет Красного Креста в истории здравоохранения Забайкалья (1904-1924 гг.) / С.Д. Батоев // **Локус: люди, общество, культуры, смыслы.** Московский педагогический государственный университет. – № 1. – 2018. – С. 21-34.
11. Батоев С.Д. Зарождение профессиональной акушерско-педиатрической помощи в дореволюционном Забайкалье / С.Д. Батоев // **История медицины.** –Москва, 2018. – Т. 5. – № 1. – С. 49-59.

- 12. Батоев С.Д.** Деятельность Российского общества Красного Креста в дореволюционном Забайкалье / **С.Д. Батоев // История медицины.** – Москва, 2018. – Т. 5. – № 2. – С. 123-131.
- 13. Батоев С.Д.** Особенности зарождения основ здравоохранения в Забайкалье в период XVIII – первая половина XIX вв. (историко-экономический аспект) / **С.Д. Батоев, А.С. Киселев // Проблемы современной экономики.** – Санкт-Петербург. – 2018. – № 2. – С. 271-274.
- 14. Батоев С.Д.** Особенности формирования основ системы здравоохранения в Забайкалье в период Дальневосточной Республики (ДВР) / **С.Д. Батоев // История медицины.** – Москва, 2018. – Т. 5. – № 3. – С. 207-216.
- 15. Батоев С.Д.** История зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье / **С.Д. Батоев // История медицины.** – Москва, 2018. – Т. 5. – № 4. – С. 308-319.

### Монографии

- 16. Батоев Д.Б.** История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / **Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова** – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. – 212 с.
- 17. Батоев Д.Б.** Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачев в истории здравоохранения Бурятии. / **Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев** – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – 344 с.
- 18. Батоев Д.Б.** Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / **Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев** – Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. – 240 с.

### Статьи в журналах и сборниках

- 19. Батоев С.Д.** Профессор Вольф Моисеевич Броннер / **С.Д. Батоев //** Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР». – Москва, 2012. – С. 23-25.
- 20. Батоев С.Д.** Тернистый путь от первого детского отделения до детской республиканской клинической больницы в Бурятии / **С.Д. Батоев //** Серия «Исторический педиатрический альманах». – Союз педиатров России. – Выпуск 1. – Москва, 2013. – С. 27-30.
- 21. Батоев С.Д.** Сестра милосердия М.В. Шишменцева / **С.Д. Батоев, Д.Б. Батоев //** Сборник статей по материалам межрегионального Круглого стола «Первая мировая война в истории Байкальского региона», посвященного столетию со дня начала Первой мировой войны. – Улан-Удэ, 2014. – С. 204-206.
- 22. Батоев С.Д.** Создание медицинского управления Забайкальской области (1852-

1872 гг.) / **С.Д. Батоев** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, выпуск 2 (тематический), материалы международной научной конференции «Сточиковские чтения» – Москва, 2016. – С. 47-49.

**23. Батоев С.Д.** Деятельность бурятского лазарета № 245 в Санкт-Петербурге (1915-1919 гг.) / **С.Д. Батоев** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, выпуск 2 (тематический), материалы международной научной конференции «Сточиковские чтения» – Москва, 2016. – С. 50-52.

**24. Батоев С.Д.** Врач Кларин Шиллинг – организатор Верхнеудинской гражданской больницы (1803-1812 гг.) / **С.Д. Батоев** // Материалы III (XIII) съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ: сб. Ст. – Москва, 2016. – С. 30-31.

**25. Батоев С.Д.** Организация Читинского военного полугоспиталя в Забайкалье в XIX веке / **С.Д. Батоев** // Материалы III (XIII) съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ: сб. Ст. – Москва, 2016. – С. 28-29.

**26. Батоев С.Д.** Предпосылки зарождения основ здравоохранения в Забайкалье в дореволюционный период / **С.Д. Батоев** // Медицинский журнал «QVANTUMSATIS». – Москва, 2017. – №1. – Том I. – С. 98-103.

**27. Батоев С.Д.** Характеристика Верхнеудинской гражданской больницы Забайкалья начала второй половины XIX века / **С.Д. Батоев** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, выпуск 3, материалы научной международной конференции «Сточиковские чтения» – Москва, 2017. – С. 21-22.

**28. Батоев С.Д.** Состояние приисковой медицины в Забайкалье в дореволюционный период / **С.Д. Батоев** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, выпуск 3, материалы научной международной конференции «Сточиковские чтения» – Москва, 2017. – С. 23-24.

**29. Батоев С.Д.** Нерчинский горный округ в истории здравоохранения Забайкалья в XVIII веке / **С.Д. Батоев** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко, тематический выпуск «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» – Москва, 2017. – С. 20-22.

**30. Батоев С.Д.** Первый управляющий аптекой Читинского военного полугоспиталя в XIX веке / **С.Д. Батоев** // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко,

тематический выпуск «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» – Москва, 2017. – С. 23-25.

**31. Батоев С.Д.** Иван Иванович Алексеев (1874-1963 гг.) – первый хирург железнодорожной больницы Верхнеудинска / **С.Д. Батоев** // OPERA MEDICA HISTORICA. Труды по истории медицины. Альманах РОИМ. Выпуск 2. – Москва, 2017. – С. 434-438.

**32. Батоев С.Д.** Иван Федорович Ресслейн - «Забайкальский Гааз» в XVIII веке / **С.Д. Батоев** // OPERA MEDICA HISTORICA. Труды по истории медицины. Альманах РОИМ. Выпуск 2. – Москва, 2017. – С. 439-441.

**33. Батоев С.Д.** Читинская и Верхнеудинская Общины сестер милосердия в истории здравоохранения Забайкалья / **С.Д. Батоев** // Медицинский журнал «QVANTUMSATIS». – Москва, 2017. – №3-4. – Том I. – С. 107-115.

**34. Батоев С.Д.** Организация Читинской гражданской больницы в дореволюционный период / **С.Д. Батоев** // ФАНО Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, материалы международной научной конференции «Сточиковские чтения» – Москва, 2018. – С. 21-22.

**35. Батоев С.Д.** Верхнеудинский комитет общественного здоровья Забайкальской области / **С.Д. Батоев** // ФАНО Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, материалы международной научной конференции «Сточиковские чтения» – Москва, 2018. – С. 23-24.

**36. Батоев С.Д.** Особенности создания сельской медицины в Забайкалье в дореволюционный период / **С.Д. Батоев** // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения. Сборник статей международного симпозиума 16 ноября 2018 г. / Отв. Ред. И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева. – М.: ННИИ ОЗ им. Н.А. Семашко, 2018. – С. 19-22.

**37. Батоев С.Д.** Значение медицинской деятельности Сультима (Александр) Бадмаева для коренного населения Восточного Забайкалья / **С.Д. Батоев** // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения. Сборник статей международного симпозиума 16 ноября 2018 г. / Отв. Ред. И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева. – М.: ННИИ ОЗ им. Н.А. Семашко, 2018. – С. 22-25.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абыков Н.А. Здравсохранение за двадцать лет БМАССР / Н.А. Абыков // 20 лет Бурят-Монгольской АССР. – Улан-Удэ: Бургиз, 1943. – 81 с.
2. Абыков Н.А. Успехи здравсохранения трудящихся за 15 лет БМАССР / Н.А. Абыков // 15 лет Бурят-Монгольской АССР: Политико-экономический сборник. – Улан-Удэ: Бургиз, 1939. – 167 с.
3. Азиатская Россия. Т. I.: Люди и порядки за Уралом. – СПб., Изд. Переселенческого упр. Гл. упр. Землеустройства и земледелия, 1914. – 578 с.
4. Айзин М.Л. Социальные болезни в Сибири и организованные формы борьбы с ними / М.Л. Айзин // Сибирский медицинский журнал. – 1926. – № 3. – С. 78.
5. Актуальные проблемы истории Бурятии [сборник статей] Академия наук СССР, Сибирское отделение, Бурятский институт общественных наук / Ред. коллегия Т.М. Михайлов, Н.В. Ким, Г.Л. Санжиев. – Улан-Удэ, 1990. – 92 с.
6. Алексеев П.С. Материалы для медицинской топографии и статистики Забайкальской области / П.С. Алексеев // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1897. – Отд.7. – С. 70–83.
7. Альбицкий В.Ю. Младенческая смертность в дореволюционной России / В.Ю. Альбицкий // Нижегородский медицинский журнал. – Нижний Новгород., 1994. – № 3. – С. 131-135.
8. Альбицкий В.Ю. О преемственности систем охраны материнства и младенчества в царской России и Советском союзе / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // Материалы III съезда конфедерации историков медицины. – Москва, 20-22 мая 2009. – Т.1. – С. 136-138.
9. Андреев В.И. История бурятской школы / В.И. Андреев (Одоров); Иркут. гос. пед. ин-т иностр. яз. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1964. – 567 с.
10. Андриевич В.К. Краткий очерк истории Забайкалья от древнейших времен до 1762 года / Владимир Андриевич – М.: Вече, 2013. – 288 с. – (Моя Сибирь).
11. Аруин М.И. Вольф Моисеевич Броннер. Врачи-большевики-строители советского здравсохранения. – Сб. ст. Москва, 1970. – 376 с.
12. Аруин М.И. У истоков борьбы с венерическими болезнями в СССР (В.М. Броннер, 1876-1938) / М.И. Аруин // Вестник Дерматологии и Венерологии. – Москва, 1970. – С. 54-58.
13. Афанасьева Л. В. Развитие социального института охраны материнства и детства на Дальнем Востоке в 20-30-х годах XX века: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Комсомольск-на Амуре, 2004. – 208 с.
14. Ахмадов Т.З. Городовые и городские врачи на северном Кавказе до 1917 года / Т.З. Ахмадов // Материалы III (XIII) съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ. – Москва, 2016. – С. 24.



15. Аюшеева Л.В. Тибетская медицина в России. / Л.В. Аюшеева – Улан-Удэ: Ринпоче-багша, 2007. – 163 с.
16. Бакиров У.Н. Становление здравоохранения в Башкирии. / У.Н. Бакиров, Н.Г. Ибрагимов // Казанский медицинский журнал. – Т. 73. LXXIII, 1992. – №2. – С. 154-155.
17. Балалыкин Д.А. Зарождение медицины как науки в период до XVII в.: учеб, пособие / Д.А. Балалыкин. – Изд. 2-е. – М.: Литтерра, 2013. – 266 с.
18. Бальжиев Б. Какой характер носят войны? – Газета. – Буряад унэн, Улан-Удэ, 27 марта 1998 г.
19. Баранов А.А. Детская смертность (Тенденции, причины и пути снижения) А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. – М., 2001. – 256 с.
20. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты / А.А. Баранов // Педиатрия, 1999. – №3. – С. 4.
21. Баранов А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. – 3 изд., перераб и доп. – Москва: Союз педиатров России, 2009. – 387 с.
22. Баранова Т.И. Анализ детской смертности в Забайкальском крае / Т.И. Баранова, Е.В. Андреева, Г.В. Копылова // ЭНИ Забайкальский медицинский вестник. 2017. – № 4. – 52-59.
23. Барсуков М.И. Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. / М.И. Барсуков – М.: Медгиз, 1951. – 61 с.
24. Бартанова А.А. Образование Бурятской автономной Советской социалистической республики. / А.А. Бартанова – Улан-Удэ, 1964. – 51 с.
25. Басаева К.Д. Семья и брак у бурят. / К.Д. Басаева – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1991. – 192 с.
26. Батоев Д.Б. История организации и развития здравоохранения, формирования его кадров в Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.): дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2002. – 212 с.
27. Батоев Д.Б. 120 лет со дня рождения первой профессиональной фельдшерицы-акушерки Аги Вампиловой В.В. (1888-1914 гг.) / Д.Б. Батоев // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2008 год. – Чита, 2008. – С. 173-177.
28. Батоев Д.Б. Доктор Санжимитэб Цыбыктаров в Бурятии и в Монголии. / Д.Б. Батоев, Д.А. Дугаржапова. – Улан-Удэ: «Новая Принт», 2017. – 153 с.
29. Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. – 212 с.
30. Батоев Д.Б. История и современное состояние родовспоможения Бурятской АССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Томск, 1973. – 23 с.
31. Батоев Д.Б. К истории социальной демографии города Кяхта / Д.Б. Батоев // Материалы III республиканской научно-практической конференции врачей Бурятии – Улан-Удэ, 1975. – С. 37

32. Батоев Д.Б. Люди в белых халатах. / Д.Б. Батоев – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2000. – 130 с.
33. Батоев Д.Б. Очерки о медиках Аги. / Д.Б. Батоев – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 2001. – 324 с.
34. Батоев Д.Б. Первый врач Верхнеудинска / Д.Б. Батоев // Здоровоохранение и информационные ресурсы: сб. ст. – Улан-Удэ, 2001. – Ч.2. – С. 99.
35. Батоев Д.Б. Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: НоваПринт, 2014. – 240 с.
36. Батоев Д.Б. Первый доктор Кяхтинских бурят. / Д.Б. Батоев – Закаменск: Закаменская районная типография, 1998. – 84 с.
37. Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – 344 с.
38. Батоев Д.Б. Сподвижники здравоохранения. / Д.Б. Батоев – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1982. – 128 с.
39. Батуева И.Б. Административное устройство забайкальских бурят в дореволюционное время / И.Б. Батуева // Вестник Бурятского государственного университета. – Улан-Удэ, 2012. – № SB. – С. 18-22.
40. Батуева Т.Б. Народы Сибири в трудах западноевропейских исследователей XVII-XIX вв. / Т.Б. Батуева – Улан-Удэ: БНЦ СО РАН, 1995. – 106 с.
41. Башаров Г.П. В Баргузинской долине / Г.П. Башаров, С.С. Коновалов, Л.И. Эренпрэйс. – Улан-Удэ. 1969. – 42 с.
42. Башкуев В.Ю. В.М. Броннер и его вклад в оздоровление бурятского народа / В.Ю. Башкуев // Власть. 2013. – № 7. – С. 181-183.
43. Башкуев В.Ю. Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья и опыт борьбы с эпидемиями в Забайкальской области (1870-1880 гг.) / В.Ю. Башкуев // Власть, 2013 (03). – С.144-147.
44. Белиловский А.К. Об обычаях и обрядах при родах инородческих женщин Сибири и Средней Азии / А.К. Белиловский // Ж. Живая старина, 1894. – Т.4. – № 3–4. – Отд. I. – 390 с.
45. Белицкая Е.Я. Учебное пособие по медицинской статистике. / Е.Я. Белицкая – Л.: Медицина, 1972. – 176 с.
46. Белоносова Л.А. 90 лет Сретенской районной больницы (1903г.) / Л.А. Белоносова // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 114–118.
47. Белявский А.К. Записки военного врача. / А.К. Белявский – Чита: Экспресс-издательство, 2016. – 212 с.
48. Бердицкая Л.Ю. 1 апреля 90 лет Читинскому краевому кожно-венерологическому диспансеру (1923 г.) / Л.Ю. Бердицкая // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2013 г. – Чита, 2013. – С. 73–77.

49. Беспалов В.Н. Сифилис и как он передается в деревне. / В.Н. Беспалов – Барнаул. – Издание Барнаульского Округного отдела здравоохранения, 1928. – 23 с.
50. Блинов Н.В. Роль ленинско-искровского руководства в становлении Томской партийной организации. / Н.В. Блинов, М.И. Матвеев, М.И. Чугунов // Вопросы истории КПСС, 1963. – № 4. – С. 65.
51. Блохина Н.Н. Ведомственная медицина в дореволюционной России. / Н.Н. Блохина // Главный врач. Изд-во «Грант», 2002. – № 4. – С. 111–119.
52. Богданов М.Н. Очерки истории бурят-монгольского народа. / М.Н. Богданов – Верхнеудинск, 1926. – 229 с.
53. Болдырева Т.Е. Читинскому кожно-венерологическому диспансеру – 70 лет (1923 г.) / Т.Е. Болдырева, В.Н. Терещенко // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 36–39.
54. Болонев Ф.Ф. Амурская эпопея в XVII и XIX веках. Переселение старообрядцев (семейских) на восток России (XVIII – начало XX века) / Ф.Ф. Болонев: Моногр. / Ин-т археологии и этнографии СО РАН. – Новосибирск, 2013. – 250 с.
55. Болонев Ф.Ф. Старообрядцы Забайкалья в XVIII – XX вв. / Ф.Ф. Болонев – Новосибирск: АОЗТ. Изд-во «Февраль», 1994. – 148 с.
56. Болонев Ф.Ф. Ясачные в русских селах Забайкалья. / Ф.Ф. Болонев // Проблемы археологии, этнографии и антропологии Сибири и сопредельных территорий. Материалы Годовой итоговой сессии ИиЭТ СО РАН. – Т VIII – Новосибирск, 2002. – С. 537-541.
57. Больницы и приемные покои с постоянными кроватями гражданского ведомства в России по сведениям к началу 1899 г. // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1900. – Март. – С. 1-52.
58. Борлакова Ф.А. Развитие здравоохранения в Карачае и Черкессии (1860-1941 гг.): дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Черкесск. – 172 с.
59. Бородин Б.Б. Рождение ребенка у бурят-монголов / Б.Б. Бородин // Жизнь Бурятии. – 1926. – №7-9. – С. 87.
60. Бородулин В.И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX– первой половине XX века: цикл лекций / В.И. Бородулин – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 144 с.
61. Бошектеев А.В. Особенности повышения рождаемости в Бурятии в 1920-1930 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2002. – 25 с.
62. Боянова В.Р. Краткий очерк развития здравоохранения Бурятии. / В.Р. Боянова – Улан-Удэ, БКИ, 1993. – 60 с.
63. Боянова В.Р. Развитие здравоохранения / В.Р. Боянова / Очерки истории культуры Бурятии. – Улан-Удэ, 1974. – Т. 2. – С. 427, 617.

64. Братухина О.А. Развитие акушерско-гинекологической помощи в Северо-Восточном регионе Европейской России в XIX – XX вв.: автореф. канд мед. наук: 07.00.10 – Москва, 2003. – 23 с.
65. Броннер В.М. Гиперемия, как руководящий принцип лечения гонореи / В.М. Броннер // Венерология и дерматология. – Москва, 1924. – № 1. – С. 41-51.
66. Броннер В.М. Октябрь 1905 года в Томске. – 1905 год в Сибири. / В.М. Броннер. Сб. статей и воспоминаний. – Сибкрайиздат. Новониколаевск, 1925. – 200 с.
67. Будко А.А. Военная и земская медицина: общие страницы истории / А.А. Будко // Материалы III съезда конфедерации историков медицины (международный). – М: Издательство РАМН, 2009. – Т. 2. – С. 393-396.
68. Бураева О.В. Новое в истории Удинского зимовья/острога. / О.В. Бураева // Вестник НГУ Серия: История, филология. – 2013. – Том. 12. – Выпуск 1: История. – С. 27–30.
69. Бураева О.В. Новые данные о присоединении Бурятии к России. / О.В. Бураева // Идеи и идеалы. – №2 (8) – Т. 1. – 2011. – С. 69–76.
70. Бурдинская А.В. 150 лет со дня рождения исследователя Забайкалья, врача-чумолога И.С. Дудченко (1857-1917 гг.) / А.В. Бурдинская // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. – Чита, 2007. – С. 140–141.
71. Бурдули Г.М. Репродуктивные потери / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова – М.: Изд-во Триада-Х, 1997. – С. 108.
72. Бурмакин В. Земская смета по врачебной части Забайкальской области на трехлетие 1918-1920 гг. / В. Бурмакин // Сибирский врач. – 1917. – №1-2. – С. 8.
73. Буянтуев Б.Р. Советская Бурят-Монголия: (Экон-геогр. обзор) / Б.Р. Буянтуев, Г.Ш. Раднаев: Акад. наук СССР. Вост-Сиб. Филиал – Улан-Удэ: Бурят-Монгольское книжное издательство, 1957. – 352 с
74. Бюллетень Национального Научно-Исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. // Тематический выпуск. Знаменательные и юбилейные даты истории медицины 2015 года. – Москва, 2014. – С. 32.
75. Ваганов Н.Н. Охрана здоровья женщин и детей в современных условиях / Н.Н. Ваганов // Методическое пособие. – Москва, 1999. – С. 3–4.
76. Ваганова-Наймушина Л.А. Медико-социальные проблемы совершенствования системы охраны здоровья матери и ребенка в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Санкт-Петербург, 2001. – 20 с.
77. Васильев А.П. Забайкальские казаки: Исторический очерк: в 3 т. / А.П. Васильев – Чита, 1916–1918 гг.
78. Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России (Материалы и очерки) / под. ред. проф. А.И. Метелкина – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1960. – 399 с.

79. Васильева М.П. Охрана здоровья детей в Рязанской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Воронеж, 1975. – 17с.
80. Вахрушева З.П. 100 лет Читинской противочумной станции 91913 г.) / З.П. Вахрушева, А.Б. Мошкин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2013 г. – Чита, 2013. – С. 172–179.
81. Вельяминов Н.А. Воспоминание об императоре Александре III / Н.А. Вельяминов // Российский архив. – М., 1994. – Вып. V. – С. 313.
82. Веселовский Б. История земства за 40 лет. Т. 1. / Б. Веселовский – СПб, 1909. – 117 с.
83. Власов А.А. Очерки истории хирургии в Сибири. / А.А. Власов – М.: Наука. – 1999. – 266 с.
84. Власов Г.А. Очерки по истории здравоохранения Хабаровского края 1856-1968 гг.: автореф. дис. ... канд. мед. наук: XIV. Мед. науки. 784 (теория и орг. Здравоохранения) / Том. гос. мед. ин-т. – Томск, 1969. – 26 с.
85. Врач. Так будет лучше: к вопросу о рационализации больничного дела в Чите // Забайкальский рабочий. – 1929. – 6 октября.
86. Газета Нерчинская звезда. 05.06.07. К 180-летию Нерчинской больницы. – С. 4-5.
87. Галкина Н.Н. Становление и развитие здравоохранения в Вятской губернии в 60-90 годы XIX века: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Ижевск, 1997. – 24 с.
88. Гарбуз И.В. Крестьянство Забайкалья второй половины XIX в.: монография / И.В. Гарбуз; М-во сельского хозяйства РФ, ФГОУ ВПО «Бурятская гос. с-х. акад. им. В.Р. Филиппова» – Улан-Удэ: Издательство БГСХА им. В.Р. Филиппова, 2009. – 142 с.
89. Гармаева Ч.Ц. Историография истории тибетской медицины: дис... канд. ист. наук: 07.00.09 – Улан-Удэ, 2000. – 291с.
90. Геденштром М.М. Отрывки о Сибири. / М.М. Геденштром – Санкт-Петербург, типография мед. департамента МВД, 1830. – 178 с.
91. Геомедицина и политика здравоохранения в Байкальском регионе: история и современность / В.Ю. Башкуев, Е.Ю. Башкуева, Б.З. Нанзатов, М.М. Содномпилова, У.В. Башкуева / отв. ред. В.Ю. Башкуев – Иркутск: Оттиск, 2016. – 306 с.
92. Гирченко В.П. Этапы революционного движения в Бурятии 1917-1918 гг. (Хроника). / В.П. Гирченко – Улан-Удэ, 1927. – С. 36.
93. Глянцев С.П. Рождение рентгенологии как врачебной специальности / С.П. Глянцев // Материалы международного симпозиума. Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения. Бюллетень НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко – Москва, 2014. – С. 54.
94. Глянцев С.П. Диссертационное исследование по истории медицины. Методические рекомендации для аспирантов и соискателей ученой степени по специальности 07.00.10 – история науки и техники

- (медицинские науки). / С.П. Глянцев, В.Ю. Альбицкий – М.: РОИМ, 2016. – 74 с.
95. Голубинский Е.П. О чуме в Сибири / Е.П. Голубинский, И.Ф. Жовтый, Л.Б. Лемешева – Иркутск, 1987.: Изд-во Иркутского университета. – 240 с.
  96. Гольдфельд А.Я. Очерки по истории педиатрии СССР. / А.Я. Гольдфельд – Москва: Медицина, 1970. – 183 с.
  97. Гончарова О.А. История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв.: дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. – Томск, 2002. – 324 с.
  98. Горбовицкий С.Е. Экспериментальные и клинические исследования. К 35-летию научной, медицинской и общественной деятельности и 60-летия славной жизни В.М. Броннера. // Ленинградский дерматовенерологический институт. – ОГИЗ. Ленинград. Москва. 1936. – Т. 2. – С. 1-4.
  99. Горфин Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917-1959 гг.). / Проф. Д.В. Горфин; под ред. проф.М.И. Барсукова – Москва: Медгиз, 1961. – 236 с.
  100. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2001 году. Раздел Здоровье матери и ребенка // Здравоохранение Российской Федерации. – Москва, 2003. – № 3. – С. 13.
  101. Гранат Е.Е. Состояние и заболеваемость детей Бурято-Монголии. / Е.Е. Гранат / Жизнь Бурятии. – Верхнеудинск, 1929. – №6. – С. 55.
  102. Гранат Е.Е. Некоторые данные о бурятском ребенке грудного возраста / Е.Е. Гранат, Е.Н. Згоржельская // Бурятские дети. – М., 1931. – С. 52-55.
  103. Григорьева О.Б. Национально-региональные особенности развития системы специального образования Забайкалья: аксиологический подход. / О.Б. Григорьева – Чита: ЧИПКРО, 2005. – 150 с.
  104. Грудзинская Е.С. К истории повивальных и акушерско-фельдшерских школ Сибири / Е.С. Грудзинская // Акушерство и гинекология. 1955. – №1. – С. 74–79.
  105. Груздев В.С. Краткий очерк истории акушерства и гинекологии в России / В.С. Груздев // Акушерско-гинекологические учреждения России. – СПб: Гос. тип, 1910. – С. 5-76.
  106. Гузеева В.Т. Великое пламя. Газета «Вечерний Новосибирск». 31 июля 1978. – С. 2.
  107. Гурулев С.А. Первожители Забайкалья. / С.А. Гурулев – Иркутск: Оттиск, 2014. – 612 с.
  108. Гурьянов А. К открытию курсов повивальных бабок Буреспублики. «Бурят-Монгольская правда» от 8 мая 1924, Верхнеудинск.
  109. Гурьянов В.К. Верхнеудинск 17 – начала 20 века. Улицы, городские усадьбы и их обитатели / В.К. Гурьянов, М.В. Гурьянов – Улан-Удэ: Изд-во БНЦ СО РАН, 2012. – 223 с.
  110. Девель Ф.Д. Рассказы о Восточной Сибири. / Ф.Д. Девель – М.: тип. т-ва И.Д. Сытина, 1896. – 126 с.

111. Демин Э.В. Крепость Петропавловская в устье Чикоя. Забытое представительское, таможенное, торгово-караванное и военное предместье древнего Селенгинска. / Э.В. Демин – Улан-Удэ: ООО «Полигран», 2017. – 99 с.
112. Демин Э.В. Селенгинская дорога – первый караван (Первые плавания по Селенге и Хилку и предистория Кяхтинского торгового пути). / Э.В. Демин – Улан-Удэ: ООО «Полигран», 2013. – 68 с.
113. День памяти доктора Шипилина. / Газета Забайкальский рабочий. – 1928. 21 ноября.
114. Дондокова Л.Ю. Положение женщины в бурятском обществе (вторая половина XIX – начало ХХ века): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2002. – 24 с.
115. Доржиева В.В. Изменение положения эвенкийских женщин в обществе. Середина XIX – 90 гг. XX века. (На материалах Бурятии): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 1998. – 23 с.
116. Доржиева Ц. Становление здравоохранения в Агинском Бурятском национальном округе / Ц. Доржиев, Ц-Д Цыдыпов // Вопросы медицинской географии и курортологии. Ученые записки Заб. Филиала Географического общества СССР. – Т. 47. – Выпуск 3. – Чита, 1970. – С. 5-8.
117. Дульбеев Ф.Н. Борьба с туберкулезом в Бурят-Монгольской АССР / Ф.Н. Дульбеев, Л.П. Коновалова; Респ. туберкулезный диспансер М-ва здравоохранения БМАССР – Улан-Удэ: Бурмонгиз, 1947. – 28 с.
118. Душманов С.Х. История здравоохранения Западного Казахстана: автореф. дис. ... д-ра. Мед. наук: 07.00.10. – Москва, 1992. – 29 с.
119. Дьяченко Н. От полугоспиталя к современной клинике. Газета «Красная Звезда» 30 октября 2008.
120. Е.Д. Петряев в воспоминаниях забайкальских краеведов. Письма Е.Д. Петряева. – Чита: Экспресс-издательство, 2008. – 159 с. (Живая память).
121. Егорышева И.В. К вопросу о статусе Российского общества Красного Креста / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2010. – № 1. – С. 58-60.
122. Егорышева И.В. Медицина городских общественных самоуправлений в России / И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, С.Г. Гончарова – М.: «Шико», 2017. – 174 с.
123. Егорышева И.В. Проблема доступной медицинской помощи в дореволюционной России / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2012. – № 1. – С. 56.
124. Егорышева И.В. С.С. Андреевский – ученый и реформатор медицинского дела в России / И.В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2011. – № 6. – С. 47.
125. Егорышева И.В., Гончарова С.Г. Проблемы организации борьбы с сифилисом в сельской России в конце XIX века (к 100-летию Съезда по

- обсуждению мер против сифилиса в России) / И.В. Егорышева // Вестник дерматологии и венерологии, 1998. – №1. – С. 63–65.
126. Егунов Н.П. Очерки истории Дальневосточной республики. / Н.П. Егунов – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1972. – 116 с.
127. Ескевич Л. Некоторые выводы о динамике бурят-монгольской народности / Л. Ескевич // Жизнь Бурятии – Верхнеудинск, 1927. – №11–12. – С. 22-31.
128. Жалсанова Б.Ц. Инородные управы как органы местного самоуправления бурят в 19 – начале 20 века. / Б.Ц. Жалсанова – Улан-Удэ, 2009. – 239 с.
129. Жинкин П. Опыт и изучение социально-бытовых заболеваний среди кочующих бурят Агинского аймака / П. Жинкин // Жизнь Бурятии. – №1–3, 1927. – С. 55.
130. Журавлева К.И. Здравоохранение за 50 лет Советской власти / К.И. Журавлева // Материалы III всесоюзной научной историко-медицинской конференции. Под общ. Ред. проф. М. И. Барсукова: М-во здравоохранения СССР. Всесоюз. Науч. Ист.-мед. о-во – Москва, 1967. – 308 с.
131. Журавлева К.И. Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765-1965 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Чита, 1966. – 731с.
132. Журавлева К.И. К истории здравоохранения в Бурятской автономной республике / К.И. Журавлева // Научная историко-медицинская конференция Урало-Сибирских областей (1962): Труды. – Пермь, 1963. – Вып.2. – С. 260.
133. Журавлева К.И. К истории родовспоможения в Забайкалье. / К.И. Журавлева // Акушерско-гинекологическая практика в Забайкалье. Сб. ст. – Чита, 1961. – С. 7-9.
134. Заблудовский П.Е. История медицины / П.Е. Заблудовский, Г.Р. Крючок, М.К. Кузьмин, М.М. Левит – М.: Медицина – 1981. – 352 с.
135. Завьялов А.И. Научный вклад профессора И.Ф. Зеленева в развитие отечественной дерматологии и венерологии (к 150-летию со дня рождения) / А.И. Завьялов, В.Ф. Оркин // Вестник дерматологии и венерологии. – М. 2010. – №4. – С. 90-94.
136. Зандараев Б.Б. Развитие земледельческого хозяйства у бурят в XVIII в. / Б.Б. Зандараев // Вестник БГУ. – Улан-Удэ, 2014. – Выпуск история 7/2014. – С. 3-7.
137. Земское самоуправление в России, 1864-1918: в 2 кн. / редкол.: Н.Г. Королева (отв. ред.), А.П. Корелин, Л.Ф. Писарькова – Москва, Наука, 2005-(СПб.: ГУП Тип. Наука). – Кн. 1: 1864-1904. – 427 с.
138. Земское самоуправление в России, 1864-1918: в 2 кн. / редкол.: Н.Г. Королева (отв. ред.), А.П. Корелин, Л.Ф. Писарькова – Москва, Наука, 2005-(СПб.: ГУП Тип. Наука). – Кн. 2: 1905-1918. – С. 383.
139. Злодеева Е.Б. Роль врачебного сообщества в становлении системы государственного здравоохранения в России в конце XIX – начале XX вв.



- (на примере Пироговских съездов врачей) / Е.Б. Злодеева, под ред. А.Г. Саркисяна – М.: Веретея, 2006. – 300 с.
140. Извеков Н. Очерк демографического развития России в XX веке. / Н. Извеков // Обозреватель-Observer) – Москва, 2001. – №5-6. (136-137). – С. 70,78.
141. Ионин А.А. Новые данные к истории Восточной Сибири XVII века (г. Иркутска, Иркутского Вознесенского монастыря, Якутской области и Забайкалья). / А.А. Ионин – Иркутск: типо-лит. П.И. Макушина, 1895. – 232 с.
142. Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока. / А.В. Исаков – Благовещенск, 1976. – 152 с.
143. Историческая энциклопедия Сибири. / Российская акад. Наук, Сибирское отделение, Ин-т истории, Изд. дом «Историческое наследие Сибири» [гл. ред. В.А. Ламин; редкол.: С.С. Букин и др.] – в 3 Т. – Новосибирск, 2010. – 783 с.
144. История Бурятии. Т. II. XVII-начало XX в. / Гл. ред. Б.В. Базаров. – Улан-Удэ: Издательство БНЦ СО РАН, 2011. – 621 с.
145. История Бурят-Монгольской АССР / И.Я. Златкин, П.П. Старицина – Улан-Удэ: Бурят-Монгольское книжное издательство, 1954. – Т.1. – 496 с.
146. История Бурятской АССР в 2-х т. / Ред. коллегия: П.Т. Хаптаев (глав. Ред.) и др. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1959. – Т. 2. – 640 с.
147. История медицины, история Отечества и культурологии. Учебное пособие для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. – М: Издательский дом «Русский врач», 2009. – 232 с.
148. История Сибири с древнейших времен до наших дней / Гл. ред. А.П. Окладников. Т. 2. – Л: Наука. Ленингр. отд-ние, 1968-1969. – 454 с.
149. Калашникова Г.В. Проблемы влияния социально-экономической дифференциации на уровень смертности / Г.В. Калашникова // Молодой ученый. – 2011. – № 11. – Т.2. – С 74–76.
150. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1992 год. – Чита, 1992. – С. 85-86.
151. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. – Чита, 2007. – С. 96, 97-98.
152. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2003 г. – Чита, 2003. – С 221-231.
153. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1991 г. – Чита, 1991. – С. 30, 33-34.
154. Карпов Л.Н. Земская санитарная организация в России. / Л.Н. Карпов – Ленинград: Медицина. Ленинградское отд-ние, 1964. – 123 с.
155. Кергенсков В.В. 130 лет со дня рождения санитарного врача Д.В. Писарева (1883-1935 гг.) / В.В. Кергенсков // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2013 г. – Чита, 2013. – С. 206-209.

156. Кириллов А.К. Земские налоги в Сибири: до и после 1917 г. – Грант №02-01-00344а.
157. Кирилов Н.В. Борьба с эпидемическими болезнями в Западном Забайкалье / Н.В. Кирилов // Восточное обозрение, 1893. – №17. – С. 8–9.
158. Кирилов Н.В. Интерес изучения народной и тибетской медицины в Забайкалье / Н.В. Кирилов // Этнографическое обозрение, 1893. – №4. – С. 84–120.
159. Кирилов Н.В. К вопросу об аборигенах Забайкалья / Н.В. Кирилов // Приамурские ведомости, 1896. – №121 – С. 13-15; 122. – С. 14-15; №123. – С. 18–19.
160. Кирилов Н.В. О преобразовании гражданской медицинской части в Забайкалье / Н.В. Кирилов // Приамурские ведомости, 1897. – №158. – С. 27–31.
161. Кирилов Н.В. Об акушерстве у Забайкальских инородцев в связи с некоторыми особенностями их быта / Н.В. Кирилов // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1897. – №4. – Отд.7. – С. 84–92.
162. Кирилов Н.В. Сельская врачебная часть в Забайкалье, ее состояние и нужды / Н.В. Кирилов // Восточное обозрение, 1886. – № 44. – С. 2.
163. Кирилов Н.В. Современное значение тибетской медицины, как части ламаистской доктрины / Н.В. Кирилов // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1892. – №7. – С.18–26.
164. Кирпикова Т.Э. Становление и развитие Амурского Красного Креста в дореволюционный период (1870-1917 гг.): дис. ... канд. мед. наук: 07.00.10. – Благовещенск, 2000. – 163 с.
165. Кожевников В.В. Медико-демографическая ситуация как индикатор уровня общественного здоровья / В.В. Кожевников, А.О. Занданов, Н.Ц. Иванова и др. // Актуальные проблемы регионального здравоохранения. – Улан-Удэ, 2006. – С. 58–61.
166. Кожевников В.В. Охрана репродуктивного здоровья населения как важнейший элемент национального развития и благополучного состояния общества / В.В. Кожевников, А.О. Занданов, Н.Ц. Иванова и др. // Актуальные проблемы регионального здравоохранения. – Улан-Удэ, 2006. – С. 54-58.
167. Козьмин Н.Н. Бурят-Монгольская АССР (географический и хозяйственный очерк) / Н.Н. Козьмин. – Иркутск-Верхнеудинск, 1928. – 70 с.
168. Козьмин Н.Н. Из прошлого Сибири (Бывший генерал-губернатор Восточной Сибири С.Б. Броневский и его мемуары) / Н.Н. Козьмин. – Иркутск, 1904. – 29 с.
169. Комаров Ю.А. Пора камни собирать. Или о том, как разрушалась в стране социальная семашкинская модель здравоохранения. / Ю.А. Комаров. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 413 с.

170. Коновалов И.А. Организационно-правовое развитие полиции в Сибири в конце XIX – начале XX в. / И.А. Коновалов // Вестник Омского университета, 2013. – №4 (37). – С. 24, 28.
171. Коновалов И.А. Управление и административно-территориальное устройство в Сибири в дореволюционный период / И.А. Коновалов, Е.А. Шаталин // Вестник Омского университета. Серия «Право», 2013. – № 2 (35) – С. 21–26.
172. Коноплева Е.А. Становление и развитие здравоохранения Смоленской губернии (вторая половина XVIII в. – 1917 г.) / Е.Л. Коноплева, И.В. Отвагин, В.М. Остапенко – Смоленск: «Смоленская город. типография», 2015. – 204 с.
173. Коноплева Е.Л. Условия труда земского медицинского персонала в Смоленской губернии в начале XX века. / Е.Л. Коноплева // Бюллетень НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – Москва, 2014. – С. 125.
174. Конюс Э.М. Истоки русской педиатрии. / Э.М. Конюс – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1946. – 416 с.
175. Коршунова Т.Д. 80 лет со дня выхода первого номера «Медицинского журнала Забайкальского общества врачей» (1922-1923 гг.) / Т.Д. Коршунова // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2002 г. – Чита, 2002. – С. 122-125.
176. Кочедамов В.И. Первые русские города Сибири. / В.И. Кочедамов. – М: Стройиздат, 1978. – 190 с.
177. Крылов Д. Забайкальское казачье войско. Краткий исторический обзор. – 2014.
178. Кудрявцев Ф.А. Развитие здравоохранения. / Ф.А. Кудрявцев, Б.Д. Цыбиков, Г.Н. Румянцев // История Бурят-Монгольской АССР – Улан-Удэ, 1959. – Т. 2. – С. 365–580.
179. Кудрявцева А.И. Сопещение по борьбе с туберкулезом в Иркутске и Улан-Удэ / А.И. Кудрявцев // Вопросы туберкулеза. – М., 1935. – №12. – С. 141.
180. Кудрявцева А.И. Туберкулез среди бурятских детей Тункинского аймака / А.И. Кудрявцев // Вопросы туберкулеза. – 1931. – №7. – С. 735.
181. Кузьменко П. Борьба за оздоровление бурятских масс // Жизнь Бурятии. / П. Кузьменко. – 1927. – №10. – С. 103.
182. Кулаков В.И. Охрана здоровья женщин и детей / В.И. Кулаков, Е.И. Данилишина, Л.П. Чичерин // Здравоохранение России XX век. Глава 4. – Москва, 2001. – С. 1-457.
183. Культурно-социальное строительство. Здравоохранение // Жизнь Бурятии. – 1932. – №1-2. – С. 146-150.
184. Лазарева С.И. Роль городских дум Дальнего Востока в активизации социальной работы (90-е гг. XIX в – 1917 г.). / С.И. Лазарева, О.И. Сергеев // ОЙКУМЕНА. Регионоведческие исследования. Научно-теоретический альманах. Выпуск 1. Дальнаука – Владивосток, 2006. – С. 33-43.

185. Лапин С.В. Деятельность русских врачей в Монголии в 1898-1914 годах / С.В. Лапин // Советское здравоохранение. – 1962. – № 6. – С. 74.
186. Лаптева Л.Е. Региональное и местное управление в России: вторая половина XIX в. / Л.Е. Лаптева; Академ. правовой ун-т при Ин-те государства и права РАН. – Москва: ИГПАН, 1998. – 151 с.
187. Лебедева В.Н. Охрана материнства и младенчества в стране Советов. / В.Н. Лебедева. – М.Л.: Государственное медицинское издательство, 1934. – 262 с.
188. Лебедева В.П. Пять лет Советской медицины 1918-1923 гг. / В.П. Лебедева. // Юбилейный сборник. РСФСР – Петроград: тип. им. Гуттенберга, 1923. – 259 с.
189. Левит М.М. Становление общественной медицины в России. / М.М. Левит. – М: Медицина, 1974. – 230 с.
190. Лим В. 17 марта 165 лет со дня основания 321 военного клинического госпиталя / В. Лим, Б. Загалаев, Н. Куницкий, Е. Хажиханова // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. – Чита, 2016. – С. 56-62.
191. Линховоин Л. Заметки о дореволюционном быте агинских бурят. / Л. Линховоин. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1972. – 101 с.
192. Лиштованный Е.Н. Исторические взаимоотношения Сибири и Монголии: Культура и общество (XIX в. – 30 гг. XX в.) / Е.Н. Лиштованный; РАН. Сиб. отд-ние. БНЦ, ин-т монголоведения, буддологии и тибетологии, Иркут. Гос. ун-т – Улан-Удэ: Изд-во БНЦ СО РАН, 1998. – 172 с.
193. Людвиновский И.И. Борьба с туберкулезом в колхозах и совхозах и национальных республиках, и областях РСФСР / И.И. Людвиновский // Вопросы туберкулеза. – 1931. – №7. – С. 630.
194. Мавров Г.И. История венерологии (сообщение 3) Венерология в России и СССР в XX веке / Г.И. Мавров // Дерматология та венерология. – 2009. – №3 (45) – С. 83–101.
195. Максанов С.А. Здравоохранение в условиях войны // Очерки истории культуры Бурятии. – Улан-Удэ, 1974. – Т. 2. – С. 307.
196. Максарова В.В. История и состояние противотуберкулезного санатория «Жаргал» / В.В. Максарова // Туберкулез в Восточной Сибири и Азии. – Улан-Удэ, 1999. – С. 22.
197. Максим Матвеев, аналитическая служба «Реального времени»  
Источник : <https://realnoevremya.ru/articles/88359-demografiya-v-rossii-v-2017-godu>
198. Малая энциклопедия Забайкалья (здравоохранение и медицина) / Гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск: Наука, 2011. – 628 с.
199. Мананникова Н.В. Охрана здоровья детей в СССР. / Н.В. Мананникова – М.: Медицина, 1973. – 280 с.
200. Маннов А.А. 130 лет Читинской тюремной больницы (1872 г.) / А.А. Маннов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области. – Чита, 2002. – С. 29-31.

201. Мантурова С.Ч. Государственное призрение и благотворительность в социальной и культурной жизни Забайкалья во второй половине XIX-начале XX вв. / С.Ч. Мантурова; М-во образования и науки Рос. Федерации, Вост-Сиб. гос. технол. ун-т. – Улан-Удэ: Респ. тип., 2005. – 230 с.
202. Мартыненко Н. К. Сифилис как главная причина начала регламентации проституции в России в середине XIX века // Вестник ВуиТ. 2010. №4. [URL:htt: // cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glabnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutsii-v-rossii-v-seredina-hih-veka](http://cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glabnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutsii-v-rossii-v-seredina-hih-veka) (дата обращения 21.01.2017).
203. Мартыненко Н.К. Организация благотворительных приютов для женщин «групп социального риска» в России в середине XIX –начале XX в. / Н.К. Мартыненко // Вестник ТГУ. – Выпуск 6 (74), 2009. – С. 343–348.
204. Массино С.В. Итоги и предстоящие задачи изучения туберкулеза у национальностей СССР / С.В. Массино // Борьба с туберкулезом. – 1934. – №1. – С. 102.
205. Материалы III (XIII) Съезда Российского общества историков медицины, посвященного 70-летию РОИМ / К.А. Пашков (отв. ред.) – Москва, 2016. – 306 с.
206. Материалы по Восточной Сибири. – Санкт-Петербург, 1882. – 119 с.
207. Мацокин П.Г. Медико-санитарное состояние г. Верхнеудинска Забайкальской области / П.Г. Мацокин // Русская медицина, 1982. – №41. – С. 590.
208. Мендрина Г.И. Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Томск, 1964. – Т. 1. – 450 с. – Т.2. – 308 с.
209. Мендрина Г.И. Из истории среднего медицинского образования в дореволюционной Сибири / Г.И. Мендрина // Труды научной историко-медицинской конференции Урало-Сибирских областей 1962 г. (вып.2). – Пермь, 1963. – С. 175.
210. Мендрина Г.И. К истории высшего медицинского образования в Сибири в XX столетии / Г.И. Мендрина, Л.А. Мочалина // Материалы III съезда конфедерации историков медицины. – Москва, 20-22 мая. 2009. – Т.1. – С. 263.
211. Мигунова О.В. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы в России и мире / О.В. Мигунова, Ю.В. Ерофеев, А.Е. Стороженко // Международный научно-исследовательский журнал. – Екатеринбург, 2013. – № 7 (14). – Часть 5. – С. 50-52.
212. Мирский М.Б. Медицина России XVI-XIX веков. / М.Б. Мирский – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1996. – 400 с.
213. Михайловский И.П. Город Троицкосавск со слободами Кяхтой и Усть-Кяхтой в санитарно-экономическом отношении / И.П. Михайловский // Труды ТКОРГО. – Вып. 2,3. – 1902. – С. 62.

214. Михеев Б.В. Социально-экономическое развитие Забайкальской области в начале XX века (1900-1918 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2012. – 30 с.
215. Мусатов Ю.С. 80 лет со дня организации противочумной службы в Забайкалье (1913г.) / Ю.С. Мусатов, Г.П. Моисеева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 83-85.
216. Нагайцева Н.Д. Благотворительность в Забайкалье в XIX веке: исторический аспект: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2002. – 23 с.
217. Нагибин Г.А. Из работы туберкулезного диспансера / Г.А. Нагибин // Вопросы туберкулеза. – 1929. – №8. – С. 1031.
218. Намсараев С.Д. История Бурятии. Конец XIX века – 1941 г. – Часть 1. / С.Д. Намсараев – Улан-Удэ, 1993. – 80 с.
219. Незлин С.Е. Туберкулез у бурят Тункинского аймака / С.Е. Незлин // Вопросы туберкулеза. – 1931. – №10–11. – С. 1036.
220. Нерчинский завод / Гл. ред. К.К. Ильковский – Чита: ЗабГУ, 2015 – 517 с.
221. Неупокоев В. Тунгусы Бурятии. Жизнь Бурятии. / В. Неупокоев – Верхнеудинск, 1927. – №7–9. – С. 80–91.
222. Николаев В.П. История здравоохранения Якутии в XX веке: дис. ... д-ра. Мед. наук: 07.00.10. – Москва, 2007. – 353 с.
223. Николаев В.П. Общественное здравоохранение и медицина в Якутском (Ленском) крае: Опыт исторического и медико-социального анализа / В.П. Николаев – Новосибирск: Наука, 2005. – 240 с.
224. Николаева А.М. 18 февраля 80 лет со дня рождения кандидата биологических наук, писателя, исследователя Забайкалья Е.Д. Петряева (1913-1987 гг.) / А.М. Николаева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 25–28.
225. Номогоева В.В. Из истории становления народного здравоохранения Бурятии в 1920-30-е гг. / В.В. Номогоева // Исследования по истории Сибири, Центральной и Восточной Азии. – Улан-Удэ, 1998. – Вып.1. – С. 41–46.
226. Номогоева В.В. Исторический опыт социально-культурной модернизации национальных районов Восточной Сибири в 1920-1930-е гг. (На материалах Республики Бурятия): автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. – Улан-Удэ, 2011. – 46 с.
227. О городской лечебнице // Газета Читинский листок, 1906. 27 мая.
228. Обручев В.А. В старой Сибири: сборник статей, воспоминаний и писем 1888-1955 / В.А. Обручев. – Иркутск: Книжное издательство, 1958. – 295 с.
229. Обручев В.А. Мои путешествия по Сибири. / В.А. Обручев – М.-Л., – Изд. АН СССР, 1948. – 390 с.
230. Огинт Л. Из жизни Баунтовских орочен / Л. Огинт // Жизнь Бурятии. – Верхнеудинск, 1927. – №7–9. – С. 114–115.

231. Оксенюк Е.В. Деятельность Российского Общества Красного Креста в начале XX века (1903-1914). / Е.В. Оксенюк – М.: Изд-во ПСТГУ, 2015. – 136 с.
232. Осокин Г.М. На границе Монголии. Очерки и материалы к этнографии юго-западного Забайкалья. / Г.М. Осокин – Спб: издание А.С. Суворина, 1906. – 312 с.
233. Очерки истории Забайкальского края. Т. 1-2. / Под ред. И.И. Кириллова, Н.В. Гордеева. – Чита: Экспресс-издательство, 2009. – 440 с.
234. Очерки истории культуры Бурятии: в 2 т. / АН СССР. Сиб. Отд-ние Бурят. фил. Бурят. ин-т обществ. наук; ред. Е.М. Залкинд и др. – Улан-Удэ, 1972. – Т.1. – 490 с.
235. Паликова Т.В. Города Забайкалья второй половины XIX в.– начала XX в.: источники и историография. / Т.В. Паликова – Улан-Удэ: Бурятский государственный университет, 2014. – 328 с.
236. Палин А.В. Роль государства в хозяйственном и социокультурном освоении Азиатской России XVII – начала XX века / А.В. Палин // Сборник материалов региональной научной конференции. – Новосибирск, 2007. – С. 276–288.
237. Палкин Б.И. Русские госпитальные школы 18 в. и их воспитанники. / Б.И. Палкин – М., 1959. – 61 с.
238. Памятная книжка Забайкальской области на 1871 г. – Иркутск, 1871. – С.1, 33–34.
239. Памятная книжка Забайкальской области на 1912 г. – Чита, 1912. – С. 30–34.
240. Парышев Д.А. Родовспоможение в России по данным Всероссийской гигиенической выставки 1913 г. в Санкт-Петербурге / Д.А. Парышев // Ж. Акушерства и женских болезней. – СПб, 1914. – Т.29. – № 1. – С. 13-28.
241. Петров Б.Д. От Гиппократата до Семашко: преемственность идей (очерки и портреты) / Б.Д. Петров – М.: Медицина, 1990. – 165 с.
242. Петряев Е.Д. Вклад военных врачей в изучение Забайкалья / Е.Д. Петряев // Научно-мед. конф. Врачей 321-го окружного военного госпиталя. Тезисы докладов. – Чита, 1956. – 6 с.
243. Петряев Е.Д. Выдающийся исследователь краевой патологии Забайкалья И.С. Дудченко (1857-1917) / Е.Д. Петряев // Вторая научная конференция Читинского института, Чита, 1956. – 4 с.
244. Петряев Е.Д. Госпитальные школы Нерчинских заводов: науч. Ист-мед. конф. Урало-Сиб. Областей. / Е.Д. Петряев – Пермь, 1963. – Вып. 2. – С. 182–184.
245. Петряев Е.Д. Декабристы и врачебное дело в Забайкалье. / Е.Д. Петряев // Альманах «Забайкалье» – № 5. – ЧитГИЗ, 1952. – С. 168–205.
246. Петряев Е.Д. Доктор Кирилов (из прошлого). / Е.Д. Петряев // «Дальний Восток». – № 2. –Хабаровск, 1951. – С. 109–117.
247. Петряев Е.Д. Живая память. / Е.Д. Петряев – М.: Молодая гвардия, 1984. – 288 с.

248. Петряев Е.Д. Из истории врачебных обществ Восточной Сибири / Е.Д. Петряев // Советское здравоохранение. – 1960. – № 3. – С. 51–56.
249. Петряев Е.Д. Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края. / Е.Д. Петряев – Чита: Читинское книжное издательство, 1954. – 258 с.
250. Петряев Е.Д. Краеведы и литераторы Забайкалья: библиографический указатель. Дореволюционный период (Второе исправленное издание). / Е.Д. Петряев – Чита: Читинск. кн. изд-во, 1981. – 146 с.
251. Петряев Е.Д. Люди и годы. Очерки из истории культуры Забайкалья. / Е.Д. Петряев – Чита: Чит. кн. изд-во, 1957. – 135 с.
252. Петряев Е.Д. Н.В. Кирилов – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока. / Е.Д. Петряев – Чита: Кн. изд., 1960. – 76 с.
253. Петряев Е.Д. Нерчинск: очерки культуры прошлого. / Е.Д. Петряев – Чита: Читинск. кн. изд-во, 1959. – 124 с.
254. Петряевские чтения // Тезисы докладов к чтениям. – Киров, 1991. – С. 48–51.
255. Плишкин Д.Н. Памяти доктора Ресслейна / Д.Н. Плишкин // Жизнь Бурятии. – 1930. – № 5-6. – С. 158–164.
256. Погодаева Г.И. 125 лет со дня рождения доктора медицины, хирурга П.С. Иконникова (1879-1915 г.г.) / Г.И. Погодаева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 г. – Чита, 2004. – С. 11.
257. Погодаева Г.И. 130 лет со дня рождения врача акушера-гинеколога П.И. Макаровой-Соболевой (1883-1929 гг.) / Г.И. Погодаева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2013 г. – Чита, 2013. – С. 201–204.
258. Погодаева Г.И. Март к 100-летию закрытия Нерчинской каторги (1917г.) / Г.И. Погодаева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2017 г. – Чита, 2017. – С. 52-61.
259. Подгорный И.Д. 10 лет советского здравоохранения в Бурят-Монголии / И.Д. Подгорный // На фронте здравоохранения. – 1931. – № 14. – С. 25.
260. Поддубный М.В. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 248 с.
261. Поддубный М.В. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII-XIX вв. / М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина – Москва, ФБГУ «ННИИ общественного здоровья» РАМН, 2012. – 152 с.
262. Пономарева Е.Л. Ситуационный анализ истории Восточной Сибири генерал-губернаторами в 50-х годах начале 80-х гг. XIX века. (По материалам отчетов генерал-губернаторов): автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.09. – Улан-Удэ, 2009. – 25 с.



263. Порудоминский В.И. «Жизнь, ты с целью мне дана». Пирогов. Очерк. / В.И. Порудоминский – М.: Молодая гвардия. – 1981. – Выпуск 71. – 208 с.
264. Потапов А.И. Этапы развития отделенческой больницы на станции Улан-Удэ. / А.И. Потапов, Е.А. Семенищева, М.А. Козуб // Материалы научно-практической конференции к 100-летию отделенческой больницы на ст. Улан-Удэ. 15 сентября 2000 г. – Том 1. Изд-во ВСТГУ. – Улан-Удэ, 2000. – С. 3.
265. Проблемы Бурят-Монгольской АССР // Труды первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР. – Т.2. – М.-Л., 1936. – С. 249–405.
266. Протоколы заседаний Забайкальского общества врачей в Чите за 1894 и 1895 гг. – Чита, 1897.
267. Протоколы и труды Забайкальского общества врачей в г. Чите за 1899–1900 гг. – Чита, 1901.
268. Пыкин В.М. Удинск – Верхне-Удинск: Статус и население во второй половине XVIII в. / В.М. Пыкин // Верхнеудинск: вехи истории: Материалы научно-практич. Конференции) / Улан-Удэнская и Бурятская епархия Русской православной церкви, РОО «Общество культуры семейских Республики Бурятия», РОО «Общество русской культуры Республики Бурятия», ГАУК РБ «Национальная библиотека Республики Бурятия». – Улан-Удэ, 2014. – С. 12–15.
269. Р.И. Цуприк 100 лет со дня организации Забайкальского общества врачей (1893–1923 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 9–13.
270. Раднаев А.Б. История развития здравоохранения Еравнинского района / А.Б. Раднаев, В.А. Тарнуев, Б.Л. Дугаров // Избранные вопросы истории медицины Бурятии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 130-летию первого доктора – бурята Базар-Садо Ямпилова – Сб.ст. – Улан-Удэ, 2001. – С. 19–20.
271. Резолюция первой конференции по изучению производительных сил Бурят-Монгольской АССР. – М.-Л., 1934. – 52 с.
272. Ремнев А.В. Колония или окраина? Сибирь в имперском дискурсе XIX века. Сибирская заимка: история Сибири в научных публикациях – 2013. – 18 апр. – электрон. Журн. – режим доступа: <http://zaimka.ru/remnev-colony>.
273. Ремнев А.В. Россия Дальнего Востока. Имперская география власти XIX – начала XX веков. / А.В. Ремнев – Омск, гос. ун-т, 2004. – 552 с.
274. Ремнев А.В. Самодержавие и Сибирь. Административная политика во второй половине XIX – начале XX в. / А.В. Ремнев – Омск, 1997. – С. 195–204.
275. Решетов А.М. Наука и политика в судьбе Ц.Ж. Жамцарано. / А.М. Решетов – ORIENT. Альманах. Выпуск 2-3. Исследователи центральной Азии в судьбах России. – СПб, 1998. – С. 5–55.

276. Родионов А.Н. Сифилис. / А.Н. Родионов – СПб., 2007. – 316 с.
277. Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности // СИСП. 2011. №3 [URL:http // cyberleninka.ru / article /n / meditsinskie – uslugi-osobennosti](http://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-uslugi-osobennosti) (дата обращения 18.01.2017).
278. Розанов В. Н. Туберкулезная пятилетка. / В.Н. Розанов // Вопросы туберкулеза. – 1929. – №8. – С. 1008.
279. Романова В.В. Деятельность Красного Креста в Приамурском генерал-губернаторстве в конце XIX-начале XX в. / В.В. Романова // История медицины. – Москва, 2015. – Т. 2. – № 2. – С. 242–251.
280. Россиянский Н.Л. Проф. В.М Броннер. К 35-летию научно-врачебной и педагогической деятельности Вольфа Моисеевича Броннера / Н.Л. Россиянский // Советский вестник венерологии и дерматологии. – Москва, 1936. – № 5. – С. 443.
281. Рубаева Э.М. Становление и развитие системы здравоохранения на Северном Кавказе в XIX-начале XX века (на материалах Терской области) / Э.М. Рубаева, Р.Е. Суанова: монография; Северо-Осетинский гос. ун-т: Владикавказ: Изд-во СОГУ, 2016. – 152 с.
282. Руднев А.Д. Заметки по монголоведению: Дулгар (Варвара Владимировна Вампилова). / А.Д. Руднев // Ж. Живая старина. – СПб, 1915. – Выпуск 1-2. – Прилож.№1. – С. 24–26.
283. Румянцев Г.Н. Аларская летопись / Г.Н. Румянцев // Записки НИИКЭ. – Вып. 9., 1949. – С. 38.
284. Санитарный быт г. Троицкосавска // Русская медицина. – 1894. – № 15–20.
285. Сборник статей по материалам межрегионального Круглого стола «Первая мировая война в истории Байкальского региона», посвященного столетию со дня начала Первой мировой войны. – Улан-Удэ, 2014. – 272 с.
286. Сведения о состоянии народного здравоохранения: Отчет медицинского департамента за 1893-1895 гг. // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1897. – Май. – С. 1.
287. Селищев А.М. Забайкальские старообрядцы. Семейские. / А.М. Селищев – Иркутск: изд Гос. Иркутского ун-та: Паровая тип. об-ва потребителей «Сибирское книжное дело», 1920. – 81 с.
288. Сельверова С.Б. Родовспоможение в Бурятской республике за 40 лет. / С.Б. Сельверова // Материалы первой научно-практической конференции врачей Бурятии. – Улан-Удэ, 1966. – С. 26.
289. Семашко Н.А. Избранные произведения. / Н.А. Семашко – М.: Медгиз, 1967. – 237 с.
290. Семашко Н.А. Сборник, посвященный 25-летию научной и общественной деятельности профессора В.М. Броннера. – Москва, 1926.
291. Сергеев Д. К вопросу об организации акушерской помощи среди сельского населения. / Д. Сергеев – СПб, 1899. – 20 с.
292. Серегина И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской

- помощи / И.Ф. Серегина, А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2009. – № 5. – С. 3.
293. Сибирский край и Бурят-Монгольская АССР / Под. Ред. С.С. Кравцова. – М.-Л., 1929. – 64 с.
294. Сибирь в составе Российской империи. / Отв. редакторы Л.М. Дамешек, А.В. Ремнев. – М. Новое литературное обозрение, 2007. – 362 с.
295. Скажутин Д.В. 115 лет со дня открытия Забайкальской общины сестер милосердия Красного Креста (1901 г.) / Д.В. Скажутин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. – Чита, 2016. – С. 88–99.
296. Скажутин Д.В. Май-150 лет Российскому Обществу Красного Креста (1867 г.) / Д.В. Скажутин // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края. – Чита, 2017. – С. 102–111.
297. Скорнякова Л.К. Охрана здоровья женщин и детей / 50 лет советского здравоохранения 1917-1967. / Л.К. Скорнякова, О.К. Никончик – Москва, 1967. – С. 117.
298. Сливкин А.Н. 180 лет со дня открытия в Нерчинске первой больницы (1827 г.) / А.Н. Сливкин, Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. – Чита, 2007. – С. 96–107.
299. Словцов П.А. История Сибири. От Ермака до Екатерины II / П.А. Словцов – М.: Вече, 2014. – (Моя Сибирь) – 512 с.
300. Смирнов Н.Н. Слово о Забайкальских казаках: Исторический очерк-хроника / Н.Н. Смирнов; под ред. С.И. Рябова, Ю.Ф. Болдырева – Волгоград: Волгогр. Ком. по печати, 1994. – 608 с.
301. Смирнова Е.М. Земская медицина и частная практика. / Е.М. Смирнова // Бюллетень ННИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – Москва, 2014. – С. 185.
302. Советское здравоохранение / Авт. и сост. О.А. Александров, Ю.П. Лисицын; под ред. чл.-кор. АМН СССР Г.Е. Островерхова – М.: Медицина, 1972. – 263 с.
303. Солбонэ Туяа. Трубачеев А.Т. / Туяа Солбонэ // Жизнь Бурятии. – 1927. – № 11–12. – С. 109–110.
304. Справочный материал развития народного образования округа и воспоминания выпускников Агинской средней школы №1. – пос. Агинское, 1992. – С. 8–13.
305. Сретенск. / Гл. ред. К.К. Ильковский; отв. ред. Н.Н. Константинов, О.Ю. Черенщиков. – Чита: Забайкал. Гос. ун-т, 2014. – 444 с. – (Альбомная серия «Энциклопедия Забайкалья»).
306. Стародубов В.И. Концепция Федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации / В.И. Стародубов, А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий

- // *Здравоохранение Российской Федерации. Медицина*, 2004. – № 6. – С. 3–5.
307. Стародубов В.И. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – М.: Изд-во Медицина, 2010. – №4. – С. 23–28.
308. Сулима А.Ф. Из командировки в Забайкальскую область / А.Ф. Сулима // *Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины*. – 1910. – №1. – С. 13–47.
309. Сунгуров П.А. Проституция в сибирских губерниях (конец XIX – начало XX вв.) / П.А. Сунгуров // *Теория и практика общественного развития*. – 2015. – №6. – С. 110–111.
310. Съезд трудящихся Бурят-Монгольской автономной советской социалистической республики (1-й): Материалы. Под. Ред. В.Л. Зыбина. – Чита, 1926. – 33 с.
311. Съезд трудящихся Бурят-Монгольской автономной советской социалистической республики (1-й): Постановления. – Верхнеудинск, 1923. – 13 с.
312. Тагаров Э. Новые данные о Д. Хуреганове. / Э. Тагаров // *Этнографический сборник – Улан-Удэ*, 1961. – Вып.2. – С.157–158.
313. Талько-Гринцевич Ю.Д. К вопросу об изучении физиологических явлений половой жизни женщин в Забайкалье / Ю.Д. Талько-Гринцевич // *Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Приамурского отдела Императорского Русского Географического общества*. – СПб, 1903. – Т.6. – В.1. – С. 120.
314. Танский М.В. Записки Верхнеудинского врача. / М.В. Танский – Улан-Удэ: НоваПринт, 2018. – 280 с.
315. Танский М.В. Странички из прошлого. (Верхнеудинск в 70-80 гг. XIX века. / М.В. Танский – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1966. – 31 с.
316. Территория Бурятии Население по переписи 1920 и 1923 гг. // *Жизнь Бурятии*. – 1928. – № 4-6. – С. 31-37.
317. Тибетская медицина у бурят / Т.А. Асеева, Д.Б. Дашиев, А.Д. Дашиев, С.М. Николаев и др. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2008. – 324 с.
318. Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. / В.В. Трофимов – М.: Медицина, 1967. – 332 с.
319. Труды съезда медицинских работников Забайкальской области 1-5 ноября 1917 г. – Чита, 1918. Электро-Типография Первуницкого. – 134 с.
320. Туберкулез в Восточной Сибири и Азии // Материалы международной конференции, посвященной 75-летию противотуберкулезной службы Бурятии 18 ноября 1999г. Ред. коллегия А.Н. Зарбуев, А.Г. Мархаев и др. – Улан-Удэ, 1999. – 200 с.

321. Тумунов Ж.Т. Ага и Агинцы. / Ж.Т. Тумунов – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1993. – 192 с.
322. Тумунов Ж.Т. Очерки из истории Агинских бурят. / Ж.Т. Тумунов – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1988. – 176 с.
323. Туранов Н.М. Вольф Моисеевич Броннер (К 100-летию со дня рождения) / Н.М. Туранов // Вестник дерматологии и венерологии. – Москва, 1976. – № 1. – С. 48-50.
324. Туранов Н.М. О задачах венерологических экспедиций и отрядов в национальных республиках и областях. / Н.М. Туранов // Советский вестник венерологии и дерматологии. – Москва, 1936. – № 7. – С. 620–624.
325. Указатель литературы Евгений Дмитриевич Петряев. Кировская обл. библиотека имени А.И. Герцена. Составители В.Г. Шумихин, И.Н. Войханская. – Киров, 1973. – 100с.
326. Улан-Удэ в прошлом и настоящем: материалы и тез. Докл. Науч.-практ. Конф. – Улан-Удэ: БНЦ СО РАН, 1996. – 150 с.
327. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. / Г.Э. Улумбекова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 137 с.
328. Улумбекова Г.Э. Научное обоснование стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – Москва, 2011. – 33 с.
329. Улымжиев Д.Б. Нерушимая братская дружба советского и монгольского народов. / Д.Б. Улымжиев – Улан-Удэ: БКИ, 1961. – 118 с.
330. Фадеева А.П. 125 лет со дня организации РОКК / А.П. Фадеева // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1992 г. – Чита, 1992. – С. 27–31.
331. Фадеева А.П. 110 лет со дня организации Читинского управления Российского общества Красного Креста (1894 г.) / А.П. Фадеева, Ю.А. Черепанов // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 г. – Чита, 2004. – С. 68–71.
332. Федотов Н.П. Очерки по истории медицины в Сибири в связи с историей ее колонизации (1585-1861 гг.): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. – Томск, 1948. – Т.3. – 326с.
333. Федотов Н.П. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. / Н.П. Федотов, Г.И. Мендрин – Томск: изд. Том. ун-та, 1975. – 280 с.
334. Федулин А.А. Отечественная история IX-XIX вв. / А.А. Федулин – Москва: Литагент Кнорус, 2011. – 604 с.
335. Федякин А.В. Территориально-политическое устройство и региональная политика Российской империи в середине – второй половине XVIII в. / А.В. Федякин // Вестник Российской нации. – 2012. – № 4–5. – С. 50–68.
336. Ханенко Б.И. Приказ общественного призрения / Б.И. Ханенко // Здравоохранение Красноярского края: краткий обзор пути протяженностью в сто лет. – Красноярск, 1991. – С. 4.

337. Харахинов М.К. 10 лет на фронте здравоохранения в БМАССР. / М.К. Харахинов // К 10-летию Бурят-Монгольской АССР. – Иркутск, 1933. – С. 8–10.
338. Ходырев Л.П. 85 лет государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ (1922 г.) / Л.П. Ходырев // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. – Чита, 2007. – С. 124–130.
339. Цейтлин А. Л. Памяти сестры милосердия В.П. Павлуцкой / Газета «Забайкальская новь», 1919. 9 апреля.
340. Цуприк Р.И. 1 августа 135 лет со дня рождения доктора А.Л. Цейтлина. (1873-?) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2008 г. – Чита, 2008. – С. 93–96.
341. Цуприк Р.И. 1 июня 130 лет со дня рождения доктора медицины В.А. Бурмакина (1878-после 1922 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2008 г. – Чита, 2008. – С. 64–71.
342. Цуприк Р.И. 100 лет со дня организации Забайкальского общества врачей / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. – Чита, 1993. – С. 6–14.
343. Цуприк Р.И. 120 лет со дня рождения отличника здравоохранения фельдшера И.Е. Эпова (1887-1949 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 год. – Чита, 2007. – С. 42.
344. Цуприк Р.И. 125 лет со дня рождения провизора, организатора химико-бактериологической лаборатории в Чите А.И. Меньших (1882-1934 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2007 г. – Чита, 2007. – С. 203–205.
345. Цуприк Р.И. 145 лет со дня рождения доктора медицины Е.В. Бека (1865-1915 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат Забайкальского края 2010. – Чита, 2010. – С. 138–145.
346. Цуприк Р.И. 165 лет со дня рождения врача, писателя-демократа, бытописателя Карийской каторги В.Я. Кокосова (1845-1911 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2010 г. – Чита, 2010. – С. 151–153.
347. Цуприк Р.И. 170 лет со дня открытия в Нерчинске первой больницы (1827 г.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1997 г. – Чита, 1997. – С. 53–66.
348. Цуприк Р.И. Литературное, историческое и медицинское краеведение / сост. Н.А. Бурдиян, Г.И. Погодаева; отв. ред. М.В. Константинов – Чита: ЗабГУ, 2014. – 456 с – Избранные труды исследователей Забайкалья.

349. Цуприк Р.И. Нерчинская центральная районная больница. / Р.И. Цуприк // Энциклопедия Забайкалья: Читинская область в 4 т. Т. 3. – Новосибирск, 2006. – С. 328.
350. Цуприк Р.И., Чепцов Ф.Р. 120 лет со дня основания ГУЗ «ГКБ №1» (1894 г.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2014 год. – Чита, 2014. – С. 33–46.
351. Цыбикжапов Б.Н. Этапы становления федеративных отношений между Российской Федерацией и Республикой Бурятия (1923-2000) / Б.Н. Цыбикжапов // Вестник БГУ. Выпуск 7. – Улан-Удэ, 2003. – С. 110.
352. Цыбиков Б. Разгром унгеровщины / Бурят-Монгол. Гос. науч.-исслед. ин-т культуры и экономики. / Б. Цыбиков – Улан-Удэ: Бурмонгиз, 1947. – 160 с.
353. Цыдыпов Ц.Д. Из истории здравоохранения Забайкалья / Ц.Д. Цыдыпов, В.Ю. Альбицкий // Советское здравоохранение. – М: Медицина, 1978. – № 1. – С. 83–84.
354. Цыретарова Б.Б. Санитарно-эпидемическая обстановка и борьба с эпидемиями в Бурятии в годы Великой Отечественной войны / Б.Б. Цыретарова // Вестник РГГУ. Серия «История. Филология. Культурология. Востоковедение». – № 19 (14) – 2014. – С. 78-87.
355. Чабан С.Н. 90 лет со дня образования Читинского городского отдела здравоохранения (1921г.) / С.Н. Чабан, О.П. Колодинач // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2011 год. – Чита, 2011. – С. 177–179.
356. Чикин С.Я. Охрана здоровья народностей Севера / С.Я. Чикин, Б.М. Чекнев. Издание второе переработанное и дополненное. – Москва: Медицина, 1978. – 262 с.
357. Чистович Я.А. История первых медицинских школ в России. / Я.А. Чистович – СПб., Тип. Якова Трея, 1883. – 41 с.
358. Читинская городская больница. // Сибирский врач. – 1914. – № 44–45. – С. 677.
359. Шабалов Н.П. Педиатрия. / Н.П. Шабалов – Санкт-Петербург: Издательство «СпецЛит», 2002. – 893 с.
360. Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) / В.А. Шаламов // Вестник Томского государственного университета. – 2017. – № 414. – С. 156–166.
361. Шаламов В.А. Здравоохранение Забайкалья в годы первой мировой войны (часть 2). / В.А. Шаламов // Вестник ИрГТУ № 4 (99) – 2015. – С. 443–448.
362. Шалданова Г.Р. Закаменские буряты: Ист.-этногр. Очерки (вторая половина XIX – первая половина XX в.) / Г.Р. Галданова; отв. ред Л.П. Потапов, К.М. Герасимова; Рос. Акад. наук, Сиб. отд-ние, Бурят. ин-т обществ. наук – Новосибирск: Наука: Сиб. отд-ние, 1992. – 170 с.

363. Шарапова О.В. Основные задачи модернизации службы охраны здоровья матери и ребенка / О.В. Шарапова, О.В. Чумакова, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // *Здравоохранение*. – Москва, 2008. – № 8. – С. 19.
364. Шашков С.С. Сибирские инородцы в XIX столетии. Исторические очерки. Собрание сочинений. / С.С. Шашков – Т.2. – СПб., Издательство: Типография И.Н. Скороходова, 1898. – 668 с.
365. Шевченко Ю.Л. Государственная политика и управление здравоохранением / Ю.Л. Шевченко, О.П. Щепин, В.Б. Филатов, В.С. Нечаев, М.Б. Мирский, И.В. Егорышева // *Здравоохранение России XX век*. Глава 2. – Москва, 2001. – С. 1–50.
366. Шер С.А. История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме / С.А. Шер // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – Москва, 2011. – № 4. – С. 60–61.
367. Шерешевский Б.М. Забайкалье в период Дальневосточной Республики 1920-1922 гг. / Б.М. Шерешевский – Чита: Читинское кн. изд-во, 1960. – 92 с.
368. Шестова Т.Ю. Становление и развитие здравоохранения на Урале в XVIII – начале XX вв. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний): автореф. дис. ... д-ра ист. наук: 07.00.02. – Курган, 2004. – 54 с.
369. Шильникова Н.Ф. Стратегическое планирование кадровых ресурсов территориального здравоохранения Забайкальского края / Н.Ф. Шильникова, Е.В. Лазарева, Н.А. Куйдина // *Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 60-летию Читинской государственной медицинской академии*. – Чита, 17-18 октября 2013 г.: Материалы конференции. Том 1. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2013. – 207 с.
370. Шмаков И. Очерк деятельности лечебных заведений г. Троицкосавска // *Труды Троицкосавско-Кяхтинского отделения Русского географического общества*. / И. Шмаков – Т. 2., вып. 1-2. – 1899-1900. – С. 8–21.
371. Шмулевич М.М. Из истории медицинского обслуживания населения Западного Забайкалья в первой половине XIX века / М.М. Шмулевич // *Советское здравоохранение*. – Москва, 1970. – №5. – С. 60–64.
372. Шмулевич М.М. Лечебное дело // *Очерки истории культуры*. – Улан-Удэ, 1972. – Т. 2. – С. 218.
373. Шомас Ю.К. Руководство Дальневосточной партийной организацией развитием народного здравоохранения 1922-1928 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02. – Томск, 1970. – 25 с.
374. Шрейдер Г.И. Из практики городского управления / Г.И. Шрейдер // *Народное хозяйство*. Кн. 1. – СПб, 1900. – С. 117–138.
375. Шулунов Н.Д. Становление советской государственности в Бурятии (1919-1923 гг.) / Под. ред. д-ра ист. наук П.Т. Хаптаева; АН СССР. Сиб. отд-ние Бурят. филиал. Бурят. ин-т обществ. наук – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1972. – 492 с.



376. Щепин О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О.П. Щепин, В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2009. – № 6. – С. 3–8.
377. Щепин О.П. Диспансеризация и здравоохранение России. Сообщение I. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров / О.П. Щепин, О.Е. Петручук, Р.В. Коротких, Ф.А. Давлетшин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, 2011. – № 2. – С. 3.
378. Щупак В.Н. Медицинская помощь дальневосточным партизанам в годы гражданской войны / В.Н. Щупак // Советское здравоохранение. – М., 1972. – № 9. – С. 68.
379. Эйльбарт Н.В. Научная деятельность интеллигенции в Забайкалье во второй половине XIX – начале XX вв.: автореф. дис... док. ист. наук: 07.00.10. – Москва, 2006. – 42 с.
380. Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. / СО РАН Чит. ин-т природ. Ресурсов. – Новосибирск: Наука, 2000. – Т.1. – 301 с.
381. Энциклопедия Забайкалья. Читинская область. / СО РАН Чит. ин-т природ. Ресурсов. – Новосибирск: Наука, 2004. – Т.2. – 419 с.
382. Эпов Н.И. Забайкальское казачье войско. / Н.И. Эпов – Нерчинск. Типография М.Д. Бутина, 1889. – 76 с.
383. Яковенко И.Г. Российское государство: национальные интересы, границы, перспективы. / И.Г. Яковенко – Новосибирск: Сибирский хронограф, 1999. – 221 с.
384. Янданова Х.Р. Характеристика демографических показателей среди бурят в исследованиях русских и иностранных путешественников XVII–XIX вв. / Х.Р. Янданова // Здравоохранение и информационные ресурсы: материалы научно-практической конференции. – Улан-Удэ, 2001. – Ч.2. – С. 34–39.

### ОПУБЛИКОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. «Медицинский журнал» №1-6. Забайкальского общества врачей под редакцией членов общества Добровольского, Легкова, Розенцвейга. – Издание комиссии помощи сиротам врачей Забайкальского общества врачей. – 1922-1923 гг.
2. Айзин М.Л. Лечебно-санитарное состояние Сибири за 1923 год / Сост. На основании докладов и трудов 3-го Сиб. съезда здравотд. с 5 марта по 12 марта 1924 г. при участии наркома т. Семашко в г. Новониколаевске / Сост. отв. секр. д-ром М.Л. Айзиным Упр. Уполномоченного Нар. Ком. здрав. по Сибири – Новониколаевск. Изд. Упр-я уполномоченного НКЗ по Сибири, 1924. – 596 с.
3. Положения, циркуляры и инструкции Народного Комиссариата Здравоохранения. – РСФСР, 1921. – С. 210–211.

4. Постановления КПСС и Советского правительства по охране здоровья народа. – Москва: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ, 1958. – 337 с. Составители Калью П.И., Морозов Н.Н.
5. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. Обработано для печати Д. Н. Жбанковым. – М., 1915. – (Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова) – 552 с.
6. Труды съезда медицинских работников Забайкальской области. 1-5 ноября 1917г. – Чита, 1918. – Электро-Типография Н. Первунницкого. – 134 с.
7. Фрейберг Н.Г. Врачебно-санитарное законодательство в России узаконения и распоряжения правительства по гражданской медицинской, санитарной и фармацевтической частям, опубликованным по 1 января 1913 года. – СПб., Издательство Практическая медицина (В.С. Эттингер) Ф.В. Эттингер, 1913. – 1071 с.

## ПОЛНОЕ СОБРАНИЕ ЗАКОНОВ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

### 1 собрание:

- ПСЗРИ. – Т.38. – 1 собрание. – СПб, 1830. – Ст.29125. – С. 345.  
 ПСЗРИ. – Т.20. – 1 собрание. – СПб, 1830. – Ст.17743. – С. 229,233.  
 ПСЗРИ. – Т.31. – 1 собрание. – СПб, 1830. – Ст.24298. – С. 255-260.  
 ПСЗРИ. – Т.40. – 1 собрание. – СПб, 1830. – Ст.30464. – С. 446-447.

### 2 собрание:

- ПСЗРИ. – Т.26. – 2 собрание, отд.1. – СПб, 1852. – Ст.25394. – С. 476.  
 ПСЗРИ. – Т.32. – 2 собрание. – Отд.1. – СПб, 1857. – Ст.32278. – С. 803-804.  
 ПСЗРИ. – Т.6. – 2 собрание, отд.1. – Ч.1. – СПб, 1886. – Ст.3887. – С. 403.  
 ПСЗРИ. – Т.32. – 2 собрание, отд.1. – Ч.1. – СПб, 1857. – Ст.32215. – С. 740–741.  
 ПСЗРИ. – Т.40. – 2 собрание, Отд.1. – СПб, 1867. – Ст.42199. – С. 646-649.

### 3 собрание:

- ПСЗРИ. – Т.25. – 3 собрание, отд.1. – Ч.1. – СПб, 1908. – Ст.25791. – С. 94.  
 ПСЗРИ. – Т.2. – 3 собрание. – СПб, 1886. – Ст.1262. – С. 473.  
 ПСЗРИ. – Т.8. – 3 собрание. – СПб, 1888. – Ст.4962. – С. 16.  
 ПСЗРИ. – Т.21. – 3 собрание, отд.1. – СПб, 1903. – Ст.20352. – С. 632.  
 ПСЗРИ. – Т.21. – 3 собрание, отд.1. – СПб, 1903. – Ст.20352. – С. 334.  
 (Штаты)  
 ПСЗРИ. – Т.33. – 3 собрание, отд.1. – Ч.1. – СПб, 1913. – Ст.33123. – С. 578.  
 ПСЗРИ. – Т.33. – 3 собрание, отд.1. – Петроград, 1916. – Ст.39745. – С. 741.  
 ПСЗРИ. – Т.33. – 3 собрание, отд.1. – Петроград, 1916. – Ст.39746. – С. 742.

## АРХИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ

### ГАРБ (Государственный архив Республики Бурятия)

**Фонд 128** (Верхнеудинская городская ратуша (1727-1784 гг.)  
 Опись 1. Дела: 703, 704, 808, 1285, 1338, 1384.

**Фонд 10** (Верхнеудинская городская управа 1874-1875 гг.)

Опись 1. Дела: 1170, 1019, 30, 99, 18, 1091, 1, 241, 1142, 1110, 41, 3, 139, 40, 123, 174, 1338, 1346, 173, 182, 308, 1173, 1203, 2909, 1720, 1337, 1019, 176, 1585, 1347, 2932, 1110, 1619, 1638, 1076.

Опись 2. Дела: 530.

**Фонд 11** (Верхнеудинская городская управа и городничий (1784-1875 гг.)

Опись 1. Дела: 54, 56.

Опись 2. Дела: 90.

Опись 3. Дела: 33, 326, 403.

Опись 5. Дела: 99.

Опись 6. Дела: 118, 120, 147, 181.

Опись 8. Дела: 509.

Опись 10. Дела: 17, 110, 19.

Опись 11. Дела: 7, 114.

Опись 14. Дела: 8.

Опись 16. Дела: 22, 5, 9, 2, 201, 8, 14, 12, 15, 17, 25, 42, 54, 56, 86, 90, 136, 301, 233, 331, 298, 389, 99, 121, 136, 156.

**Фонд 338** (Верхнеудинская приходская гражданская больница 1842-1880г.г.)

Опись 1. Дела: 59, 19, 2, 14, 4, 60.

**Фонд 337** (Верхнеудинское окружное полицейское управление (1866-1918 гг.)

Опись 1. Дела: 47, 11, 1614, 7292, 1841.

**Фонд 101** (Лазарет Верхнеудинского местного комитета Российского общества Красного креста. Г. Верхнеудинск, Забайкальской области. 1904-1907 гг.)

Опись 1. Дела: 9, 3, 1, 2, 5, 4, 7, 6, 32.

**Фонд 319** (Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья)

Опись 1. Дела: 83, 9, 11, 3, 8, 6, 12.

**Фонд Р – 1778** (Фонд Танских.)

Опись 1. Дела: 6, 10, 31, 38, 16, 64.

**Фонд Р–92** (Верхнеудинская городская больница (1917-1923 гг.)

Опись 1. Дела: 5, 6, 9.

Опись 2. Дела: 5.

**Фонд 55**

Опись 1. Дела: 3.

**Фонд 2**

Опись 2. Дела: 297.

**Фонд 710**

Опись 1. Дела: 6.

**Фонд 80**

Опись 1. Дела: 6, 21.

**Фонд 1139**

Опись 1. Дела: 9, 16.

**Фонд 129**

Опись 1. Дела: 3969, 3600, 3731, 3754.

**Фонд 131**

Опись 1. Дела: 74, 107, 17, 38, 240, 281, 423, 455, 399, 589, 504, 648.

**Фонд 84**

Опись 1. Дела: 475, 478.

**Фонд 261** (Троицкосавская городская управа. Г. Троицкосавск, Троицкосавского округа Забайкальской области (1851-1920 гг.)

Опись 1. Дела: 1179, 588, 723, 633, 975.

**Фонд Р-32**

Опись 1. Дела: 17, 51, 36, 395.

**Фонд Р-1250**

Опись 1. Дела: 19, 25, 63, 3, 41, 116, 13.

**Фонд Р-353** Приказы по личному составу Верхнеудинского военно-хирургического лазарета за 1920 год. Начато с марта 1920 года по декабрь 1920 года.

Опись 1. Дела: 1, 16.

**Фонд Р-89**

Опись 1. Дела: 3, 12.

**Фонд Р-200**

Опись 1. Дела: 3.

**Фонд Р-277** (Прибайкальское областное управление ДВР)

Опись 1. Дела: 61.

**Фонд Р-710**

Опись 2. Дела: 2.

**Фонд Р-278**

Опись 1. Дела: 24 «а».

**Фонд Р-469** (Фонд здравоохранения исполнительного комитета Прибайкальской губернии)

Опись 1. Дела: 12.

**Фонд Р-665** (Министерство здравоохранения Бурят-Монгольской АССР, Бурятской АССР, Республики Бурятия)

Опись 1(б). Дела: 1.

**Фонд Р-248** (Совет Министров Бурят-Монгольской АССР, Бурятской АССР)

Опись 1. Дела: 122, 332.

**Фонд Р-196** (Госкомитет по статистике Республики Бурятия)

Опись 3. Дела: 96.

**Фонд Р-475** (Президиум Верховного Совета БМАССР, Бурятской АССР)

Опись 1. Дела: 54.

Опись 2. Дела: 184.

**ГАЗК (Государственный архив Забайкальского края)**

**Фонд 111** (Инспектор медицинской части Забайкальской области военного губернатора, г. Чита 1852-1872 гг.)

Опись 1. Дела: 16, 35, 23. Дела: 8, 13.

**Фонд 1 (о)** (Забайкальское областное правление Иркутского генерал-губернатора г. Чита.)

Опись 1. Дела: 156, 35, 5, 700, 808, 100, 4650.

**Фонд 1 (вр)** (Забайкальское областное правление Иркутского генерал-губернатора г. Чита.)

Опись 1. Дела: 16514, 16, 828.

Опись 2. Дела: 1234, 17, 1044, 370, 143, 250, 132, 1036, 189, 180, 1216, 1135, 241, 147, 432.

Опись 3. Дела: 3, 7, 34, 41.

**Фонд 76** (Забайкальский областной комитет общественного здоровья, 1853-1871 гг.)

Опись 1. Дела: 7, 16.

**Фонд Р-1144** (Министерство здравоохранения ДВР г. Чита (1920-1922 гг.))

Опись 1. Дела: 3, 37, 22, 24, 1.

**Фонд Р-200** (Отдел здравоохранения Забайкальского областного Управления (1920-1924 гг.))

Опись 1. Дела: 3.

**Фонд Р-181** (Главное Управление здравоохранения МВД ДВР (1921-1923 гг.))

Опись 1. Дела: 5, 9.

### **ГАРФ (Государственный архив Российской Федерации)**

**Фонд 713** Бадмаев Петр Александрович, врач, пропагандист методов тибетской медицины в России

Опись 1. Дела: 22.

**Фонд Р-8009**

Опись 21. Дела: 95.

### **РГВИА (Российский государственный военно-исторический архив)**

**Фонд 879** (Медицинский департамент Военного министерства (1812-1867 гг.))

Опись 2. Дела: 1914, 1489, 931, 1798.

**Фонд 14803**

Опись 1. Дела: 2.

**Фонд 316**

Опись 65. Дела: 155.

Опись 66. Дела: 608.

### **СПРАВКИ**

1. «Анкета арестованного ГПУ» №-302 от 28.09.23 г.
2. Архивная справка ФСБ по Приморскому краю № 78/14/17 от 08.07.2014 г.
3. «Выписка из протокола заседания Комиссии НКВД по административным высылкам» от 22.02.24 г.
4. «Заключение Прокуратуры Республики Башкортостан по материалам уголовного дела арх. №-П-3076» от 25.04.94 г.
5. «Протокол допроса пом. Упол. Контрразведотделения Прибгуботдела ГПУ» от 05.10.23 г., стр. 26-28.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

Устав гинекологическо-хирургической лечебницы с родовспомогательным отделением врача Василия Александровича Блинова

1.

Гинекологическо-хирургическая лечебница устраивается и содержится на частные средства ее учредителя Блинова. Она предназначается для подачи помощи лицам обоего пола всех классов населения Забайкальской области: мужчинам – хирургической и женщинам хирургической и гинекологической, смотря по роду болезни. Родовспомогательное же отделение, главным образом для подачи помощи неимущим женщинам.

2.

Заведение состоит из обособленных отделений: 1) Для пациентов, страдающих женскими болезнями и болезнями, требующими гинекологических и хирургических операций. 2) Для пациентов мужчин, нуждающихся в хирургических операциях. 3) Для рожениц. 4) Для приходящих больных обоего пола.

3.

Лечебница с родовспомогательным отделением помещается в доме, отвечающим всем требованиям гигиены. Отделение для приходящих больных обособляется от помещений для стационарных больных и рожениц.

4.

Гинекологическо-хирургическая лечебница состоит из трех палат для помещения 6 больных, а именно одной с 2 кроватями для женщин, страдающих болезнями женскими, одной с 2 кроватями для женщин, страдающих болезнями, требующими хирургических операций и одной с 2 кроватями для мужчин с болезнями, требующими хирургических операций.

5.

Родовспомогательное отделение состоит из родильного покоя и отдельной палаты для 2 больных.

6.

В заведении находится операционный зал для гинекологических, хирургических и акушерских операций, устроенный согласно требованиям современной науки; изоляционная палата для заразных больных, комната для ванн и отдельное помещение для умерших.

7.

Учредителю предоставляется право увеличивать число кроватей по мере надобности, сообразуясь с размерами помещения и с разрешения Врачебного отделения Забайкальского областного Правления.

8.

Каждая кровать должна быть снабжена тюфяком, двумя подушками, одеялом теплым и легким, смотря по времени года и по потребности больных, а равно чистым бельем, которое должно быть переменяемо сколь возможно чаще и никак не менее одного раза в неделю в гинекологическо-хирургическом отделении и немедленно по загрязнении в родовспомогательном отделении.

9.

Над входом в здание, занимаемое лечебницей, находится вывеска с надписью: «Гинекологическо-хирургическая лечебница с родовспомогательным отделением врача Блинова».

10.

Учредитель сам пользует больных и делает операции с соблюдением условий, определяемых в ст. 82 Уст. Врач. (Св. Зак. Т. XIII изд. 1892 г.)

11.

Больным предоставляется право на свой собственный счет приглашать с ведома учредителя для консультации посторонних врачей, имеющих право врачебной практики, под условием последующего донесения Врачебному отделению о приглашаемых консультантах.

12.

Общий надзор, как в отношении доброкачественности съестных припасов, так и самого приготовления пищи, лежит на обязанности учредителя заведения.

13.

Пища больным отпускается различная, смотря по надобности и усмотрению учредителя.

14.

Лекарства для больных и аптекарские материалы приобретаются на счет заведения из вольных аптек под особенным наблюдением учредителя.

15.

Прислугу заведения составляют в мужской палате служители и в женских палатах и родовспомогательном отделении служанки, число, которых должно соответствовать числу больных, а именно на четырех больных не менее одного прислуживающего лица.

16.

Поступающие в лечебницу больные обязаны представить паспорт или иной документ о личности, на основании которого могли бы быть записаны в явочную книгу заведения. Если же больной или больная будут находиться в опасном

положении, то они могут быть приняты без упомянутых документов, объявив только свою фамилию, звание и место жительства; нужные же документы должны быть представлены не позже следующего дня. В родовспомогательном же отделении представление документов не обязательно.

Примечание: В случае смерти больного, представленные им документы с извещением о том, должны быть переданы в местное Полицейское Управление.

## 17.

Плата за содержание и пользование больных в гинекологическо-хирургическом отделении, смотря по обстановке, качеству и количеству блюд, устанавливается по взаимному соглашению с учредителем. В родовспомогательном же отделении плата устанавливается по выработанной заранее учредителем и утвержденной Врачебным отделением Забайкальского областного Правления таксе.

## 18.

Плату каждый больной и больная обязаны внести впредь не менее как за 14 дней в гинекологическо-хирургическом отделении и не менее как за пять дней в родовспомогательном отделении и за это получать соответственное содержание, врачебную помощь в лице врача учредителя и все лекарства, исключая минеральные воды, кумыса и вина, за которые полагается особая плата.

## 19.

При выписке больных из заведения до истечения 14 дней из внесенной ими платы в гинекологическо-хирургическом отделении удерживается плата по день выхода, остальные же деньги возвращаются выписываемым из заведения, а в случае смерти – их наследникам. В родовспомогательном же отделении внесенная плата за пять дней ни в каком случае не возвращается.

## 20.

За гинекологические, хирургические и акушерские операции плата определяется по особому договору больных или их родственников с оператором, исключая операции, которые составляют «Indicatio vitalis» и должны быть производимы независимо от предварительного уговора о плате.

## 21.

Подача гинекологической и хирургической помощи приходящим больным производится в определенные часы в особенно назначенном для этих целей кабинете. Плата за приходящих больных за совет назначается по таксе (п. 17).

Примечание: для неимущих больных назначаются особые часы, в которые врачебная помощь и совет подаются бесплатно, о чем вывешивается соответствующее объявление у входа в лечебницу.

## 22.



Время пребывания в заведении зависит вообще от усмотрения больных, но если больные находятся в опасном положении, угрожающем жизни или же бреду, то их не выписывают по желанию, а только с согласия их родственников, которые извещаются о состоянии больного или больной.

23.

В случаях, угрожающих больным смертью, приглашается заведением с согласия больных, соответственно их вероисповеданию священнослужитель для совершения религиозных треб.

24.

Тела умерших не могут быть оставляемы в заведении более 24-х часов; по истечении этого срока передаются родственникам, а за неявкой их предаются земле в установленный законом срок, за счет учредителя лечебницы.

25.

В случае, если одинокая больная, помещенная в родовспомогательном отделении, умрет и не окажется лица, которое взяло бы ребенка на свое попечение, то оставшееся дитя-сирота отсылается в Воспитательный дом.

26.

При заведении ведутся следующие книги: 1) приемный журнал, в котором отмечаются имя и фамилия каждого больного или больной, принятых в гинекологическо-хирургическое отделение, возраст, звание, диагноз и история болезни, операция и исход. 2) такой же журнал для родовспомогательного отделения. 3) депозитная книга. 4) книга для проходящих больных.

Примечание: Книги для записи больных должны быть прошнурованы и скреплены Врачебным отделением.

27.

Лечебница находится под управлением и ответственностью врача Блинова и на общем основании состоит под наблюдением Военного губернатора Забайкальской области и Врачебного отделения Забайкальского областного Правления, в котором согласно ст. 26 и 732 Уст. Врач. Изд. 1892 г. и других постановлений, представляются срочные ведомости и сведения о больных, а равно годовые отчеты о деятельности заведения с подробным описанием более замечательных случаев по установленной форме.

28.

Лечебница может быть открыта только по предварительном освидетельствовании ее членами Врачебного отделения Забайкальского областного Правления и выдаче отделением свидетельства о благоустройстве заведения.

29.

Если бы со временем представилась необходимость изменить настоящий Устав, то учредитель представляет о сем местному медицинскому начальству для исходатайствовано надлежащего разрешения Министерства Внутренних Дел в установленном порядке.

30.

В случае неисполнения правил настоящего Устава или допущения других неправильных действий, лечебница может быть закрыта по распоряжению Г. Министра Внутренних Дел, по представлению Военного губернатора Забайкальской области.

31.

Во всех случаях, не предусмотренных сим Уставом, лечебница подчиняется действию соответствующих общих узаконений и правительственных распоряжений, относящихся к частным лечебным заведениям ведомства Министерства Внутренних Дел. Таким образом, были учтены все медицинские, правовые и финансовые вопросы, касающиеся лечебной деятельности частной медицинской организации.

## **Приложение 2.**

### **Устав Забайкальского общества врачей г. Чита**

§ 1. Общество имеет цель:

- а) Изучение области в санитарном отношении и составления ее медицинской топографии и санитарной карты.
- Б) Изучение условий, под влиянием которых развиваются и поддерживаются в этой области эпидемические, эпизоотические и эндемические или стационарные болезни с изыскание средств по предупреждению или ограничению их появления и распространения.
- В) Собираение и ученая разработка статистических материалов о болезненности и смертности.
- Г) Содействие местной администрации в устройстве сельской врачебной части с указанием более надежных к этому способов.
- Д) Содействие или же помощь в повсеместном распространении правильного оспопрививания.
- Е) Открытие с надлежащего разрешения публичных чтений и издание популярных сочинений в видах распространения в народ здравых понятий по предметам общей и частной гигиены, искоренения невежества, суеверия и предрассудков в делах народного здоровья, противодействия шарлатанству, проявляющемуся в разных видах, особенно в формах газетных реклам и т.п.

ж) Устройство амбулаторной клиники или назначение приемных дней на дому для врачебных советов и оказания терапевтического и хирургического пособия больным.

3) Взаимное друг другу сообщение, устно или письменно, разных практических наблюдений о характере и ходе господствующих в разное время года болезней и об оказавшемся наиболее успешным способом их лечения, о важнейших хирургических операциях, о заслуживающих почему-либо особенного внимания случаях, встретившихся на практике или описанных в каком-либо новом сочинении и новых открытиях и изобретениях в области врачебной и естественных наук, особенно в применении к практической медицине и проч.

И) Доставка всем участникам общества способов посредством выписки русских и иностранных журналов и книг, инструментов, снарядов и других учебных пособий, следить за современным ходом науки.

§ 8. Управление общества составляют председатель, его товарищ и секретарь (он же казначей).

§ 9. Представителем общества служит его председатель, который назначает заседания, следит за соблюдением в них порядка, руководит прениями и сносится с местами и лицами от имени общества.

Примечание: Председатель есть также ответственный редактор всех изданий общества, разрешенных в установленном порядке с соблюдением общих цензурных правил (св. Зак. Т. XIV, Устав о цензуре и печати, изд. 1890 г.)

§ 10. Председатель избирается на один год из действительных членов общества.

§ 11. Председатель избирается в годичном заседании закрытой баллотировкой большинством присутствующих действительных членов общества.

§ 12. Товарищ председателя и секретарь, он же казначей избираются на год (согласно § 11.) на общем основании.

§ 13. Члены общества для достижения указанных в § 1 целей имеют право собираться в заседания: годовое, очередное, назначаемое не менее одного раза в месяц и экстренные, созываемые по мере надобности.

Примечание: о дне, часе и месте собрания Общества с означением предметов подлежащих обсуждению, заблаговременно доводится до сведения Военного губернатора (Цирк. Минист. Внутр. Дел, 6 октября 1866 г., № 7762) и сообщается повестками всем членам Общества.

§ 14. Экстренные заседания назначаются председателем по мере надобности по его усмотрению, а также всякий раз, когда о необходимости их будут заявлено не менее как двумя членами.

§ 15. Годичное заседание бывает 14-го января, в нем читается отчет за истекший год, постановляются и решаются общие вопросы, касающиеся целей Общества, производится избрание должностных лиц управления и ревизионной комиссии (§ 24) и поверяется имущество Общества.

Примечание 1: Почетные члены могут быть избираемы в каждом очередном заседании.

Примечание 2: об избрании должностных лиц представляется на утверждение Военного губернатора.

§ 16. В очередных заседаниях читаются и утверждаются протоколы предыдущих заседаний, докладываются бумаги, поступившие в Общество, и обсуждаются вопросы, касающиеся целей Общества.

§ 17. В заседаниях Общества все члены его пользуются правом голоса.

§ 18. Во время заседаний могут присутствовать и посторонние лица, вводимые членами Общества.

Примечание: Допущенные в заседания посторонние лица имеют право делать сообщения или принимать участие в обсуждении данного вопроса, не иначе как каждый раз с разрешения Председателя.

§ 19. Все, не касающиеся лица, вопросы в заседаниях Общества решают открытой баллотировкой большинством голосов, но по требованию кого-либо из членов каждый вопрос может быть решен и закрытым голосованием.

Примечание: В важных случаях пред окончательным решением дела, Общество обязывается выслушать письменные мнения и отсутствующих членов.

§ 20. Все, что происходит в заседаниях Общества, записывается в протоколе, который по утверждении его в следующем заседании, может печататься с общего согласия членов и с соблюдением общих цензурных правил (св. Зак. Т. XIV, Устав о цензуре и печати, изд. 1890 г.)

§ 21. Общество может быть также по собственному определению печатать труды своих членов и другие соответствующие его задачам сочинения, с тем, что при этом должны быть соблюдаемы общие цензурные правила (св. Зак. Т. XIV, Устав о цензуре и печати, изд. 1890 г.)

§ 22. Денежные средства Общества составляются из доходов от изданий и членских взносов в количестве 10 рублей с каждого действительного члена и 15 рублей с члена сотрудника.

Примечание: Члены не внесшие без уважительной причины в течение одного года платы, считаются сложившими с себя звание члена Общества, но при возобновлении таковой, принимаются вновь в число членов.

§ 23. Поступающие в доход Общества суммы, оно расходует по своему усмотрению.

§ 24. Все имущество Общества ежегодно поверяется особой комиссией из трех членов, избираемых согласно § 15 на годичном собрании.

§ 25. Общество имеет собственную печать с надписью: «Забайкальское общество врачей в г. Чита».

§ 26. Общество имеет право составлять в предметах устава частные правила, касающиеся управления и вообще целей Общества, которые каждый раз представляются на утверждение Областного начальства.

§ 27. В случаях необходимости каких-либо изменений в уставе Общества представление о том докладывается в установленном законом порядке, через Врачебное отделение Областного правления.

§ 28. На общем собрании (ст. 519, 539 и 547 Т. II г. 1. Общ. Губ. Упр.) Общество состоит под наблюдением Военного губернатора Забайкальской области, которому представляет годовой отчет о своей деятельности и протоколы по административным делам. Экземпляр годового отчета с именами членов Общества доставляется также в Медицинский департамент МВД, через местное областное начальство.

§ 29. Вопросы о ликвидации Общества решаются на точном основании примечания § 19, имущество же какое окажется на лицо ко дню закрытия поступает в пользу ближайшего в пределах Сибири, подобного же Общества.

§ 30. В случаях неисполнения правил настоящего устава или же допущения других неправильных действий Общество может быть закрыто по распоряжению Областного начальства, о чем доводится до сведения Медицинского департамента МВД.

Подписались: Директор Медицинского департамента Л.Ф. Рагозин.

Сверил: Начальник отделения Ершов.

### Приложение 3.

Биография Ивана Ивановича Алексеева – заведующего и первого врача хирурга железнодорожной больницы Верхнеудинска (Улан-Удэ)

....И.И. Алексеев родился 1 ноября 1874 года в селе Бондаревка Суджинского уезда Курской губернии<sup>1205</sup>. Его отец был священником. В 1884 году Иван поступил в Курскую духовную семинарию, которую успешно окончил с аттестатом № 446 в 1894 году. «Ты будешь, как я священником, - говорил сыну отец. – Поедешь в Киевскую духовную академию». Но, Иван мечтал стать врачом. Но, ни Киевский, ни Московский университеты не хотели принимать в свои ряды молодого человека. Всюду он слышал один и тот же вежливый отказ: «Вам, молодой человек, в Киевскую духовную академию ехать надо. Ваш удел – служение богу...».

<sup>1205</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова – Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. – С. 53.

Узнав о том, что в далеком сибирском городе Томске есть университет, где принимают юношей после духовной семинарии, едет туда. И.И. Алексеев учился прилежно с большим желанием. Обучение было платным, по 45 рублей за семестр. Отец аккуратно помогал своему сыну, дав обещание ему при выезде в университет. Учась на 4-м курсе, он принимает самое активное участие в студенческих волнениях. За что исключен из университета 14 марта 1899 года. Далее инспектор по работе со студентами Томского университета записал так: «С августа 1899 года И.И. Алексеев вновь принят был по прошению на тот же 4-й курс. И так как он с сего последнего времени не был замечен ни в чем предосудительном, то по окончании курса медицинского факультета поведение его отмечено отличным». 13 октября 1901 года И.И. Алексеев получил диплом лекаря № 3681 с отличием, со всеми правами и преимуществами.

С этого момента И.И. Алексеев начинает работать на станции Томск в должности врача переселенческой организации, где заведует больницей.

Однако с 1 апреля 1903 года продолжил трудовую деятельность по охране здоровья трудящихся Забайкальской железной дороги. Теперь, И.И. Алексеев участковый врач в Забайкалье, оказывающий медицинскую помощь жителям Сретенска, Андриановки, Могзона, Хилка, Петровского Завода и Слюдянки. Высочайшим приказом о чинах гражданских И.И. Алексеев был произведен в чин коллежского асессора со старшинством с 11 апреля 1911 года. А 6 мая этого же года он награжден орденом Святого Станислава 3-й степени. Также 22 декабря 1911 года И.И. Алексеев награждается медалью Красного Креста, и светло-бронзовой медалью в память войны с Японией 1904-1905 г.г. Тем временем началась первая мировая война.

С 17 октября 1914 года И.И. Алексеев призывается на военную службу. По приказу санитарной части Иркутского военного округа за № 189 от 20 октября 1914 года он назначается на должность младшего врача 628 Томской дружины государственного ополчения. Но, прибывает на службу только 7 ноября 1914 года и получает новое назначение. Приказом № 214 Иркутского Окружного военно-санитарного управления от 5 декабря 1914 года И.И. Алексеев назначается младшим ординатором Березовского военного госпиталя, который находился на станции Дивизионная (ныне Республика Бурятия).

С 19 декабря И. И. Алексеев исполняет должность заведующего хирургическим отделением этого госпиталя. 22 января 1915 года награждается орденом Святой Анны 3-й степени «...за отлично-ревностную службу и особые труды, вызванные обстоятельствами текущей войны». 11 июня 1915 года его переводят старшим ординатором Березовского военного госпиталя. Оказывается, что в период военной службы Иван Иванович находился в отпуске в городе Петрограде и в Курской губернии с 26 мая по 7 июля 1916 года. Надо полагать,

что он навестил своих родителей, а также съездил к родной сестре, которая жила в Петрограде. А с 8 июля вновь несет военно-врачебную службу на станции Дивизионная. С 13 сентября 1916 года И.И. Алексеев работает в Читинском военном полугоспитале. Затем 2 ноября 1916 г. возвращается на прежнее место службы. После февральской революции И.И. Алексеев избран членом Березовского Совета рабоче-солдатских и крестьянских депутатов. Так, с 4 августа 1917 года от врачей госпиталя он послан на съезд военно-санитарных организаций в город Иркутск. «...Доношу, что сего числа отправился в Главное военно-санитарное управление делегатом от союза военных врачей Иркутского округа»<sup>1206</sup>. И здесь Иван Иванович работал в Главном Военно-санитарном Совете до 19 января 1918 года<sup>1207</sup>. А с 1 февраля 1918 года вновь на должности старшего ординатора Березовского военного госпиталя станции Дивизионная. На основании приказа по санитарной части Иркутского военного округа от 18 марта 1918 года за № 32 был уволен с военной службы и исключен из списков госпиталя. В госпитале он получал жалованье 1344 рубля, кроме того, 420 рублей столовых, 720 рублей добавочных и 120 рублей на наем прислуги. В послужном списке указано, что за ним, за родителями его и за женою недвижимого имущество не имеется, никаким наказаниям или взысканиям за время службы не подвергался.

25 марта 1918 года он назначен старшим врачом Верхнеудинской железнодорожной больницы на станции Верхнеудинск. И с этого момента им организовано стационарное хирургическое отделение, ведется амбулаторный прием хирургических больных.

Таким образом, И.И. Алексеев, является первым хирургом железнодорожной больницы Верхнеудинска. Вскоре он стал одним из ведущих специалистов на Забайкальской железной дороге. Часто выезжал на различные станции с хирургической помощью. В Западном Забайкалье, в Республике Бурятия врач И. И. Алексеев прожил долгую и плодотворную жизнь. Он принимал активное участие в общественной жизни республики, обладая великолепными организаторскими способностями. Явился создателем профсоюза медицинских работников Бурятии. Организация «Всемедикосантруд» в Бурятии восходит к апрелю 1920 года, когда из города Иркутска было получено письмо такого содержания: «Все служащие и рабочие врачебно-санитарного дела организуются в свой профессиональный производственный союз (Всемедикосантруд)»<sup>1208</sup>. Первое организационное совещание состоялось 25 апреля в помещении Верхнеудинского приемного покоя Забайкальской железнодорожной

---

<sup>1206</sup> ГАРБ. — Ф.710. — Оп.1. — Д.6. —Л. 125.

<sup>1207</sup> ГАРБ. — Ф. 2. — Оп.2. — Д. 297. —Л. 6.

<sup>1208</sup> ГАРБ. —Ф. 80. — Оп.1. — Д. 6. —Л. 1.

больницы<sup>1209</sup>. 28 апреля состоялось первое собрание медицинских работников города Верхнеудинска. Третье общее собрание союза медицинских работников Прибайкалья состоялось 13 мая 1920 года. Первым председателем правления союза «Всемирномедсантруд» Бурятии был избран врач И.И. Алексеев. При этом он продолжал лечебную работу, проводил уникальные для тех лет операции, стремясь к постоянному повышению своей квалификации. Следует вспомнить, что в свое время Иван Иванович вернул в строй известного советского летчика Михаила Васильевича Водопьянова, потерпевшего авиационную катастрофу над Байкалом во время одного из сверхдальних перелетов. Случилось это 13 февраля 1933 года и М.В. Водопьянов был госпитализирован в Верхнеудинскую железнодорожную больницу на лечение в хирургическое отделение. 27 ноября 1935 года состоялось общее собрание коллектива железнодорожной больницы, был составлен протокол с ходатайством о присвоении звания «Героя труда» И. И. Алексееву, начальнику железнодорожной больницы. В протоколе указано: «Доктор Алексеев как хирург и общественник широко известен и популярен по всей Забайкальской дороге. За эти долгие годы благодаря опытному, внимательному, самоотверженному лечению доктором Алексеевым спасено много жизней, произведено более 25 тысяч всевозможных операций. Недаром с глубоким чувством благодарности вспоминает Герой Советского Союза летчик М.В. Водопьянов. И.И. Алексеев организатор и председатель союза Медсантруд города Верхнеудинска, член бюро врачебной секции». Но, однако, вопрос о присвоении почетного звания так и не был решен в вышестоящих органах власти.

В тяжелый период Великой Отечественной войны И.И. Алексеев продолжает руководить больницей. В 1942 году он награждается орденом Трудового Красного Знамени. В том же году И.И. Алексеев выступил через газету «Бурят-Монгольская правда» с инициативой: «...Вношу лично мне принадлежащие золотые вещи на постройку танковой колонны имени 25-й годовщины Красной Армии и призываю всех трудящихся Бурятии последовать патриотическому примеру наших предков эпохи Минина и Пожарского, отдавших все свои драгоценности на освобождение Родины от ненавистных иноземных захватчиков». Так, сохранилась квитанция № 1 от 13 января 1943 года Бурят-Монгольского Госбанка: «Принято от доктора Алексеева И.И. для фонда обороны страны разных ценностей, поименно выписанных на обороте квитанции. Сумма прописью 5782 руб. пять тысяч семьсот восемьдесят два рубля по ценам ювелирторга». В 1948 году И.И. Алексеев награждается орденом Ленина. Из Москвы 1 ноября 1949 года М.В. Водопьянов отправил телеграмму: «Душевно жму руку! Поздравляю славным юбилеем. Желая еще долгие годы служить делу

<sup>1209</sup> ГАРБ. — Ф. 80. — Оп.1. — Д. 21. — Л.12.



здравоохранения. Ваш Водопьянов». Но время берет свое и 2 ноября 1949 года И.И. Алексеев оставляет руководство больницей и переходит на должность врача-консультанта.

1 ноября 1954 года ему исполнилось 80 лет. За свою долгую жизнь им выполнено более 40 тысяч операций. Таким образом, Иван Иванович Алексеев проработал в Улан-Удэ 46 лет. Награжден двумя орденами Ленина, орденом Трудового Красного Знамени, медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Единственный из врачей Бурятии отмечен значком за № 19973 от 1 сентября 1943 года «Почетный железнодорожник СССР». Ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР». Общий врачебный стаж его составил 54 года. Умер 10 февраля 1963 года на 89-м году. Похоронен на городском кладбище Улан-Удэ.

#### **Приложение 4.**

##### Положение об оспопрививании в Забайкальском казачьем войске

##### §1

Для распространения в Забайкальском казачьем войске прививания предохранительной оспы, постановляются особые правила, сообразные местным обстоятельствам края и приспособленными к общему положению об оспопрививании.

##### I. Учреждение Оспенного Комитета.

##### §2

Оспенный Комитет Забайкальского казачьего войска учреждается в г. Чите при Войсковом Дежурстве.

##### §3

Комитет под председательством Наказного Атамана Забайкальского казачьего войска, составляется из Войскового Доктора, Старшего Члена Войскового Правления, Войскового Стряпчего, Старшего Священника в Чите и одного из находящихся там медиков.

##### §4

Предметы Оспенного Комитета определены ст. 578 т. 13 Свода Учреждений и Уставов врачебных, издания 1842 г. 1) Приведение в известность по всему Забайкальскому казачьему войску числа малолетних детей, у коих еще не было оспы и ведение им правильного счета. 2) Попечение, чтобы везде прививаема была предохранительная оспа всем детям без изъятия. 3) Снабжение прививателей свежою оспенною материей и удобнейшими для сего дела инструментами. 4) Наставление от медицинских чиновников желающим учиться оспопрививанию.

## §5

Сверх общих с другими Комитетами обязанностей Оспенный Комитет имеет попечение: 1) Об обучении оспопрививанию избранных для этого казачьих малолеток. 2) О приведении в общую известность надежных способов сохранять оспенную материю. 3) Об объяснении отличительных признаков оспы, по коим всякому можно оную распознать в случае появления ее на коровах. 4) О принятии приличных мер к уничтожению предрассудков против прививания предохранительной оспы, особенно между казаками Бурятских полков.

## §7

Оспенный Комитет Забайкальского казачьего войска подчиняется непосредственно Генерал-губернатору Восточной Сибири.

## §8

Комитет получая по форме, приложенной к ст. 581 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных, от подведомственных ему лиц полугодовые ведомости о числе людей, коим привита оспа, немедленно составлять общую ведомость и представлять Генерал-губернатору Восточной Сибири. По истечении каждого года Комитет представляет по той же форме ведомость за весь год, с донесением: об успехе оспопрививания, об оспенных случаях в течение года последовавших и принятых новых мерах к прекращению натуральной оспы. Общие годовые ведомости от Генерал-губернатора представлять Военному Министру.

## §9

Членам Оспенного Комитета на основании ст. 585 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных, не производится никакого особенного жалованья, но где успехи предохранительной оспы введены будут повсеместно, и натуральная оспа пресечется, там они имеют право на признательность Правительства, как сие означено в ст. 613 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных.

## §10

Переписка по Оспенному Комитету производится в Медицинское отделение Войскового Дежурства.

## II. Об оспопрививателях

## §11

Забайкальское казачье войско для оспопрививания разделяется на 6 округов, которые соответствуют разделению на бригады.

## §12

Бригадные Лекаря наблюдают за успешным распространением оспопрививания и для этого они должны объезжать вверенный каждому из них округ непременно один раз в каждую треть года, исполняя при таковых объездах и другие надобности.

## §13

При объездах Бригадные лекари обязаны: 1) Обращать внимание: а) Чтобы оспопрививатели имели у себя достаточный запас оспенной материи должного качества, а в случае недостатка или бездействия, своевременно доносили об этом. Б) Чтобы оспопрививатели исполняли должность свою с усердием и обходились с детьми и родителями их благосклонно и отнюдь не вымогали себе от последних никакой платы, о жалобах же жителей на оспопрививателей лекаря доносят Оспенному Комитету. 2) Удостовериться по станицам не существует ли где оспа на коровах. Относительно возобновления оспенной материи установлены следующие правила.

А) Если Бригадный лекарь откроет оспу на коровах, то обязан немедленно запастись достаточным количеством свежей материи и не только для себя и войсковых оспопрививателей своего округа, но и для прочих округов.

Б) Чтобы за коровью оспу не была принята ошибочно какая либо злокачественная коровья сыпь, то ни лекарь, а тем более войсковой оспопрививатель по снятии материи, не должны прививать ее людям прежде, чем она не будет привита здоровым коровам и пока лекарь по тщательному наблюдению и исследованию не удостовериться в действительности сей оспы.

В) По снятии оспенной материи и по удостоверении в ее качестве, лекарь обязан препроводить материал в некотором количестве к прочим Бригадным лекарям и в Оспенный Комитет.

Г) При представлении снятой материи в Оспенный Комитет лекарь объясняет подробно о сделанном над нею испытании и последствиях оногo.

Д) Оспенный Комитет по получении материи подвергает ее своему испытанию и о последствиях извещает по принадлежности.

Е) Оспопрививатели или кто-либо из жителей, заметив на коровах оспу, должны тотчас же донести своему начальству, которое со своей стороны, через нарочного извещает о том Бригадного лекаря, если только он от места появления оспы не далее 40 или 50-ти верстного расстояния. Если вблизи находящийся лекарь был другой бригады или даже другого ведомства, то и он по тому извещению обязан прибыть на место замеченной коровьей оспы немедленно для снятия и представления оспенной материи порядком, указанным в предыдущих пунктах.

Ж) Если же на расстоянии 40 или 50 верст от места замеченной оспы не будет медика, тогда Войсковое начальство того места уведомляет своего Бригадного Лекаря нарочным и до прибытия его, если окажется необходимым снять материю, то оспопрививатель при тщательном осмотре оспенных нарывов на коровах, вместе с людьми, знающими коровью оспу, должны снять материю на стеклышки в четырех экземплярах и запечатав оные оставить до прибытия лекаря в Сотенном или Батальоном Правлении. Лекарь по прибытии подвергает эту материю испытанию.

## §14

По окончании объездов Бригадные Лекари подробно доносят Оспенному Комитету: о замеченном ими по оспопрививанию; об успехах оного и тех мерах, какие признают за нужное принять к точному исполнению сего общепользительного дела.

## §15

Бригадный Лекарь представляет в Оспенный Комитет полугодовые ведомости о числе людей, коим привита предохранительная оспа на основании § 8 сего Положения.

## §16

На канцелярские расходы Бригадные Лекаря снабжаются Бригадными командирами по 10 рублей серебром из войсковых сумм, разъезды же по округам они производят на казачьих обывательских лошадях без платежа прогонов, для каковой надобности снабжаются открытыми листами из Бригадных Правлений.

## §17

Для прививания предохранительной оспы в каждом округе находятся войсковые оспопрививатели, подчинённые Бригадным медикам.

## §18

Войсковых оспопрививателей полагается: в полку – по шести, в батальоне – по четыре, в каждой сотне – по одному.

## §19

Выбор в войсковые оспопрививатели производится Полковыми и Батальонными командирами из казачьих малолеток неспособными к полевой службе по § 191 Положения Высочайше утвержденного 17 марта 1851 года, лишь бы они по свидетельству Бригадных медиков, были годны в оспопрививании и умели читать и писать по-русски.

Примечание. При выборе и назначении войсковым оспопрививателем должно иметь в виду бывших оспопрививателей Гражданского и Горного ведомств, поступивших ныне в состав казачьего войска.

## § 20

Выбранные из малолеток войсковые оспопрививатели должны быть обучены оспопрививанию у Бригадных Лекарей. Во время обучения они содержатся из суммы определяемых ежегодно на содержание лазаретов, исполняя в этом случае обязанности слушателей. Квартира им отводится у обывателей.

## § 21

Обязанности войсковых оспопрививателей заключаются в следующем:

1. Своевременно прививать оспу всем вновь родившимся детям и никак не позже трех месяцев и не ранее одного месяца после рождения, исключая, впрочем, особенные случаи, когда например: существование вблизи эпидемии

натуральной оспы и т.п., в которых может быть прививаема оспа и младенцам моложе 4-х недель. Прививание предохранительной оспы и снятие материи с младенцев, войсковые оспопрививатели должны производить при одном из ближайших казачьих начальников того места, где прививается оспа.

2. Привить предохранительную оспу всем взрослым обоюбого пола людям, на коих не было оспы, но чтобы таковым распоряжением не отнять времени у казаков в их домашнем быту и тем не расстроить хозяйственного их порядка, исполнение этой меры возлагать на Полковых и Батальонных командиров с тем чтобы они избрали самое удобное время для прививания оспы тем, которые ее не имели.

3. Сколько можно стараться иметь в запасе оспенную материю, снимая с детей, коим будет привита и сберегая от порчи по предписанным правилам.

4. Осведомляться по станицам нет ли оспы на коровах и если где окажется поступать по §13 сего Положения.

5. В особенности поставляется им в непременную обязанность обходиться с родителями детей, требующих привития оспы, как равно и с самими детьми ласково; приступать к оспопрививанию без пренебрежения и вести себя честно и благонаравно, дабы тем возбудить к себе должное доверие и уважение.

6. Если кто-либо из жителей будет уклоняться от прививания оспы своим детям и окажет в этом упорство, так, что меры убеждения и местного начальства будут недействительны, то обращаться к Приходскому Священнику (а у бурят к ламам), чтобы они сделали им свое увещание. Если же это не подействует, то доносить о том Бригадному Лекарю, который о всяком таком случае доводит до сведения Оспенного Комитета и ожидать разрешения.

7. В случае недостатка или бездействия оспенной материи, оспопрививатели должны немедленно доносить Бригадному Лекарю, который обязан немедленно снабжать таковой материей или в случае неимения у себя и у других оспопрививателей округа, доносить Оспенному Комитету, сделав вместе с тем сношение и с другими Бригадными Лекарями о доставлении материи, если таковая будет у них в достаточном количестве.

8. Доставляемые из Сотенных и Батальонных Правлений именные списки о вновь родившихся, они должны содержать в должной исправности и по мере привития значившимся в списке детям предохранительной оспы, неупустительно отмечать против каждого время привития оспы и последствия оногo, т.е. принялась она или нет и все ли имела признаки настоящей предохранительной оспы.

## § 22

Войсковые оспопрививатели пользуются следующими преимуществами:

- а) Во время нахождения в сих должностях применяясь к ст. 618 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных, они освобождаются от всех денежных и натуральных повинностей.
- Б) Согласно той же статье за труды по оспопрививанию им производится ежегодное жалованье по 17 руб. 14  $\frac{1}{4}$  коп. серебром и на канцелярские расходы по 5 руб. 71  $\frac{1}{2}$  коп. серебром в год каждому из суммы войсковых доходов.
- В) Оспопрививатели инструментом снабжаются на счет тех же сумм.
- Г) При разъездах по округам для оспопрививания на основании ст. 618 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных, дается по одной одноконной подводе от жителей безденежно, а во время пребывания в станицах вне жительства, отводится им обывательская квартира по очереди.
- Д) За усердие в оспопрививании, по представлению медиков испрашиваются им награды на общественном положении об оспопрививателях ст. 619 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных.
- Е) Срок службы оспопрививателям полагается 25 лет, но за это они не пользуются льготой.

### § 23

Независимо от войсковых оспопрививателей согласно ст. 593 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных, в Забайкальском казачьем войске прививают предохранительную оспу полковые и батальонные фельдшера, что также применяясь к ст. 593 тех же законов, дозволяется и всякому, кто по испытанию врачей признается, имеющим потребные для него сведения и получившие от них в том свидетельство. Лица эти обязаны прививать предохранительную оспу не иначе, как получаемую от Бригадных Лекарей материю и доносить им всегда о своих действиях по порядку в ст. 594, давая в тоже время знать об этом и местному войсковому оспопрививателю, для отметок в имеющихся у них именных списках согласно § 21 сего Положения.

### III. Обязанности Войскового Начальства по оспопрививанию

#### § 24

Наказной Атаман при объездах своих для осмотра войска обязан со своей стороны осведомляться об успехах оспопрививания, а в случае замеченных беспорядков и злоупотреблений, подвергать виновных ответственности по законам, давая знать всякий раз о замеченном Оспенному Комитету.

#### § 25

Войсковое Правление обязывается предписать всем Бригадным Правлениям, чтобы они приказывали Батальонным и Сотенным Правлениям ежегодно составлять на текущий год именные списки всем детям обоюбого пола, коим по каким-либо причинам оспа не была привита в указанном §21-м возрасте. Списки

передают тем войсковым оспопрививателям, которые будут назначены в каждом месте для оспопрививания.

#### § 26

Бригадные, Полковые и Батальонные командиры обязаны со своей стороны также иметь наблюдение за действиями оспопрививателей и за успехом оспопрививания, оказывая оспопрививателям возможное содействие, а в случае замеченных каких-либо беспорядков или ослабления оспопрививания доносить Оспенному Комитету.

#### § 27

Полковые и Батальонные и Сотенные командиры обязаны наблюдать, чтобы предохранительная оспа была привита всем взрослым обою пола людям, которые не имели оспы, и чтобы прививание оспы производилось в удобное время, согласно § 21-го сего Положения.

#### § 28

По распоряжению Батальонных и Сотенных командиров при прививании оспы и при снятии оспенной материи с младенцев должен присутствовать один из судей Батальонного и Сотенного Правлений, или по крайней мере заслуживающий доверия грамотный урядник того селения, где прививается оспа и вместе с оспопрививателями подписывать списки для удостоверения в действительном исполнении теми оспопрививателями, лежащей на них обязанности.

#### § 29

Местные священники к искоренению предрассудков, препятствующих распространению прививания предохранительной оспы, действуют на основании ст. 607, 608, 609, и 610 т.13 Свода Учреждений и Уставов врачебных (издан. 1842 г.)

Подлинное подписались: За Военного министра Генерал-адъютант Катенин.

### **Приложение 5.**

Биографии первых военных врачей из коренного бурятского населения в дореволюционный период Забайкалья

Нами установлено, что первым военным врачом европейской медицины из бурятской среды стал Базар-Садо Ямпиллов. Он родился в 1870 году в семье богатого бурятского крестьянина села Ульдурга (ныне с. Ульдурга Еравнинского района Республики Бурятия). Начальное образование получил в Онинском бурятском училище. Прочувшись, 2,5 года перевелся в Верхнеудинское уездное училище, затем в Читинскую гимназию. В 24 года получил аттестат зрелости. По

совету отца в 1894 году Б.-С. Ямпиров поступил на медицинский факультет Московского университета. Однако, окончив первый курс, перевелся в Юрьевский университет. Затем после второго курса перешел на 3-й курс Военно-медицинской академии Санкт-Петербурга в 1896 году. Причиной этих переводов являлось желание получить высшее медицинское образование в более широком объеме. Важно, что за него ходатайствовал войсковой наказной атаман Приамурских казачьих войск (Забайкальская область в этот период входила в состав Приамурского генерал-губернаторства).

Так в своем письме от 15 января 1896 года он отмечает: «Студент второго курса медицинского факультета императорского Юрьевского университета, из бурят Забайкальской области Базар-Садо Ямпиров, желая приобрести основательные медицинские познания, ходатайствует о переводе его в императорскую Военно-медицинскую академию, где преподавание медицинских наук поставлено в более лучшие условия, нежели в университетах. Не могу не отнестись вполне сочувственно по отсутствию во вверенном мне крае медиков из местных уроженцев, особенно среди бурятского населения вообще и среди казаков бурят в частности, где присутствие с основательной медицинской подготовкой могло бы парализовать нежелательную деятельность монгольских лам»<sup>1210</sup>. Эта поддержка, безусловно, имела и военно-политическое основание в целях укрепления российского влияния на востоке империи. В 1899 году, успешно окончив Военно-медицинскую академию, Б.-С. Ямпиров получил звание лекаря.

Вернувшись в Забайкалье, он стал работать городским врачом Верхнеудинска. В 1910 году Б.-С. Ямпиров служит старшим врачом I-го военного отдела Забайкальских казачьих войск в городе Троицкосавске<sup>1211</sup>. В последующие годы в чине надворного советника (подполковник) медицинской службы он работал в Березовском военном госпитале Западного Забайкалья. Данных о последующей деятельности к настоящему моменту, к сожалению, пока не найдены. Есть последняя справка из архива Республики Бурятия: «Отправившегося к месту командирования в город Канск, в Канский местный лазарет для исправления должности старшего врача, помощника главного врача Березовского военного госпиталя коллежского советника (полковник) Ямпирова по спискам полагать в командировке. Приказ по санитарной части Иркутского военного округа от 30 января 1916 г. за № 172 1, рапорт коллежского советника Ямпирова от 5 сего февраля за № 13»<sup>1212</sup>.

<sup>1210</sup> РГВИА. — Ф. 316. — Оп. 65. — Д. 155. — Л. 9, 15.

<sup>1211</sup> ГАРБ. — Ф. 261. — Оп. 1. — Д. 1179. — Л. 107 об.

<sup>1212</sup> ГАРБ. — Ф. Р-710. — Оп. 2. — Д. 2. — Л. 24.



Санжимитуп Будажапович Цыбыктаров является вторым военным врачом, выходящим из бурятской среды, окончившим императорскую Санкт-Петербургскую Военно-медицинскую академию, стал<sup>1213</sup>. Он родился 14 марта 1877 года в урочище Большой Луг Селенгинского округа Забайкальской области в семье потомственных казаков-бурят<sup>1214</sup>. Один год он проучился в Селенгинской русско-монгольской школе, затем отдан на трехлетнее обучение в Троицкосавское реальное училище. В 1891 году в возрасте 14 лет поступил в Читинскую мужскую гимназию. 31 мая, как это явствует из удостоверения, выданного Войсковым хозяйственным правлением Забайкальского казачьего войска, стипендиат Забайкальского казачьего войска С.Б. Цыбыктаров выехал в Санкт-Петербург, для поступления в императорскую Военно-медицинскую академию. На первый курс он был принят без экзаменов 1 сентября 1899 года. По существовавшему тогда положению стипендиат Забайкальского казачьего войска (1899-1903 гг.), а затем военного ведомства, должен был «по удостоении звания лекаря поступить на обязательную медицинскую службу в военное или морское ведомство по назначению начальства». В 1902 году С.Б. Цыбыктаров вернулся на родину и отбывал воинскую повинность в Акше и Кяхте<sup>1215</sup>. С 1907 по 1909 года он работает врачом в селе Большая Кудара Троицкосавского уезда. Как известно, по заключении Пекинского договора в 1861 году было открыто российское консульство в Урге (Улан-Батор, Монголия)<sup>1216</sup>. В 1909 году С.Б. Цыбыктаров по распоряжению правительства России был направлен в Монголию, для работы врачом консульства в Урге. Учитывая необходимость организации медицинской помощи для местного населения в октябре 1909 года российским консульством была открыта лечебница на окраине Урги. В ней удалось развернуть женское отделение, операционную палату, кабинет врача и комнату для аптеки. С.Б. Цыбыктарову для лечения приезжали не только монголы из отдаленных мест, но даже и земляки из соседнего Забайкалья. «Знание монгольского языка и быта имеет великое значение. К врачу Цыбыктарову обращаются не только жители Урги и окрестностей, но и лица влиятельные, ламы и даже тибетцы»<sup>1217</sup>. В тот

<sup>1213</sup> Батоев Д.Б. Доктор Санжимитэб Цыбыктаров в Бурятии и в Монголии. / Д.Б. Батоев, Д.А. Дугаржапова. — Улан-Удэ: «Новая Принт», 2017. — 153 с.

<sup>1214</sup> РГВИА. — Ф. 316. — Оп. 66. — Д. 608. — Л. 17.

<sup>1215</sup> Батоев Д.Б. Первый доктор Кяхтинских бурят / Д.Б. Батоев — Закаменск: Закаменская районная типография, 1998. — 84 с.

<sup>1216</sup> Батоев Д.Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. — начало 1960 гг.) / Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 2004. — С. 72.

<sup>1217</sup> Лапин С.В. Деятельность русских врачей в Монголии в 1898-1914 годах / С.В. Лапин // Советское здравоохранение. — 1962. — № 6. — С. 74.

период в Урге он принимал от 1100 до 1400 больных в месяц. В июне 1917 года он выехал в отпуск на 8 месяцев домой.

В Западном Забайкалье С.Б. Цыбыктаров принял активное участие в общественной жизни. Он избирается на должность Селенгинского бурятского аймачного тайши-комиссара. При этом он продолжает оказывать медицинскую помощь населению. Но, началась гражданская война. К моменту прихода в Забайкалье интервентов и войск атамана Семенова активизировались контрреволюционные местные силы, которые стали преследовать прогрессивных деятелей<sup>1218</sup>. В 1918 году С.Б. Цыбыктаров выехал в Монголию. И здесь он совместно с революционным комитетом активно участвовал в создании Монгольского народного государства<sup>1219</sup>. Врач С.Б. Цыбыктаров много раз встречался с Сухэ-Батором и Х. Чойболсаном. Он помогал овладевать им теорией марксизма, снабжал их политической литературой. Свидетельством тесной связи Ургинского революционного комитета с народно-революционной партией Монголии является, то, что наш врач передал Сухэ-Батору деревянную дощечку из кедра – бирку дружбы («эв мод») – с монгольской и русской надписями. Это был своеобразный пароль для перехода через границу в Россию. В феврале 1921 года Ургу заняли войска барона Унгерна. Начались расправы с политическими противниками, и врач С.Б. Цыбыктаров погиб<sup>1220</sup>.

## Приложение 6.

### Биография врача Константина Ивановича Легкова

Родился 20 мая 1877 года в местности Васильево Таврической губернии (ныне Херсонская область Украины), в семье священника. Отец был протоиереем Таврической губернии. Являлся большим сторонником народного просвещения, при этом занимаясь преподавательской деятельностью, организовывал на местах начальные (народные) школы для крестьян. Под влиянием отца Константин проходит учебу в духовной семинарии, которую окончил в 1897 году. Уже в этот период молодой человек принимает активное участие в преподавательской деятельности при народной школе отца<sup>1221</sup>. Выбирая, будущую профессию К. И. Легков мечтает стать врачом.

В дореволюционный период выпускников духовной семинарии многие высшие

<sup>1218</sup> Гирченко В.П. Этапы революционного движения в Бурятии 1917-1918 гг. (Хроника). — Улан-Удэ, 1927. — С. 36.

<sup>1219</sup> Улымжиев Д.Б. Нерушимая братская дружба советского и монгольского народов / Д.Б. Улымжиев — Улан-Удэ: БКИ, 1961. — 118 с.

<sup>1220</sup> Цыбыков Б. Разгром унгеровщины / Бурят-Монгол. Гос. науч.-исслед. ин-т культуры и экономики — Улан-Удэ: Бурмонгиз, 1947. — С. 82-83.

<sup>1221</sup> ГАРБ. —Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 2932. — Л. 2-2 об.

учебные заведения страны не принимали на обучение, за исключением Юрьевского и Томского университетов. Но, ехать в далекую Сибирь молодой человек не захотел. Таким образом, К. И. Легков оказался в городе Юрьев (ныне Тарту, Эстония), где поступил на медицинский факультет университета в 1897 году. Учился успешно, проявил себя, как способный и перспективный студент, успехи которого неоднократно отмечали преподаватели. В 1902 году он получил выпускное свидетельство врача. После практики в клинике, К.И. Легкову в 1903 году вручили диплом врача<sup>1222</sup>. По окончании университета К. И. Легков приглашен профессором Дегио на должность ассистента университетской медицинской клиники Юрьевского университета. По поручению директора клиники К.И. Легков вел практические клинические занятия со студентами.

Началась русско-японская война. К.И. Легков подал прошение о направлении его в действующую армию. 23 ноября 1904 г. он был призван на действительную службу и выехал на фронт. 24 декабря 1904 г. К.И. Легков прибыл в Харбин, в распоряжение полевого инспектора второй Маньчжурской армии<sup>1223</sup>. Участвовал в боевых действиях против японских войск (1904-1905 гг.), принимал непосредственное участие в Мукденском бою и организовал эвакуацию раненных и больных в тяжелейших условиях на Фушунской железнодорожной ветке с 19 февраля по 10 марта 1905 г. Эта ветка протяженностью 46 километров была проложена военными железнодорожниками Заамурской железнодорожной бригады с 1 октября 1904 года, проходила через угольный разрез до станции Фушун и предназначалась для подвоза угля на КВЖД (Китайско-восточная железная дорога).

К.И. Легков был назначен комендантом временного военно-санитарного поезда № 286 (эти поезда формировались в случаях нехватки полевых и тыловых военно-санитарных поездов), идущего из станции Тъелин (КВЖД) в Харбин в марте 1905 г., а 13 марта переведен младшим врачом на главный военно-санитарный поезд (подчинялся военно-окружному управлению войсками). 29 мая 1905 г. К.И. Легков назначен младшим врачом Туркестанского военно-санитарного поезда (19 ноября 1905 г. поезд был расформирован). К.И. Легков получил новое назначение – младший врач в 18-й Сибирский военно-санитарный поезд. 7 декабря 1905 г. он переведен старшим врачом во вновь сформированный Туркестанский военно-санитарный поезд, который 4 марта 1906 г. был повторно расформирован. 21 марта 1906 г. К.И. Легков вернулся в Юрьев<sup>1224</sup>. После письма А.Г. Легера с просьбой поработать в Верхнеудинском лазарете профессор К.К.Дегио дал хорошую характеристику К.И. Легкову и рекомендации выехать в Забайкалье.

<sup>1222</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп.1. — Д. 2932. — Л. 2.

<sup>1223</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 2932.— Л. 3.

<sup>1224</sup> ГАРБ. — Ф. 10.— Оп. 1. — Д. 2932. — Л. 4-5.

Итак, приказом по Забайкальской области за № 820 от 7 марта 1908 г., К.И. Легков утвержден в должности помощника главного врача Верхнеудинского лазарета Красного Креста имени ее Императорского величества государыни императрицы Александры Федоровны с правом государственной службы<sup>1225</sup>. Приказ определял должность старшего ординатора лазарета и оклад, согласно табеля о рангах. На одной территории с лазаретом находилась Верхнеудинская Община сестер милосердия. Сестры были прикомандированы к лазарету и работали в нем. С 1910 г. К.И. Легков заведовал курсами сестер милосердия и до 1917 г. Активно занимался преподавательской деятельностью. В 1911 г. При Верхнеудинском лазарете были открыты дополнительные курсы сестер милосердия<sup>1226</sup>.

С началом первой мировой войны А.Г. Ледер вместе с сестрами милосердия выехал на фронт. К сожалению, его дальнейшая судьба неизвестна. 31 марта 1912 г. Приказом военного губернатора Забайкальской области К.И. Легков назначен главным врачом Верхнеудинского лазарета. Сам приказ № 1979 утвержден и датирован 15 мая 1912 г. С 1 апреля 1912 г. Он становится старшим врачом Верхнеудинской общины сестер милосердия РОКК<sup>1227</sup>. Кроме врачебной и преподавательской деятельности, К.И. Легков принимал активное участие в общественной жизни города.

Таким образом, он «был утвержден в должности Верхнеудинского городского головы<sup>1228</sup> на четырехлетие с 1915 года. Приказ военного губернатора Забайкальской области от 23 мая 1915 года за № 615 с оставлением в должности главного врача лазарета Красного Креста»<sup>1229</sup>. На этом посту он продолжает плодотворную общественную деятельность: организует Мужскую частную гимназию, Торгово-промышленную школу, 2-е Высшее начальное училище и ряд начальных училищ. Самое активное участие он принимал в деятельности Попечительского Совета женской гимназии, в которой работал выполнял функции школьного врача на безвозмездной основе. Также К.И. Легков являлся председателем Попечительских Советов мужской гимназии и Торгово-промышленной школы. Он хлопотал об открытии в Верхнеудинске профессиональной женской школы, однако реализовать эту идею тогда не удалось. Эти школы в начале XX века в системе женского профессионального образования предназначались для обучения разным отраслям женского труда, в том числе и

<sup>1225</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп.1. — Д. 2932. — Л. 6.

<sup>1226</sup> ГАРБ. — Ф.101. — Оп.1. — Д. 6. — Л. 24. — Д. 7. — Л. 8-21.

<sup>1227</sup> ГАРБ. — Ф.10. — Оп. 1. — Д. 2932. — Л. 8.

<sup>1228</sup> Лаптева Л.Е. Региональное и местное управление в России: вторая половина XIX в. / Л.Е. Лаптева; Академ. правовой ун-т при Ин-те государства и права РАН. — Москва: ИГПАН, 1998. — С. 78.

<sup>1229</sup> ГАРБ. — Ф. 10. — Оп. 1. — Д. 2932. — Л. 9.

среднего медицинского персонала, но их было очень мало.

К.И. Легков был инициатором организации открытия остро-заразного отделения при Верхнеудинской городской гражданской больнице, что в сложившейся в тот период сложной эпидемиологической ситуации имело очень важное значение. При нем в Верхнеудинске начал функционировать родильный приют. Предпринятые меры по улучшению медицинского обслуживания населения свидетельствуют о профессиональной компетентности, понимании приоритетных проблем регионального здравоохранения и практической направленности деятельности врача К.И. Легкова. Также он начинает постройку Дома Трудолюбия. В годы первой мировой войны в этом здании расположился сыпнотифозный барак. К.И. Легков стал организатором строительства нового здания Верхнеудинского лазарета Красного Креста. Он принимал активное участие во всех проводившихся в городе благотворительных мероприятиях.

К.И. Легков имел государственные награды – ордена и медали (Св. Станислава 3 ст., Св. Анны 3 ст., Св. Анны 2 ст., медаль Красного Креста в память русско-японской войны 1904-1905 гг., медаль в память русско-японской войны, серебряную медаль за спасение погибавших, светло-бронзовую медаль в память 300-летия царствования Дома Романовых, орден Св. Владимира 4 ст., знак 2 ст. – Общества повсеместной помощи пострадавшим на войне солдатам и их семьям). Был награжден знаком Красного Креста «за усердную деятельность в пользу Общества Красного Креста по Верхнеудинскому местному управлению особенно проявленную во время пожара лазарета от 12 февраля 1909 года», а 12 февраля 1915 г. - «светло-бронзовой медалью для ношения на груди на ленте за отличное выполнение всеобщей мобилизации 1914 года»<sup>1230</sup>.

18 сентября 1916 г. К.И. Легков подал прошение об увольнении его с должности главного врача Верхнеудинского лазарета Красного Креста и призывается на военную службу<sup>1231</sup>. По имеющимся данным не совсем понятны мотивы принятого решения. Соответственно он начинает работать младшим ординатором Березовского военного госпиталя, который находился на станции Дивизионная (пригород Верхнеудинска), а в декабре 1916 г. – в должности старшего врача Войсковой казачьей больницы г. Акши (ныне районный центр Забайкальского края). После событий февральской революции К.И. Легкова на общем собрании избирают Председателем Акшинского уездного исполнительного комитета. Но, он выезжает в город Верхнеудинск. Так, с апреля 1917 г. К.И. Легков работает старшим ординатором Березовского военного госпиталя и одновременно вновь состоит на должности главного врача Верхнеудинского лазарета Красного

<sup>1230</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп.1. – Д. 2932. – Л.2-3.

<sup>1231</sup> ГАРБ. – Ф. 10. – Оп.1. – Д. 2932. – Л. 11.

Креста. С февраля 1918 г. он работает врачом Верхнеудинского кооператива, а в сентябре 1918 г. его снова призывают на военную службу, и он трудится в Березовском военном госпитале.

В период революционных событий К.И. Легков принял сторону большевиков. Был председателем Верхнеудинского медико-санитарного съезда (1918 г.). Его назначают председателем Верхнеудинской уездной санитарно-исполнительной комиссии, а затем – представителем санитарной части Красной Армии. В начале сентября 1918 г. советская власть в Забайкалье была свергнута.

После образования ДВР, К.И. Легкова назначают начальником Прибайкальского районного управления здравоохранения. Подотдел здравоохранения Забайкальской области 22 апреля 1920 г. был реорганизован в районный отдел здравоохранения (впоследствии переименован в областной отдел – Облздравотдел)<sup>1232</sup>. В приказе № 17 Минздрава ДВР от 26 мая 1920 г. говорится: «Врач Легков Константин отстраняется от несения обязанностей заведующего Прибайкальским отделом здравоохранения сего числа. Министр здравоохранения ДВР Петров<sup>1233</sup>». К.И. Легков направлен на Читинский фронт в качестве дивизионного врача. После того как Красная Армия освободила Читку, его перевели на должность главного врача Березовского военного госпиталя (17 ноября 1920 г.)<sup>1234</sup>. В 1921 г. К.И. Легков – председатель врачебно-административного съезда, созванного в Чите по инициативе Минздрава ДВР.

С 21 марта 1921 г. К.И. Легков назначается начальником Верхнеудинского районного эвакуоуправления. Однако 2 сентября 1921 г. его переводят уполномоченным Минздрава ДВР, ответственным за хранение медимущества аптечной базы Центрального склада, находящегося в Верхнеудинске. «Для выяснения наличности аптечной базы назначается комиссия в составе: председатель врач К.И. Легков и члены – врач Г.М. Берлинский, один фармацевт по назначению от Облздрава и один – от Начэвака. Работы произвести в порядке экстренности, сообщая телеграфно трехдневными сводками о количестве принятого имущества. Подпись зам. Министра Г.А. Левинсон».

В ноябре 1921 г. К.И. Легков переводится на должность начальника Забайкальского Военно-санитарного округа<sup>1235</sup>. В мае 1922 г. его назначили помощником начальника Главного военно-санитарного управления Народно-революционной армии (НРА), а в ноябре при слиянии ее с частями 5-й Красной армии – помощником начальника санитарной части переименованной 5-й

<sup>1232</sup> История Бурятской АССР в 2-х т. / Ред. коллегия: П.Т. Хаптаев (глав. ред.) и др. — Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 1959. — Т. 2. — С. 40-43.

<sup>1233</sup> ГАРБ. — Ф. Р-92. — Оп. 2. — Д. 5. — Л. 47.

<sup>1234</sup> ГАЗК. — Ф. Р-1144. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 1.

<sup>1235</sup> ГАЗК. — Ф. Р-1144. — Оп. 1. — Д. 3. — Л. 65.

Краснознаменной армии. Находясь в Чите, К.И. Легков принимал активное участие в организации медицинской помощи местному населению. Также он был редактором периодической санитарной газеты «Здоровье красноармейца» и медицинского журнала Забайкальского общества врачей<sup>1236</sup>. В ноябре 1922 г. Вышел первый номер этого журнала, и в нем была опубликована статья К.И. Легкова «Плоды народной темноты». (В дальнейшем он написал ряд статей научного и санитарно-гигиенического характера).

Годы гражданской войны принесли в Забайкалье дополнительные для врачей проблемы и заботы. Главным направлением стала борьба с инфекционными болезнями. В 1921 г. Во время эпидемии чумы в Забайкалье и Маньчжурии К.И. Легков выпустил специальную брошюру и листовку о данном заболевании. Борьба с ней осложнялась тем, что ДВР не располагала достаточным количеством врачей и материальных средств. В 1922 г. К.И. Легков возглавлял противочумной отряд в поселке Харанор (Забайкальский край). Условия работы были предельно тяжелыми. Возможность заражения была велика, поэтому доктор Легков, помощник лекаря Павлов и санитар Родыгин отошли от всех контактов и вели исследование привезенного материала в полной изоляции<sup>1237</sup>. Противочумная бригада, выполнив задание, благополучно вернулась в Читу. На Читинском фронте К.И. Легков организовал и провел курсы для санитаров. В 1922–1923 гг. Он открыл в Чите «повторительные» курсы для ротных фельдшеров и сестер милосердия военного госпиталя, поскольку понимал, что в периодическом повышении квалификации заложено качество медицинской службы. С частями Красной Армии К.И. Легков отправился на восток России.

В июне 1923 г. во Владивостоке он демобилизовался. К.И. Легков участвовал в боевых действиях против белой армии, был лично знаком с В.К. Блюхером. По рекомендации командарма И.П. Уборевича был назначен главным врачом Приморской губернской больницы. И на этом посту К.И. Легков принимал активное участие в организации государственной медицинской помощи местному населению. Актуальной проблемой оставался дефицит квалифицированных специалистов на местах. В конце 1923 г. он участвовал в создании и открытии фельдшерско-акушерского техникума и являлся лектором кафедры диагностики, частной патологии и терапии. Также он был избран в Бюро врачебной секции Медсантруд. В том же, 1923 г., К.И. Легков создал «повторительные курсы» для санитаров при Приморской губернской больнице, которые успешно работали до

<sup>1236</sup> Цуприк Р.И. 100 лет со дня организации Забайкальского общества врачей (1893-1923 гг.) / Р.И. Цуприк // Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 год. — Чита, 1993. — С. 6-12.

<sup>1237</sup> Голубинский Е.П. О чуме в Сибири / Е.П. Голубинский, И.Ф. Жовтый, Л.Б. Лемешева — Иркутск, 1987.: Изд-во Иркутского университета. — С.48.

1926 г. С 1925 года он по поручению врачебной секции Медсантруд организует санитарно-гигиенические и лечебно-диагностические мероприятия среди юных пионеров. В 1937 г. К.И. Легков вышел на пенсию, продолжал жить и работать во Владивостоке, состоял на военном учете Приморского Облвоенкомата. В его военном билете имеются регулярные отметки о том, что он прошел очередной военный учет. Последняя запись сделана 8 февраля 1938 г.: «Снят с учета за достижением предельного возраста». В это время ему шел 61 год, и он по-прежнему проживал во Владивостоке и работал главным врачом Водздрава.

15 июля 1938 г. К.И. Легков арестован Приморским областным Управлением Народного Комиссариата Внутренних Дел: «...будучи враждебно настроен к советскому строю проводил изменческую шпионскую деятельность в пользу фашистской Германии...». В соответствии с Уголовным кодексом РСФСР преступление квалифицировалось по ст. 58-1а. (Измена Родине: расстрел с конфискацией имущества или 10 лет с конфискацией имущества). К.И. Легков содержался под стражей во Владивостокской тюрьме. 21 ноября 1938 г. Военным трибуналом Тихоокеанского флота (ТОФ) в ходе закрытого судебного заседания было установлено, что «обвиняемый Легков в мае месяце 1936 года установил связь с представителем иностранного консульства во Владивостоке, стал посещать квартиру последнего. Будучи враждебно настроенным, к совласти, Легков в декабре месяце 1936 года дал согласие вести шпионскую работу в пользу иностранного государства»<sup>1238</sup>.

Таким образом, он был приговорен к высшей мере наказания – расстрелу, с конфискацией личного имущества. Военная коллегия Верховного суда СССР, рассмотрев 11 марта 1939 г. кассационную жалобу К.И. Легкова на приговор Военного трибунала ТОФ от 21 ноября 1938 г. определила: «...не усматривая по обстоятельствам дела необходимости применения к осужденному Легкову расстрела, таковой заменить 15 годами лишения свободы в ИТЛ, с поражением в политических правах на 5 лет, с конфискацией всего лично ему принадлежащего имущества»<sup>1239</sup>.

Относительно года возвращения К.И. Легкова нет единого мнения. Так, его дочь, Татьяна Константиновна Дрокина, вспоминала: «Отец вернулся ко мне в 1954 году. Ему уже было 77 лет. Он работал на лесоповале Тайшета. Здоровье было плохое. Очень дружно жили, но он умер в 1958 году. Его похоронили на городском кладбище в Улан-Удэ в 1958 году. Никогда отец не говорил мне, за какие проступки сидел в тюрьме»<sup>1240</sup>. Возможно, что Константин Иванович, понимая сложившуюся в стране политическую ситуацию и желая оградить своих

<sup>1238</sup> Архивная справка ФСБ по Приморскому краю № 78/14/17 от 08.07. 2014 г.

<sup>1239</sup> Архивная справка ФСБ по Приморскому краю № 78/14/17 от 08.07. 2014 г.

<sup>1240</sup> Личный архив диссертанта.



близких, не рассказывал об истинных причинах его ареста во Владивостоке. По данным заведующего терапевтическим отделением Областной больницы Бурят-Монгольской Автономной Советской Социалистической Республики в Верхнеудинске (Улан-Удэ) М.В. Танского<sup>1241</sup> (1869-1962 гг.), К.И. Легков вернулся домой из Магадана. 11 июня 1955 г. Военная коллегия Верховного суда СССР, пересмотрев материалы следственного дела, определила: «...приговор Военного трибунала Тихоокеанского флота от 21 ноября 1938 года и определение Военной коллегии Верховного Суда СССР от 11 марта 1939 года в отношении Легкова Константина Ивановича отменить и дело прекратить за недоказанностью обвинения..., Легкова К.И. из-под стражи освободить»<sup>1242</sup>.

### Приложение 7.

#### Биография первого врача-бурята Восточного Забайкалья с европейским образованием Лыксок Жабэ

Родился в селе Догой Цугольской волости Читинского уезда Забайкальской области в 1881 году. Точную дату рождения Л. Жабэ по документам, к большому сожалению, определить не представилось возможным, но, по некоторым сведениям, он родился в начале зимы. В дореволюционный период буряты не отмечали дни рождения. И вот мы предполагаем, что врач Л. Жабэ родился в декабре 1881 года.

Отец Лыксока Жабэ был купцом второй гильдии, занимался коммерческой деятельностью не только в Забайкалье, но и за рубежом. Безусловно, тогда он был высокообразованным интеллигентным человеком. У него было два сына. Старший Цыренжаб и младший Лыксок. Отец мечтал, чтобы младший Лыксок стал религиозным деятелем – ламой. В дореволюционный период в бурятских улусах существовал обычай, по которому каждая семья должна была отдать одного сына в монастырь (дацан). Юноша становился хувараком – дацанским служкой. Это и определяло его дальнейшую судьбу. Вот по этому обычаю младший сын Лыксок стал послушником в одном из местных дацанов. При этом с детства он рос довольно любознательным мальчиком. В тот период в улусе жил один старик, который знал старомонгольскую письменность. За короткое время мальчик научился у него читать и писать по – старомонгольски и проявил интерес к тибетской письменности. Старый учитель его, видимо, был человеком прогрессивных взглядов. Он и посоветовал Лыксоку поступить в Читинскую дошкольную гимназию. После неоднократных просьб отец согласился и увез его в

<sup>1241</sup> ГАРБ. — Ф. Р-1778. — Оп.1. — Д. 38. — Л.246.

<sup>1242</sup> Архивная справка ФСБ по Приморскому краю № 78/14/17 от 08.07. 2014 г.

Читу. Но окончить гимназию ему так и не пришлось. Однажды родители все-таки забрали Лыксока из гимназии и отдали на учебу в дацан. Но, монастырская жизнь, богослужения не нравились Лыксоку. Он несколько раз убегал из дацана, но его вновь возвращали, предварительно жестоко наказав. Но, вскоре он все-таки добрался до самого Петербурга.

В Петербурге в то время жили и работали видные бурятские ученые, профессора Ц. Жамсарано и Б. Барадин. Они и помогли ему устроиться на работу переписчиком у профессора Щербацкого и поступить на общеобразовательные курсы Черняева. Кроме того, Лыксок делал переводы старомонгольских текстов на русский язык. Вот, где пригодились его знания. Живя в Петербурге, он получил два документа: удостоверение общеобразовательных курсов Черняева и свидетельство Высшей вольной школы профессора Петра Францевича Лесгафта. Таким образом, он стал студентом Юрьевского университета со 2-го семестра, имея документ об окончании этой программы. В Санкт-Петербурге Лыксок Жабэ встретился со своим известным земляком П.А. Бадмаевым и тот поддержал начинания молодого человека.

Безусловно, ему помогал деньгами и отец, приняв его мечту стать врачом. Иногда он заезжал в Санкт-Петербург, чтобы встретиться с сыном. Лыксок Жабэ жил в Санкт-Петербурге на Большой Спасской улице дом № 1, квартира 31. После курсов Лесгафта Лыксок Жабэ пытался поступить в самом Петербурге, но администрация даже не допустила его к экзаменам. Возможно, потому что он не имел аттестата об окончании гимназии. В 1908 году в г. Юрьеве (ныне город Тарту) были открыты «Частные университетские курсы естественных и медицинских наук» при Юрьевском университете. Надо заметить, что открывшиеся в 1908 году частные курсы имели в своей основе демократическое, довольно смелое по тогдашним временам направление. Вот некоторые извлечения из «Правил Юрьевских частных университетских курсов естественных и медицинских наук»:

1. Курсы учреждаются с целью научного образования лицам обоего пола по предметам естественного и медицинского факультета университета;
2. Курсы разделяются на два факультета: а) естественно – исторических и б) медицинских наук;
3. Объем, порядок и программа преподавания соответствует таковым же, как при естественном и медицинском факультетах Юрьевского университета;
4. Учебный год разделяется на два семестра: осенний и весенний;
15. В слушатели курсов принимаются лица обоего пола с 17-летнего возраста с учебным цензом средних учебных заведений. Совет курсов сохраняет за собою право принимать в число слушателей и лиц с домашним образованием или с образованием ниже среднего после проверочного испытания.

20. Принятые на курсы слушатели по взносу полугодовой платы получают билет для входа на лекции.

По распоряжению министра народного просвещения слушатели и слушательницы Юрьевских частных университетских курсов, получившие выпускные свидетельства, допускались к экзаменам на звание лекаря в государственных испытательных комиссиях. Отсрочки от воинской повинности не давали.

Первым директором частных университетских курсов был профессор М.И. Ростовцев. 26 октября 1909 года Л. Жабэ обращается директору курсов с прошением: «Желая получить высшее медицинское образование с тем, чтобы в будущем прийти на помощь своему родному народу, имею честь покорнейше просить Вас, господин профессор, принять меня в число слушателей заведываемых вами курсов – по медицинскому факультету на 2-1 весенний семестр». Для поступления им были представлены следующие документы: а) удостоверение, что ему привита предохранительная оспа; б) удостоверение общеобразовательных курсов Черняева в С.-Петербурге; в) удостоверение о политической благонадежности, выданной военным губернатором Забайкальской области 9 апреля 1910 г.; г) свидетельство Высшей вольной школы профессора Лесгафта; д.) две фотографические карточки; е) бессрочная паспортная книжка и 50 рублей в виде платы за обучение.

В 1910 году уже семья Лыксока Жабэ выехала в город Юрьев, поселилась в квартире, нанимая 2 комнаты. Таким образом, 11 января 1910 года Л. Жабэ стал слушателем Юрьевских курсов со второго семестра. Он обращается в Совет профессоров Юрьевских частных университетских курсов с прошением: «Имею честь покорнейше просить Совет профессоров зачесть мне первый семестр, ибо я соответствующие предметы прослушал в Санкт-Петербурге в бывшей Вольной Высшей школе профессора П.Ф. Лесгафта. При сем Прошении прилагаю свидетельство от Высшей Вольной школы, выданное мне 5 апреля 1907 года за № 1. Лыксок Жабэ». На прошении наложена резолюция: - «Зачтено».

Учился он прилежно. Учебу совмещал с работой на платной должности лаборанта. Однако, несмотря на это, постоянно испытывал материальные затруднения. Так, в одном из прошений Лыксок Жабэ пишет: «Покорнейше прошу Совет профессоров допустить меня на лекции, а также и на практические занятия в текущем семестре. Плату за право учения сейчас внести не могу за неимением денег, но жду перевода из дома». На прошении мы видим резолюцию: «До 1-го февраля. Внесено 59 руб». 24 сентября 1911 года Л.Жабэ вновь обращается с прошением: «Вследствие плохого состояния моего здоровья, которое, нуждается в систематическом лечении, я не имею возможности правильно посещать занятия, почему покорнейше прошу Совет профессоров предоставить мне отпуск на осенний семестр 1911 года». Л. Жабэ. г. Юрьев, ул.

Промышленная, дом 4 кв. 3. На прошении наложена резолюция: - «Удовлетворить. 26 сентября 1911 г».

Но, 9 апреля 1912 года Л. Жабэ снова обращается: «Вперед до окончания этого весеннего семестра я имел в виду сдать весь полукурсовой экзамен для перехода с будущего осеннего семестра на 3-й курс, и сейчас осталось у меня сдать еще экзамены по зоологии, физике, сравнительной анатомии, ботанике, фармации, физиологии. Для сдачи оставшихся этих экзаменов мне требовалось бы пробыть здесь до самого конца семестра, и я вполне надеюсь сдать все эти экзамены. Между тем за последнее время с наступлением весны я стал чувствовать, что здоровье мое значительно расстроилось, так как мне с трудом вообще приходится переносить здешний климат. Кроме того, мною получено известие, что один из членов моей семьи серьезно заболел, и я морально и юридически обязан оказывать помощь своим присутствием. Вследствие этих неблагоприятно сложившихся для меня обстоятельств, имею честь, покорнейше просить Совет профессоров разрешить мне переход с будущего осеннего семестра на 3-й курс с тем условием, чтобы сдать оставшиеся полукурсовые экзамены в течение осеннего семестра». Слушатель Лыксок Гончик-Жабэ. На прошении наложена резолюция: - Разрешить с условием сдать их в зачете сентября 1912 г».

Необходимо отметить, что плата за учебу была довольно высокой. Так, например, Лыксок Жабэ уплатил за 7-й семестр 1913 года 71 руб. и за 9 и 10 семестры 1914 года – 150 рублей. Дважды – в 1911 и 1912 годах, он из-за плохого здоровья вынужден был брать краткосрочные отпуска. И вот, наконец, пять лет учебы были позади. 1 июня 1915 года Лыксок Жабэ получил выпускное свидетельство. В нем указано: «Настоящее свидетельство видом на жительство служить не может. Поэтому этот документ только давал право пройти испытания на звание врача»<sup>1243</sup>. Надо полагать, еще в студенческие годы Лыксок Гончикжапов стал называть себя Лыксок Жабэ, чтобы было проще общаться со слушателями университета. Но, в выпускном свидетельстве написано: «Гончик-Жапов Лыксок». Так в последующей медицинской и общественной деятельности врач стал называться Лыксок Жабэ.

Таким образом, изучая архивные документы, приходим к выводу, что получить высшее медицинское образование в дореволюционной России было довольно непросто. Во-первых, необходимо было иметь аттестат об окончании гимназии. При поступлении прилагался ряд документов, начиная от наличия предохранительной прививки от натуральной оспы и далее справки о политической благонадежности. Безусловно, все это было необходимо. Учеба

<sup>1243</sup> Тумунов Ж.Т. Очерки из истории Агинских бурят / Ж.Т. Тумунов — Улан-Удэ: Бурятское книжное издательство, 1988. — С. 67-68.

была платной и суммы по семестрам были достаточно внушительные и даже сыну, в общем-то, далеко не бедного человека в Забайкалье не всегда удавалось вовремя внести оплату. Но, при этом руководство курсов идет на встречу и тем самым способствует в получении выпускного свидетельства.

Это может ярко характеризовать Лыксока Жабэ, как успевающего, благонадежного студента. И, самое главное, выходец из национальной среды, знающий актуальные медицинские проблемы своего народа не понаслышке и имеющий принципиальное желание организовать доступную квалифицированную медицинскую помощь на родине, стал врачом дореволюционной России.

### Приложение 8.

#### Положение о министерстве здравоохранения ДВР

Министерство здравоохранения есть высшее государственное установление, объединяющее и руководящее всем медико-санитарным и ветеринарным делом ДВР.

Целью своей деятельности министерство здравоохранения имеет:

- а) Проведение в жизнь в соответствии с состоянием науки широких оздоравливающих санитарных мер во всех отраслях народной жизни.
- б) Борьбу с заразными болезнями.
- в) Предоставление населению общедоступной, бесплатной медицинской и ветеринарной помощи.
- г) Осуществление монополизации медико-ветеринарно-фармацевтических учреждений (лечебницы, аптеки, лаборатории, бактериологические институты, курорты и проч.) и проведение в жизнь милитаризации медико-ветеринарных работников.
- д) Развитие профессионального, медицинского, ветеринарного и фармацевтического образования и рост общего санитарного просвещения народа; борьба со знахарством.
- е) Развитие техно-химическо-фармацевтической промышленности государственной и частной.

Министерство здравоохранения составляет:

- а) Министр здравоохранения и его товарищи.
- б) Медицинский и Ветеринарный Советы.
- в) Главное военно-санитарное управление.
- г) Главное Ветеринарное управление с двумя частями: военной и гражданской.
- д) Отделы министерства и управление делами.
- е) Местные учреждения здравоохранения.

В составе министерства состоят следующие отделы:

1. Лечебный.
2. Санитарно-эпидемиологический.
3. Лечебных местностей.
4. Медицины путей сообщения.
5. Государственной медицинской экспертизы.
6. Охраны материнства и детства.
7. Фармацевтический.
8. Санитарно-просветительный.
9. Общего снабжения.
10. Финансовый.
11. Статистический.
12. Санитарно-технический.
13. Управление делами.

## **Приложение 9.**

### Биография Николая Михайловича Серкова

Родился в 1876г. в рабочем поселке (р.п.) Преображенский завод Оренбургской губернии (ныне г. Зилаир республики Башкортостан) в семье купца. В 1907 г. поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета, успешно окончив его в июне 1913 г. По окончании был направлен в Америку, где с осени 1913г. до июля 1914г. занимался научной работой в Бостонском и Мичиганском университетах.

С началом Первой мировой войны вернулся в Москву, где сразу был мобилизован и отправлен на фронт в должности старшего врача 26-го санитарного батальона под Перемышль. В этой должности принимал участие в боевых действиях на фронте до лета 1916г., затем был переведён в четвёртый Андреевский Российский полк на должность старшего врача полка, в которой в дальнейшем находился на боевых позициях. После Февральской революции 1917г. переведён на службу в Москву, где назначен старшим ординатором Московского Генерального военного госпиталя.

В феврале 1918г. вышел в отставку и уехал из Москвы в р.п. Преображенский завод Оренбургской губернии к престарелым родителям. В посёлке, по разрешению Военно-Революционного Комитета, приступил к врачебной работе. В марте 1918г. по желанию сельского схода и решению местного Революционного комитета приступил к организации Преображенского кооператива, который к маю был создан. На общем собрании Николай Михайлович был избран членом правления и заместителем председателя с возложением на него функций заведующего торговым, медицинским и культурно-просветительным отделами кооператива.

В августе 1919г. командирован правлением в Сибирь, для заключения договоров на поставку учебных пособий и медикаментов, а также для налаживания контактов с сибирскими и дальневосточными кооперативными организациями. Но, в пути, из-за заболевания возвратным тифом, в конце октября 1919г. госпитализирован в лазарет Красного Креста города Верхнеудинска (Улан-

Удэ), где проходил стационарное лечение в течение 8 недель, а затем лечился амбулаторно до 1 марта 1920г., проживая на съёмной квартире. 2 марта 1920 г., после взятия Верхнеудинска Народно-революционной армией, под командованием Н.С. Калашникова, Н.М. Серков был зарегистрирован и поставлен на учёт, как врач, начальником санитарной части армии В.В. Вазиным, а по прибытии в город начальника Главного Санитарного Управления (ГлавСанУпр) Ф.Н. Петрова мобилизован в Народно-революционную Армию и назначен помощником главного врача Берёзовского военного госпиталя.

Но, приказом № 41 от 6 апреля 1920 года «Помощник Главного врача Березовского военного госпиталя Серков Николай в виду слабости здоровья переводится на должность старшего ординатора Верхнеудинского местного хирургического лазарета (лазарет Красного Креста)»<sup>1244</sup>. Лазарет к тому времени был частично разрушен каппелевскими войсками, разграблен и переполнен тифозными и обмороженными больными, вследствие чего ГлавСанУпр поручило персоналу госпиталя (врачам Клейну, И.И. Алексееву и Н.М. Серкову) привести медучреждение в должное состояние, соответствующее клиническому профилю, «ввиду его большого значения для Народной Армии Дальневосточной республики (ДВР)». За успешное выполнение задания вышеуказанным врачам в начале мая 1920 г. была объявлена благодарность приказом по Главному Санитарному Управлению Народной Армии ДВР.

В 1922 г. Н.М. Серков открыл и возглавил 1-ю Прибайкальскую кумысолечебницу. Она располагалась в 6 верстах от Верхнеудинска в живописном месте Верхняя Берёзовка и имела в своём составе кроме санаторных корпусов амбулаторию, химическую и бактериологическую лаборатории и солярий. Благодарные пациенты не раз ходатайствовали о присвоении лечебнице имени Николая Михайловича Серкова, но этого не случилось. 23 сентября 1923 г. он, без предъявления обвинения, был арестован по месту своего проживания в Верхнеудинске, в доме № 3 по улице Соборной. 5 октября 1923 г., при допросе его сотрудником контрразведки Прибайкальского губотдела ГПУ, Н.М. Серкову было предъявлено обвинение в контрреволюционной деятельности.

22 февраля 1924 г., несмотря на непризнание им вины, заседанием Комиссии НКВД был вынесен приговор о «заключении Н.М. Серкова в концлагерь» по 58-й статье, однако, как говорилось в постановлении, «принимая во внимание большую нужду Сибири в санаторных специалистах», концлагерь был заменён «высылкой через Объединенное государственное политическое управление (ОГПУ) в Сибирь». Вот так: «Из Сибири в Сибирь». К сожалению, больше сведений о Николае Михайловиче Серкове пока нет. 25 апреля 1994 г. Решением

<sup>1244</sup> ГАРБ. — Ф.Р—353. — Оп.1. — Д. 1. — Л. 12.

Прокурора Республики Башкортостан он был полностью реабилитирован по статьям 3 и 5 Закона РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий» от 18 октября 1991 г.

В ходе работы нам удалось познакомиться с внуком Н.М. Серкова. Им любезно предоставлена данная телеграмма из домашнего архива.

#### **Приложение 10.**

##### **Приветственная телеграмма**

**Предоставлено из семейного архива Аркадия Михайловича Серкова, ныне  
врача города Ульяновска – внука Николая Михайловича  
Серкова**



Дорогой брат,  
Николай Михайлович!

Вашей удивительной энергией и  
особой любовью к балетной сцене  
здесь, в Бривайдкальве, так крепко  
увлеченна, которая спасает от ве-  
личайшего блага человечества - малярии  
лева легкая, - почти болельщица.

Будь же и вы, Николай Ми-  
хайлович, из пушечки выстрелит  
ваше здоровье, здоровье, погубил рабо-  
таете работке и курящих.

Окажитесь меньше, но украсили  
свои курящие, непременно благодарности  
за вашу самоотверженное труды  
и добротой свой за балетом.

Некоторые из нас уже здоровы  
и считают себя раст-мелом,  
другие же, достаточно оправившись  
восстановились с полной надеждой на  
полное восстановление в вашей ле-  
чебнице в будущем.

Мы твердо верим, что местная  
Росетская власть расчистит эти  
куривающие, пропуская не одну сот-  
ню больных в лето, и мы сомне-  
ем. Да что вы ораете. Здравствуй

миле также, как и он, ознакомили бы дамы с  
 короче говоря врандбург, а также туденбург и  
 на самом деле 1-ю Фридрихсбург вундербург  
 кунгу даими кунгом - 1-ая Фридрихс-  
 бурга еундербург имену доктора  
 Дернова."

прогресс, еундербург  
 1902г.  
 В. Березовка.

С. Ханович  
 Л. Ханович  
 Тополев.

С. Ханович  
 Л. Ханович

С. Ханович  
 Л. Ханович

С. Ханович  
 Л. Ханович

С. Ханович  
 Л. Ханович

Шульман  
 Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман

Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман

Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман

Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман

Шварцман  
 Шварцман  
 Шварцман

## Приложение 11.

### Закон о праве медицинской практики в ДВР

В порядке 43 статьи основного закона правительства ДВР постановило<sup>1245</sup>:

1. Правом повсеместной постоянной медицинской практики в ДВР пользуются врачи, получившие степень доктора медицины или лекаря в одном из Российских университетов, военно-медицинской академии, женском медицинском институте и в других высших медицинских заведениях России, пользующихся правами университетов.
2. Иностранные врачи пользуются в ДВР правом практики лишь с разрешения поверочной комиссии при Главном управлении здравоохранения МВД, выдавшего на основании документов, удостоверяющих.
3. Зубные врачи и дантисты, получившие это звание установленном порядком, пользуются правом практики в пределах своей специальности.
4. Иностранные зубные врачи допускаются к зубоврачебной практике в пределах ДВР на основаниях, установленных статьей 2-й для врачей.
5. Фельдшера и фельдшерицы, получившие это звание в одной из прежних фельдшерских школ с нормальной программой или выдержавшие экзамен по программе этих школ и фельдшерицы-акушерки, пользуются правом общей медицинской практики.
6. Повивальные бабки могут отправлять практику лишь в пределах родовспоможения с обязательством в патологических случаях обращаться к помощи ближайшего врача. Примечание: в местах, где отсутствует врач, фельдшерица-акушерка или повивальная бабка с соответствующей подготовкой допускается оказать помощь в пределах родовспоможения и бабкам повитухам.
7. Фельдшера из бывших ротных, сотенных, эскадронных, батарейных фельдшеров, сестры милосердия и прочие лица вспомогательного медицинского персонала правом самостоятельной медицинской практики не пользуется. Примечание: Права на медицинскую практику лицам вышеуказанным предоставляется по результатам проведения соответствующего экзамена в экзаменационной комиссии.
8. Кроме указанных выше лиц на территории ДВР никто правом медицинской практики не пользуется, однако никому не возбраняется из человеколюбия безвозмездно оказать помощь в экстренных единичных случаях.

---

<sup>1245</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 19-32.

9. Для проверки права на медицинскую практику при Главном управлении здравоохранения учреждается поверочная комиссия из пяти лиц по назначению от Главного управления здравоохранения и двух лиц от профсоюза.
10. Медицинские работники упомянутые ст. ст. С 1-й по 6-ую включительно, желающие получить право медицинской практики в ДВР подают об этом заявление в поверочную комиссию при Главном управлении здравоохранения, а в областях — в областной отдел здравоохранения, с приложением своего жизнеописания, документов о медицинском образовании и о своей прошлой медицинской работе, а также научных и научно-практических трудов, если таковые имеются.
11. Областные отделы здравоохранения могут выдавать лицам, удовлетворяющим требованиям настоящего закона разрешения на права медицинской практики в пределах области и представляя документы в поверочную комиссию при Главном управлении здравоохранения от которой зависит окончательное решение вопроса о праве на медицинскую практику, данного лица.
12. От поверочной комиссии при Главном управлении здравоохранения зависит допустить ли заявителя к медицинской работе на основании представленных документов или потребовать от заявителя сдачи проверочного научно-практического испытания на право медицинской практики в особой на то экзаменационной комиссии при Главном управлении здравоохранения. Примечание: В производстве самого испытания экзаменационная комиссия при Главном управлении здравоохранения руководствуется особой инструкцией и программой, составленной Главным управлением здравоохранения и утвержденной Совмином.
13. Экзаменационная комиссия при Главном управлении здравоохранения производит поверочные научно-практические испытания. Состав комиссии определяется медицинским Советом Главного управления здравоохранения с непременным участием представителя от Профсоюза.
14. Удостоверения о сдаче научно-практического испытания выдаются исключительно экзаменационной комиссией при Главном управлении здравоохранения.
15. Наблюдение за исполнением настоящего закона возлагается на Главное управление здравоохранения и его органы на местах.
16. Виновные в нарушении настоящего закона привлекаются к ответственности по законам республики.
17. Закон ввести в действие по его опубликованию.

## Приложение 12.

### Биография профессора Вольфа Моисеевича Броннера

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Вольф Моисеевич Броннер, родился в 1876 году в городе Верхнеудинск (ныне Улан-Удэ) Забайкальской области, в семье портного<sup>1246</sup>. Необходимо отметить, что по архивным документам Томска его имя значится, как Вульф и его дети писали соответственно отчество: «Вульфовна и Вульфович»<sup>1247</sup>. Впрочем, по всем другим документам и публикациям коллег и учеников, тесно работавших с ним, он фиксируется, как Вольф Моисеевич. На наш взгляд будет целесообразным оставить так, как его запомнило большинство людей.

Первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко, близко знавший В.М. Броннера писал о нем следующее: «В 10 лет, наподобие Ломоносова он едет с чайным обозом из Верхнеудинска в Читу, чтобы поступить в гимназию»<sup>1248</sup>. Так как, он родился и вырос в отсталой окраине Российской империи и наяву видел тяжелое социально-экономическое положение народа, высокую заболеваемость и смертность среди взрослого и детского населения, решение поступить на медицинский факультет Императорского Томского университета было далеко не спонтанным. В 1894 году В.М. Броннер становится студентом медицинского факультета. Учится он успешно, при этом принимает самое активное участие в общественной жизни университета. По свидетельству Н.А. Семашко молодой Броннер в эти годы «жадно ищет самоопределения и мирозерцания», и на 5-ом курсе встает на марксистскую платформу, чтобы уже больше не сходить с нее<sup>1249</sup>. В наказание за участие в студенческих волнениях, В.М. Броннер 18 марта 1899 года был немедленно выслан из Томска и оказался в Иркутске. Далее осенью того же года он переехал в город Дерпт, а оттуда в Берлин. Однако окончить университетский курс и получить диплом врача ему было необходимо.

Представляем Вашему вниманию прошение В.М. Броннера в Томский университет: «Имею честь покорнейше просить правление Томского университета возвратить мне мой гимназический аттестат зрелости, если же это почему-либо окажется неисполнимым, то копию с него. Покорнейше прошу правление переслать аттестат городской почтой на имя Бориса Леонтьевича

<sup>1246</sup> Батоев Д.Б. Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубачеев в истории здравоохранения Бурятии / Д.Б. Батоев, Н.П. Демкова, С.Д. Батоев – Улан-Удэ: Изд-во РЦМП, 2009. – С. 147-148.

<sup>1247</sup> Личный архив диссертанта.

<sup>1248</sup> Семашко Н.А. Сборник, посвященный 25-летию научной и общественной деятельности профессора В.М. Броннера. – Москва, 1926. – С. 1-2.

<sup>1249</sup> Аруин М.И. Вольф Моисеевич Броннер. Врачи-большевики-строители советского здравоохранения. – Сб. ст. – Москва, 1970. –С. 241.

Фуксмана для отправки его мне. Берлин, 22 декабря 1899 г.». Соответственно аттестат зрелости бывшего студента за № 192 от 3 июня 1894 года был получен Елизаветой Исаевной Фуксман. Это были родители его жены – Елены Борисовны Фуксман.

Таким образом, не имея возможности завершить университетский курс в России, В.М. Броннер продолжил медицинское образование в Берлине, однако для сдачи государственных экзаменов для получения диплома российского врача приехал в Казань. Осенью 1900 года он получил диплом врача и сразу же выехал в Берлин. В 1913 году В.М. Броннер возвратился в Россию уже опытным врачом и прекрасно подготовленным научным работником. Для того чтобы иметь возможность продолжать работу по специальности, ему необходимо было перейти на легальное положение. Препятствием являлось то, что он был привлечен к суду за участие в революционных событиях 1905 года. В.М. Броннер добровольно явился в Томский окружной суд и 13 февраля 1914 года был приговорен к 1,5 годам заключения. Он отбыл это наказание в одиночной камере Томской губернской тюрьмы<sup>1250</sup>. После освобождения в конце 1915 года В.М. Броннер уехал в Москву и полностью отдался практической и научной медицинской деятельности.

После октябрьского переворота 1917 года В.М. Броннер принял самое активное участие в строительстве советского здравоохранения. М.И. Аруин отмечал: «Центральное место занимала борьба с венерическими болезнями. Это было дело, которому он преданно, с увлекательным энтузиазмом служил последние 20 лет своей жизни. Для него врача-большевика, борьба с социальными болезнями была логическим продолжением его революционной работы»<sup>1251</sup>. С октября 1918 года профессор В.М. Броннер выполнял обязанность ученого секретаря подсекции по борьбе с венерическими болезнями. В 1923 году он организовал первый в мире отдел, а с 1931 года кафедру социальной венерологии, которую и возглавлял до 1937 года. По инициативе В.М. Броннера была организована Показательная Венерологическая амбулатория, которая начала функционировать с октября 1919 года, что в конечном итоге привело к созданию Государственного Венерологического института в декабре 1921 года в Москве. С 1932 по 1937 годы он возглавлял Государственный венерологический институт. По инициативе В.М. Броннера в 1924 году начал издаваться журнал «Венерология

---

<sup>1250</sup> Башкуев В.Ю. В.М. Броннер и его вклад в оздоровление бурятского народа / В.Ю. Башкуев // Власть. — 2013. — № 7. — С. 181-183.

<sup>1251</sup> Аруин М.И. Вольф Моисеевич Броннер. Врачи-большевики-строители советского здравоохранения. — Сб. ст. Москва, 1970. — С. 245.

и дерматология»<sup>1252</sup>. В числе первых сотрудников Наркомздрава ему было присвоено звание Героя Медикосанитарного труда в 1923 году.

В связи с назревшей необходимостью реформы медицинской школы, Броннеру было поручено в 1924 году, возглавить отдел высшего медицинского образования Наркомпроса, которым он руководил в течение 8 лет. Именно к тем годам относятся те важнейшие реформы, которые в значительной степени разрешили проблемы подготовки медицинских кадров в нашей стране. Многие годы В.М. Броннер был членом Ученого медицинского совета Наркомздрава. С 1927 года он возглавил отдел социальных болезней Наркомздрава РСФСР. Будучи одним из основателей социальной венерологии В.М. Броннер именно с этих позиций, подошел к решению проблемы борьбы с венерическими болезнями.

Весной 1928 года В.М. Броннером была организована и возглавлена первая советско-немецкая экспедиция по выявлению и лечению венерических болезней в Бурят-Монгольскую АССР, давшей столь блестящие научные результаты. Он активно участвовал в организации и проведении первых 4 съездов дерматовенерологов СССР. Исключительна роль В.М. Броннера в создании широкого производства советского неосальварсана. По его же инициативе выпущен эффективный препарат для лечения сифилиса per os – осарсол, также был внедрен новый советский противосифилитический препарат – миарсенол<sup>1253</sup>. Жизнь В.М. Броннера, заслуженного деятеля науки РСФСР, доктора медицинских наук, профессора была прервана в период репрессий. Его арестовали в 1937 году, приговор исполнен 7 марта 1939 года. Реабилитирован 28 апреля 1956 года.

---

<sup>1252</sup> Туранов Н.М. Вольф Моисеевич Броннер (К 100-летию со дня рождения) / Н.М. Туранов // Вестник дерматологии и венерологии. — Москва, 1976. — № 1. — С. 48-50.

<sup>1253</sup> Горбовицкий С.Е. Экспериментальные и клинические исследования. // Ленинградский дерматовенерологический институт. — Ленинград, 1936. — Т. 2. — С. 1-4.