

**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
НАУК**

Научно-исследовательский институт социальной  
гигиены, экономики и управления здравоохранением  
им. Н. А. Семашко

---

На правах рукописи  
УДК: 614 (574.1) (091)

**ДУШМАНОВ**  
**Салим Хуснутдинович**

**ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАПАДНОГО  
КАЗАХСТАНА**

(07. ОО. 10—История медицины и здравоохранения)

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

МОСКВА—1992

Диссертация выполнена в Уральском педагогическом институте им. А. С. Пушкина и Алма-Атинском государственном медицинском институте им. С. Д. Асфендиярова Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

**Научные консультанты:**

доктор медицинских наук, профессор А. Р. Чокин  
доктор медицинских наук, профессор М. Б. Мирский

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор Э. Д. Грибанов  
доктор медицинских наук Г. В. Архангельский  
доктор медицинских наук, профессор Н. А. Фролова

Ведущее учреждение—Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова

Защита состоится 24 декабрь 1992 г. в «\_\_\_\_\_»

часов на заседании специализированного Совета Д-074.07.01. по защите диссертаций при Научно-исследовательском институте социальной гигиены, экологии и санитарии здравоохранением им. Н. А. Семашко по

С диссертацией на соискание ученой степени кандидата социальной гигиены, экологии и санитарии здравоохранением им. Н. А. Семашко (ул. Об

Автореферат

1992 г.

Ученый секретарь  
кандидат м

ЧУЗНЕЦОВА.

1867/96т.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** В последние десятилетия написаны монографии и диссертации по истории медицины и здравоохранения многих республик, входивших в состав бывшего СССР. Однако систематизированного изложения истории медицины и здравоохранения одной из крупнейших республик — Казахстана к сожалению, до сих пор нет. Между тем, эта задача чрезвычайно важна, особенно в связи с новым статусом Казахстана как суверенного независимого государства.

Опыт медицины и здравоохранения, накопленный за два с половиной века, представляет огромную ценность для современности, для модернизации системы охраны здоровья населения Казахстана. В этом опыте много поучительного и для других республик, обладающих аутентичными системами здравоохранения и осуществляющих перестройку этих систем.

Современный этап обусловил необходимость углубленного комплексного изучения истории медицины и здравоохранения независимых суверенных государств. При этом особое внимание должно быть уделено этапам и особенностям развития, выявлению основных направлений медицинской практики, освещению практической и научной деятельности медиков и их вкладу в развитие здравоохранения.

Что касается истории здравоохранения такого крупного государства как Казахстан, то при решении поставленных задач мы применили метод регионального подхода со сравнительным анализом. Это обусловлено тем, что присоединение к России различных регионов (жузов) Казахстана длилось довольно продолжительное время, в результате чего наступала смена экономических и политических условий: это существенно влияло на особенности их (жузов) административного деления, а также и на характер организации медицинской помощи.

Современный Казахстан по особенностям отраслей народного хозяйства и по признакам территориально-хозяйственного единства подразделяется на пять экономико-географических регионов: Западный, Южный, Центральный, Северный и Восточный. При этом Западный Казахстан, в который входят Актюбинская, Атырауская (прежнее название Гурьевская), Мангистауская (прежнее название Мангышлакская) и Уральская области, является одним из крупнейших регионов республики, с территорией 728500 кв. км и населением 2 123 897 человек, обладающим крупной промышленностью и сельским хозяйством, развитой современной социальной инфраструктурой, в т. ч. здравоохранением.

**Хронологические рамки** исследования охватывают период с первой половины XVIII века, т. е. с момента добровольного присоединения Казахстана к России, до 1990 года включительно с учетом проблем здравоохранения на перспективу (до 2000 года).

**Целью исследования** явилось создание современной истории здравоохранения и медицины Западного Казахстана.

В связи с этим были поставлены **следующие задачи:**

— выявить особенности различных этапов развития здравоохранения в Западном Казахстане от времени присоединения Младшего жуза к России (1731 г.) до Октябрьской революции;

— проанализировать историю становления и особенности развития здравоохранения и медицинской науки в Западном Казахстане в период существования бывшего СССР;

— выявить позитивные и негативные тенденции развития здравоохранения Западного Казахстана, дать объективную картину, проводившейся в регионе в последние годы перестройки здравоохранения;

— осветить проблемы народной (традиционной) медицины Казахстана, их особенности, актуальность для современной медицинской практики.

**Материалы и методы исследования.** Основными источниками исследования явились документы, хранящиеся в фондах Центральных государственных архивов России (бывшего СССР) и Казахстана, военных архивов, государственных архивов и историко-краеведческих музеев областей Западного Казахстана (Актюбинской, Гурьевской и Уральской), архив Астраханской и Оренбургской областей России, музея истории медицины и здравоохранения Казахстана, архива Министерства здравоохранения Казахстана, личных архивов ведущих казахстанских историков медицины, а также сведения, полученные нами во время посещений историко-революционных мест края. Кроме того, использованы материалы учебной и научной части Актюбинского государственного медицинского института. Всего было изучено и проанализировано свыше 3,5 тысяч единиц хранения 41 фонда из 8 центральных и местных архивов: использован 321 архивный документ.

В качестве источников использованы материалы Республиканского отдела (бюро) медицинской статистики Минздрава Казахстана, труды врачебных съездов и медицинских активов страны, республики и областей края, приказы Министерства здравоохранения СССР и Казахской ССР, работы ученых-медиков и практических врачей.

В ходе работы были изучены материалы историко-литературного, историко-биографического характера, официальные документы, труды по общей истории страны и республики, по истории науки и культуры края, данные археологических и палеонтологических исследований, сравнительного языкознания, казахского фольклора, обзоров, памятных книжек, адрес-календарей, писем, заметок, воспоминаний и свидетельств медицинских и других работников, периодической печати.

В соответствии с объективными требованиями современной истории ческой науки нами проведен критический историко-литературный и историко-медицинский анализ названных источников, их систематизация и обобщение.

**Научная новизна.** Диссертация является первым историко-медицинским трудом, в котором описываются основные этапы и осо-

бенности развития здравоохранения Западного Казахстана на протяжении более двух с половиной столетий (с освещением истории медицинского образования и подготовки медицинских кадров). Этот процесс рассмотрен нами в сопоставлении с аналогичными процессами, происходившими не только в регионах Казахстана, но и в других республиках.

Описание и анализ истории здравоохранения в Западном Казахстане учитывают образ жизни и культуру людей. Использование архивного материала позволило разработать периодизацию и описать в хронологической последовательности развитие лечебно-профилактической помощи (возникновение больничных и аптечных учреждений, а также внедрение прививочного дела) в городах, районах и в сельских местностях. При этом разработаны и составлены картографические схемы размещения медицинских организаций различных ведомств. Впервые описывается структура и развитие медицинской организации Западно-Казахстанской железной дороги и промышленных предприятий региона.

На основании архивных и литературных материалов на общем фоне развития народного хозяйства и здравоохранения изучены вопросы становления и развития отдельных его отраслей. При этом наряду с достижениями в развитии здравоохранения и медицинской науки в Западном Казахстане, в диссертации впервые проанализированы негативные тенденции в организации лечебной помощи, показано, что здравоохранение региона, несмотря на достигнутые отдельные успехи (увеличение больничных коек, рост врачебных кадров, ликвидация сифилиса, оспы, холеры и др.), все-таки не соответствовало потребностям населения. Выявлены несоответствие медицинской помощи уровню заболеваемости и потребности сельского населения (особенно районов отгонного животноводства), слабая подготовка медицинских кадров, низкий уровень внедрения достижений медицинской науки и техники. Слабость развития лечебно-профилактических учреждений во многом была обусловлена отставанием в экономическом и социально-культурном развитии.

В диссертации сообщаются новые факты из истории русско-казахских связей в области медицины. Особо подчеркнут вклад И. И. Мечникова, Д. К. Заболотного, И. А. Деминского и других русских ученых в изучение причин и путей передачи чумы. Показано прогрессивное влияние передовой русской медицины на развитие здравоохранения и медицинской мысли в регионе.

Новая информация о здравоохранении и развитии медицины Западного Казахстана значительно углубляет знания об истории медицины казахского народа.

**Научно-практическая значимость** работы состоит в том, что она восполняет пробел в историко-медицинских исследованиях и является вкладом в создание истории медицины и здравоохранения Казахстана. В работе освещена более чем 250-летняя история медицины и здравоохранения крупного региона — Западного Казахстана, показаны этапы развития, достижения и недостатки организации службы охраны здоровья народа, вскрыты характерные черты лечебно-профилактической помощи, деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений, службы охраны материнства и детства, медицинской науки и медицинского образования.

На основе диссертаций подготовлены и изданы методические рекомендации «Комплексное изучение истории медицины и здравоохранения в Казахстане» (1990 г.), которые используются в Алма-Атинском и других медицинских вузах республики в процессе обучения студентов.

Материалы исследования использованы для написания «Методических рекомендаций по опыту изучения здоровья населения сельского района и разработки мероприятий по его улучшению» (1982 г.), а также монографии «Медицинское обслуживание населения районов отголосного животноводства» (1984 г.) и около 30 статей в центральных и республиканских изданиях.

Материалы диссертации используются в учебной и воспитательной работе в Актюбинском, Алма-Атинском и Целиноградском медицинских и Уральском педагогическом институтах. Кроме того, материалы диссертации вошли в экспозиции и литературу библиографический фонд музея истории медицины и здравоохранения Казахстана (Алма-Ата), фонды Центрального государственного архива Казахстана, государственных архивов и историко-краеведческих музеев областей Западного Казахстана.

Материалы диссертаций подтверждают позитивное значение разумной национальной политики, позволившей решить в Западном Казахстане сложную социальную задачу развития здравоохранения, подготовки медицинских и научных кадров.

## ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. История развития здравоохранения Западного Казахстана охватывает 2 больших периода: 1) начиная с общинно-родовых организаций и присоединения к России и до Октябрьской революции (1731-1917 гг.) и 2) современный, начавшийся после Октябрьской революции и установления советской власти.

2. Со времени присоединения к России (1731), организация лечебной помощи в kraе структурно отличалась от других регионов Казахстана: здесь существовало несколько медицинских организаций — при Оренбургской пограничной комиссии, при Уральском казачьем войске, при Внутренней (Букеевской) орде, при Рязанско-Уральской железной дороге, при нефтепромышленных и акционерных обществах. Характерным для Западного Казахстана было существование так называемой переселенческой медицины, а также военной, уездной и участковой. Была здесь, еще и земская медицинская помощь. Единого органа управления медицинским делом в регионе не было.

3. Характерной особенностью развития здравоохранения Западного Казахстана современного периода (1918-1990 гг.) являлась организация Народных Комиссариатов здравоохранения областей, губерний и уездов (1918 г.), Кирзздравотдела (1919-1920 гг.), а затем Наркомздрава республики с (1920 г.), которые объединили существовавшие медицинские организации в единую систему.

4. Плановое развитие народного хозяйства обусловило некоторые успехи в здравоохранении (обеспеченность больничными койками, врачебными кадрами, ликвидация ряда инфекционных заболеваний и др.), несмотря на негативные тенденции, вызванные господством командно-бюрократической системы (остаточный принцип финансирования, невыполнение плана строительства и ввода в эксплуатацию лечебных учреждений местный волонтаризм и т. п.). К сожа-

лению, перестроенные процессы в здравоохранении, начавшиеся в регионе с 1986 г., не способствовали улучшению охраны здоровья населения.

5. Несмотря на развитие научной медицины, на территории Западного Казахстана всегда существовала народная медицина, которая в своем развитии базировалась на эмпирических знаниях, на использовании рациональных методов лечения. Вместе с тем народная медицина постоянно видоизменялась, применяя данные научной медицины, изложенные в научно-популярных источниках и заимствуя некоторые методы преимущественно из амбулаторной практики.

**Апробация работы.** Диссертационная работа апробирована 28 июня 1990 года на заседании кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины Алма-Атинского медицинского института им. С. Д. Асфендиарова Минздрава Казахстана и 28 октября 1990 года на конференции отдела истории медицины и здравоохранения Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н. А. Семашко.

**Объем и структура работы.** Диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, списка литературы и архивных источников и приложения (в виде отдельного тома) с биографическими материалами о передовых медиках (70 страниц машинописи). Общий объем работы составляет 695 страниц (442 страницы текста). Список литературных источников включает 503 наименования; список использованных архивных документов — 321 название. В тексте — 73 таблицы, 35 фотоматериалов, 5 схем и 2 диаграммы. В приложениях приведены документы, подтверждающие внедрение результатов исследования в практику.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе дается краткий обзор публикаций с историко-медицинским анализом литературных и архивных источников по исследованной теме.

Обзор и историко-медицинский анализ источников свидетельствует, что история здравоохранения Западного Казахстана исследована совершенно недостаточно.

Во второй главе анализируется развитие здравоохранения в Западном Казахстане начиная с первой половины XVIII и до начала XX вв.

На основании исследования конкретного исторического материала нами установлено, что до присоединения Казахстана к России на его огромной территории не было научной медицины. Лечебная помощь населению оказывалась врачевателями, использовавшими средства и методы народной медицины. Только с процессом присоединения к России, начало которому положил Младший жуз в 1731 г., и организацией оборонительных укреплений в регионе впервые стали появляться медицинские учреждения.

На первом этапе (1731-1798 гг.) медицинская помощь в kraе осуществлялась военными врачами и фельдшерами госпиталей, лазаретов и приемных покоях воинских частей и подразделений, составивших впоследствии основу медицинской организации (службы) Оренбургской пограничной комиссии. Однако медицинской помощью в это время пользовалась малочисленная группа коренного населения.

ния. Это жители, кочевавшие в местах строительства и продвижения русских форпостов и редутов, а также некоторая организованная его часть (учащиеся русско-казахских школ, казахи-торговцы, арестанты и др.). Подавляющая же масса казахов оставалась на попечении представителей народной медицины.

В этот период русские военные врачи и ученые-естественники проводили медико-географическое описание края, разрабатывали методы борьбы с инфекционными заболеваниями, изучали заболеваемость населения, краевую патологию, особенности казахской народной медицины и др.

Как показали материалы, в дальнейшем при организации в г. Оренбурге пограничной комиссии — органа управления присоединившимися территориями Младшего жуза — в ее штате были предусмотрены должности врачей, основной задачей которых, наряду с обслуживанием воинских частей и привилегированных сословий казахского и русского населения, являлось недопущение проникновения инфекционных заболеваний во внутренние пределы России. Медицинское обслуживание коренного казахского населения осуществлялось эпизодически. Только в 1799 г. при Оренбургской пограничной комиссии Государственной медицинской коллегией учреждаются должности лекаря и среднего медицинского персонала, в обязанности которых стало входить оказание медицинской помощи населению Младшего жуза. Это явилось началом второго этапа развития медицины в крае. Однако названный медицинский персонал из — за своей малочисленности не мог удовлетворить потребности в лечебной помощи населению. Акцент в основном делался на борьбе с эпидемическими болезнями, на оспопрививании и оказании экстренной помощи.

В таком виде медицинское обслуживание населения в Западном Казахстане просуществовало более ста лет, т. е. до 1868 года. Затем начинается третий этап в организации медицинской помощи гражданскому населению — этап уездной медицины (1868—1898 гг.).

Уездная медицина в Западном Казахстане была введена Медицинским департаментом Министерства внутренних дел после присоединения к России остальных жузов Казахстана: Среднего и Старшего.

В результате этой реформы впервые в истории Младшего жуза/1 для обслуживания коренного населения Уральской и Тургайской областей, а также Мангишлакского приставства были учреждены должности уездных врачей, фельдшеров и повивальных бабок. На всю территорию края площадью 585894 квадратных верст с населением 587446 человек было, по данным нашего исследования, 11 врачей и 28 фельдшеров (на одного врача приходилось 57949 человек населения, или 0,19 врача на 10000 населения; на одного фельдшера приходилось 20980 человек населения, или 0,47 на 10000 человек). Акушерок было всего лишь 7/2. В целом же аналогичные показатели по Казахстану были значительно ниже: врачей — 0,13%оо и фельдшеров — 0,26%оо.

1. Исключением были Внутренняя (Букеевская) орда и Уральское казачье войско, имевшие на своих территориях автономные медицинские организации.

2. Особенно низкий показатель обеспеченности кадрами имел место в Иргизском уезде Тургайской области, где на одного врача при-

ходилось более 80000 жителей.

Приведенная организация медицинского обслуживания в крае, как и в Казахстане в целом, в основе своей была разъездной, а лечебная помощь имела по преимуществу амбулаторный характер, так как по положению 1868 года открытие больничных учреждений не предусматривалось. Население по мере возможности госпитализировалось в военные лазареты или в больницу Ханской Ставки и г. Оренбурга. Только 12 августа 1894 года в волостном центре Джамбейте Уральского уезда на общественные сборы для оказания стационарной медицинской помощи населению Младшего жуза открывается киргизская (казахская) общественная больница на 25 коек, которая, как нам удалось обнаружить, в 1899 г. была переименована в земскую киргизскую больницу. Эти факты позволяют нам считать, что этап уездной медицины в областях Западного Казахстана закончился не в 1908 году, как это утверждают Р. И. Самарин, Н. А. Раевский и др., а в 1898 году.

Два года спустя после открытия Джамбейтинской киргизской общественной больницы на средства земского сбора в г. Темире стал функционировать приемный покой на 15 коек. Затем в крае были открыты Жилокосинский, Плотовинский и другие приемные покой. Организованные в эти годы 20 фельдшерских степных пунктов составили так называемую волостную медицинскую организацию и явились прообразом первого звена (этапа) оказания медицинской помощи сельскому населению.

В годы уездной медицины в регионе начала осуществляться лечебственная помощь населению. Для этого в 1890 г. была открыта Илекская сельская аптека. Аптеки имелись также при уездных врачах и фельдшерах-оспропривателях, подготовка которых для Западного Казахстана из коренного населения осуществлялась за счет добровольных (общественных) сборов на базе Оренбургской фельдшерской школы, руководимой врачом Н. Г. Смирновым. Заметную роль в решении этой задачи сыграли и национальные общеобразовательные школы. Готовились в это время не только оспропрививатели, но и врачи, что стало возможным осуществлять среди казахского населения санитарную пропаганду, при этом посыпая не только его санитарную, но и общую культуру. Народ постепенно стал воссознавать пользу оспропрививания. Первыми врачами-казахами в Западном Казахстане были Мухамеджан Карабаев (1858-1928 гг.) и Абубакир Алдияров (1879-1938 гг.). Оба они являлись воспитанниками медицинского факультета Казанского университета.

Основная деятельность медицинских работников Западного Казахстана, как свидетельствуют наши материалы, в эти годы была направлена на профилактику и организацию мероприятий по борьбе с часто возникающими инфекционными заболеваниями, такими, как чума, холера, дизентерия, корь, дифтерия, сифилис, малярия, оспа и другие, которые осложнялись частыми эпидемиями и по существу определили характер национального бедствия.

Под давлением общественности центральная власть была вынуждена провести ряд организационных мероприятий. Так, в 1899 год произошло преобразование врачебной части в уездах Уральской и Түргайской областей (IV этап): вопреки утверждению Р. И. Самарина и др., оно было осуществлено через два года после введения участковой медицины в других областях Казахстана — Акмолинской, Семипалатинской и Семиреченской (1897 г.). Суть этого преобразования сводилась к организации участковой медицины, названной по-

чему-то земской (хотя на территории Казахстана не было земских самоуправлений). Это было, на наш взгляд, лингвистическим трюком с целью скрытия и оправдания дополнительных налогов, собираемых с казахов на содержание земской медицины в метрополии.

Другим не менее важным организационным мероприятием центра было разрешение готовить медицинских работников из казахов в учебных заведениях России.

Согласно введенному штату уезды Уральской и Түргайской областей были разделены на врачебные участки. Таких участков было 23. В каждом врачебном участке был врач, фельдшер и фельдшерица-акушерка, которые осуществляли медицинскую помощь сельскому и городскому населению, оспопрививание, бесплатный отпуск медикаментов, борьбу с эпидемиями и др.

С введением участковой медицины по типу земской в Западном Казахстане стало увеличиваться число больниц, приемных покояев, а также сельских и вольных аптек. Если в годы уездной медицины в крае было всего лишь небольшое число медицинских учреждений (Калмыкоеский, Темирский, Жилокосинский и Плотовинский приемные покой), оказывавших, в основном амбулаторно-поликлиническую помощь, то в годы участковой медицины, наряду с приемными покоями, уездными больницами, сельскими амбулаториями и противо-чумными (бактериологическими) лабораториями и складами, появляются лечебные учреждения нового типа. Это уже настоящие земские больницы, которые, несмотря на отсутствие в крае областных земских самоуправлений, содержались отчасти за счет земских сборов, собираемых с населения. Они, как показывают архивные источники, были открыты в Уральске, Гурьеве, Актюбинске, Форт-Александровске и др.

Таким образом, с введением участковой медицины гражданское население края в 1913 году обслуживалось в 21 лечебном учреждении, из которых 6 располагались на казачьей территории и 15 — на казахской. В этих учреждениях в 1914 г. работал 51 врач, из них сельских участковых врачей — 15. В других регионах России эти показатели были иными: на Украине, например, они составили 1802 и 867 (И. Д. Хорош, 1965); в Таврической губернии — 428 и 88 (Г. Н. Перфильев, 1981); в Молдавии 84 и 47 (М. Я. Гехтман, 1970); в Башкирии — 123 и 58 (Н. Г. Ибрагимов, 1984) и т. д.

Малое число врачей в крае, с нашей точки зрения, объясняют следующие причины: 1) имперская администрация ее была заинтересована в обучении народов национальных окраин, 2) большая часть казахской молодежи не имела законченного гимназического образования и возможности обучения на медицинских факультетах университетов, 3) среди русских врачей было мало желающих работать в казахских степях.

В это время медицинский персонал региона пополняется врачами (Д. Ю. Кусяпалиев, Н. И. Илмагамбетов, К. Д. Досмухamedов, Б. Бисенов, И. Кашикбаев, Г. Касабулатов и др.) и фельдшерами (Б. Абдрахманов, А. Матжанов, А. Чимиров, М. Исмаилов, А. Нанжемесов и др.) из коренной национальности. Стала сбываться мечта передовых русских врачей, считавших, что одним из условий улучшения медицинского обслуживания коренного населения является подготовка собственных медицинских кадров.

Подготовка медицинских национальных кадров для Западного Казахстана осуществлялась в таких учебных заведениях России как Казанский, Московский, Саратовский университеты, Петербургская

военно-медицинская академия, а также фельдшерско-акушерские школы Оренбурга, Астрахани, Ашхабада, Воронежа, Кронштадта и др.

Появление в крае медицинского персонала из коренной национальности (врачей, фельдшеров, оспопрививателей) способствовало развитию прививочного дела, распространению на родном языке медико-гигиенических знаний.

В рассматриваемый этап в Западном Казахстане расширялась лечебственная помощь населению. Ее осуществляли 3 вольных, 1 нормальная и 8 сельских аптек. Аптеки для бесплатного снабжения населения медикаментами имелись в распоряжении сельских врачей. Эти аптеки обеспечивались областными врачебными инспекторами.

Расширение сети медицинских и аптечных учреждений и увеличение численности кадров способствовало, по сравнению с уездной медициной, некоторому улучшению амбулаторной и стационарной медицинской помощи сельскому и городскому населению края. Однако в целом же медицинское обслуживание находилось на низком уровне, его организация носила формальный характер. Врачи большей частью были заняты исполнением судебно-медицинских, медико-полицейских и других обязанностей. Основная масса казахского населения, занятого кочевым животноводством, почти не пользовалась медицинской помощью. Ее, как и прежде, оказывали народные врачеватели (даргеры). Амбулаторно-поликлиническая помощь сводилась, как правило, к фельдшерской. Населению края не оказывалась специализированная медицинская помощь.

В годы участковой медицины усилия медицинских работников Западного Казахстана были направлены, как и в годы уездной медицины, на ликвидацию очагов эпидемических заболеваний. Так, силами медицинских работников в крае были ликвидированы крупные эпидемии чумы (1904-1915 гг.), холеры (1910-1911 гг.), сыпного тифа (1915 г.) и других инфекций.

Опыт военных и гражданских врачей по борьбе с заболеваемостью, а также изучение медико-географических особенностей края был, по существу, началом развития медицинской науки в Западном Казахстане. Проводилось изучение вопросов, актуальных для края, в частности, устанавливались пути передачи чумы, холеры и других инфекционных болезней.

В 1899-1917 гг. в связи с массовой миграцией крестьян из России формируется переселенческая медицинская организация. Она была создана на территории региона в 1910 году, т. е. на 5-7 лет позже, чем в северных и восточных областях Казахстана. Более позднее появление этой службы, по нашему мнению, объясняется недостаточным плодородием местных земель и ограниченностью земельного фонда в крае, медленным строительством железных дорог и рядом других причин. Кроме того, в 1910 и последующие годы наблюдался наибольший приток в регион переселенческого населения.

Проведенный нами анализ показал, что при организации переселенческой медицины не были учтены такие важные критерии, как численность населения, объем территории, радиус обслуживания и т. д. В результате ведомственной несогласованности наблюдалось, что порой в одном населенном пункте были и сельский, переселенческий врачебные участки, тогда как в других местах не было ни одного.

Целесообразность объединения в одно ведомство двух медицинских организаций — «земской» и «переселенческой», обслуживающих население на одной и той же территории, в то время безрезультат-

но доказывалась прогрессивными врачами края. Однако этот вопрос в Казахстане в условиях ведомственного характера его медицинской организации так и не был решен. Некоторая стройность в медицинском обслуживании местного и переселенческого населения была достигнута в результате объединения в 1910 г. земских лечебных учреждений с переселенческими, а также вследствие распределения врачебных участков между ними в 1913 году. В 1914 г. на территории Западного Казахстана были организованы 26 участков, из которых 17 относились — к сельским, 9 — к переселенческим.

Описывая общие черты развития здравоохранения Западного Казахстана, необходимо учитывать его местные организационные особенности: наличие медицинских организаций в Уральском казачьем войске, Внутренней (Букеевской) орде, на Рязанско-Уральской железной дороге, на нефтепромышленных и акционерных обществах. Основой их организаций послужили объективные предпосылки: близость Младшего жуза к России, образование в нем Уральского казачьего войска, Внутренней (Букеевской) орды, строительства железных дорог, появление рыболовных, нефтепромышленных и акционерных обществ.

Организация медицинской службы Уральского казачьего войска связана с формированием войска в 1802 году и была предусмотрена в штате войсковой канцелярии (лекарь, два фельдшера и служащими аптеки). До ее возникновения медицинская помощь казакам и их семьям осуществлялась врачами Оренбургской пограничной комиссии, а также знахарями и костоправами.

В последующие годы лечебные учреждения и медицинские кадры в Уральском казачьем войске значительно увеличились в связи с новым положением «Об обязательной личной воинской повинности казаков» (1874 г.), которое предусматривало дальнейшее развитие медицинской службы войска. Так, Уральская войсковая больница, открытая в 1832 году на 6 коек, увеличивается в 1879 г. до 100 коек. При этом предусматривалось так называемое «особое здание» — отделение на 10 коек для душевнобольных, которое явилось первым психиатрическим учреждением в Казахстане (М. Х. Гонопольский, 1966).

В 1879-1910 гг. в Уральском казачьем войске была открыта вторая войсковая больница в г. Гурьеве, появляются лазареты в Темире, казачьем З-м полку, приемные покой при Уральской, Гурьевской, Темирской, Илекской и Калмыковской местных командах, а также войсковая центральная аптека, войсковой оспенный телятник, противодифтерийная станция и другие.

Необходимо отметить, что Уральская войсковая больница являлась самым крупным лечебным учреждением не только в войсковом казачестве, но и вообще в Казахстане. В ней оказывалась терапевтическая, хирургическая, рентгенологическая, психиатрическая помощь. Всего в лечебных учреждениях войска в 1915 г. имелось 142 койки. На одну койку, по нашему расчету, приходилось 1188 человек войскового сословия. К этому времени увеличивается число врачей (на одного войскового врача приходилось 5612 жителей и 650, 37 квадратный версты территории), фельдшеров (65 против 25 в 1891 г.) и побывальных бабок (9 и 4 соответственно).

Обеспечение лекарствами осуществляли войсковая и 4 частные (вольные) аптеки/3. Кроме того, аптеки имелись у старших врачей

военных отделов, станичных фельдшеров и при всех военных лазаретах и командах.

Характерной особенностью деятельности медицинской службы Уральского казачьего войска являлась ее избирательность, которая проявлялась в обслуживании преимущественно войскового (казачьего) сословия, а затем представителей невойсковой части казачества. Что касается медицинской помощи коренному (казахскому) населению, то она ограничивалась оспопрививанием. Оспа поголовно прививалась войсковому сословию, а уж потом — невойсковому, в последнюю очередь — коренному населению, что было вызвано, как свидетельствуют официальные источники, боязнью возникновения эпидемии в войске и в России вообще.

Кроме медицинской службы военного ведомства, в Уральском казачьем войске были приемные покой войковой гимназии и войскового духовного училища, родильный приют, тюремные больницы и амбулатории для приходящих больных.

Медицина Внутренней (Букеевской) орды имела свои особенности. Начало организации ее связано с деятельностью хана Джангира Букеева, который в 1823-1845 годы стоял во главе этого казахского государства: он придавал большое значение развитию и укреплению культурных связей с Россией. В 1832 г. в Орде, а стало быть, в Казахстане, впервые для обслуживания коренного населения устанавливается, хотя и непостоянная, должность врача. Первым врачом был А. А. Сергачев.

По данным нашего исследования, в 1843 году в Ханской Ставке (ныне пос. Урда) открывается первая в Казахстане аптека. Кроме нее, в это время в Орде функционировала еще одна аптека — в Новой Казанке. По ходатайству хана в 1845 г. в Орде учреждается уже должность постоянного врача, а еще семь лет спустя была открыта Ордынская общественная больница на 15 коек, где, наряду с другими, получали стационарную медицинскую помощь и казахи.

Таким образом, открытие первых лечебных учреждений (врачебного пункта, больницы, аптек), подготовка медицинских кадров в лице оспопрививателей, а также реализация мероприятий социальногигиенического характера в ордынской степи (градостроительство, лесонасаждения, строительство колодцев, прудов и т. д.) явились следствием тесной культурной связи Казахстана с Россией, особенно благотворно проявившейся в этом крае.

Однако, состояние лечебной организации Внутренней (Букеевской) орды не достаточно отвечало запросам и нуждам населения, которое в подавляющем большинстве лечилось у знахарей и тауибов (табибов) /4/. Только в начале XX века в соответствии с принятым Медицинским советом Министерства внутренних дел законом «Об усилении врачебно-санитарной организации Киргизской степи Астраханской губернии» в Орде осуществляется ряд мероприятий, в частности, врачебные участки (2) разделяются на семь, в каждом из которых имелись должности врача и фельдшера. Это соответствовало

3/ Частная аптека Франца Миллера открыта в г. Уральске в 1833 году, а не в 1842 г., как утверждает С. Х. Субханбердин (1965).

4/ Тауибы (табибы) — народные врачаеватели, деятельность которых отличалась от знахарской рациональными способами лечения и считалась наиболее квалифицированными.

дате введения участковой медицины (по типу земской) на остальной территории Западного Казахстана.

Кроме того, были открыты Джаныбекский врачебный и Сайхинский фельдшерский пункты, Ордынская и Ново-Казанская бактериологические противочумные лаборатории и др. В Орде было 7 больниц с числом коек 75 и 23 фельдшерских пункта. Мы считаем, что это факты опровергают мнение Б. Н. Палкина (1967) о том, что «медицинская организация в Орде с 1900 г. и до Октябрьской революции не получила сколько-нибудь значительного развития».

В эти и последующие годы в центральных высших и средних учебных заведениях России осуществлялась подготовка медицинского персонала из коренного населения для Орды (врачи М. М. Чумбалов, М. И. Чултуров, М. Ю. Ниязов, М. И. Ниязова фельдшера И. Сейтеков, К. Маликов, А. И. Исаков, С. А. Алипов и др.). Отмеченные преобразования в лечебно-гигиенической организации Внутренней (Букеевской) орды являлись необходимой мерой борьбы с ежегодными вспышками чумы в Уральской области, и в частности, в Букеевской орде.

Наши анализ показывает, что на формирование демократических тенденций в общественной и культурной жизни Внутренней (Букеевской) орды и всего края большое влияние оказала деятельность многих прогрессивных представителей общественно-политической мысли России. Именно здесь началась подвижническая деятелность таких выдающихся русских ученых-медиков, как И. И. Мечников, Д. К. Заболотный, Н. Н. Клодницкий, А. В. Генке, Д. Т. Вержбицкий и др., таких врачей как А. К. Павленко, В. Гос. В. А. Белиловский, И. А. Деминский, С. М. Никаноров, А. А. Герасимов и др., таких фельдшеров и акушерок, как И. Т. Крицкий, В. Е. Ордынцев, А. А. Вознесенская, Т. Т. Сигаева, М. И. Делекторская и др., все они оказывали неоценимую научно-практическую помощь в борьбе с эпидемиями, в подготовке и формировании медицинских кадров, особенно врачей чумологов (М. М. Чумбалова, М. И. Чултурова, М. Ю. Ниязова и др.); велика их заслуга и в расширении масштабов прививочного дела.

К местным особенностям здравоохранения Западного Казахстана следует отнести наличие медицинской организации Рязанско-Уральской железной дороги и фабрично-заводской медицины. Они появились на территории края в результате строительства железных дорог (Покровско-Уральской, Уральско-Илецкой и Оренбургско-Ташкентской) и открытия предприятий нефтепромышленных и акционерных обществ «Нобель», «Колхид», «Эмба», «Эмба-Каспий» и другие.

Таким образом, в 1913 году на территории Западного Казахстана с населением (1049288 человек) и территорией 715962 квадратных верст имелись несколько медицинских организаций: «земская», первоначальная, ордынская, Уральского казачьего войска, железнодорожная, фабрично-заводская, принадлежавших к различным ведомствам. Такая узковедомственная структура здравоохранения, естественно, препятствовала полному охвату населения края всесторонней медико-санитарной помощью. Однако нельзя не видеть, что она явилась единственной научной альтернативой традиционной (народной) медицине.

В третьей главе описывается развитие советского здравоохране-

ния в Западном Казахстане в 1918-1940 гг. С установлением советской власти в областях, губерниях и уездах Западного Казахстана под руководством Народных Комиссариатов здравоохранения, а затем отделов здравоохранения, было проведено объединение различных ведомств ведущих лечебной помощью в единую лечебно-профилактическую сеть. Это произошло на 2—3 года раньше, чем в других областях Казахстана.

Этими организациями были выполнены сложные задачи по медико-санитарному обеспечению частей Красной Армии, борьбе с эпидемиями, строительству здравоохранения. Среди них выделялась деятельность отдела здравоохранения Киргизского края во главе с О. Н. Шишканий и А. А. Демченко (1919-1920 гг.), а затем Народного Комиссариата здравоохранения Киргизской (Казахской) республики (М. С. Шамов, К. К. Кулсартов, Б. А. Абдрахманов и др.).

С восстановлением народного хозяйства (1921-1927 гг.) и ликвидацией последствий гражданской войны, голода и эпидемий в Западном Казахстане стало улучшаться санитарное состояние: восстанавливалась и значительно расширялась, особенно в губернских городах, сеть лечебных учреждений. Для медико-санитарного обслуживания коренного населения, ведущего кочевой и полукочевой образ жизни, направлялись передвижные врачебно-обследовательские (включая глазные) отряды и «красные юрты», которыми, наряду с оказанием лечебной помощи, изучались состояние здоровья населения, условия труда и быта, велась санитарно-просветительная работа. Нельзя, однако, не сказать что деятельность этих служб нанесла и вред здравоохранению, наложив табу на народную медицину.

На успехи здравоохранения в Западном Казахстане указывают следующие данные. Всего больниц в 1921 г. в крае было 95, а коек в них 4866, по республике они составили соответственно 171 и 8380; в это же время в Грузинской ССР — 45 и 1093 (Н. Р. Шашикашвили, 1972), в Башкирской АССР — 47 и 4500 (М. Х. Камалов с соавт., 1986). Стоимость одного койко-дня составляла 1 рубль 15 копеек, а одного амбулаторного посещения — 15 копеек. Это давало возможность беднейшим слоям населения пользоваться медицинской помощью.

В эти годы, как показали наши исследования, в крае создавалась специализированная помощь, наибольшее развитие в это время получает хирургическая. Одновременно создавались органы и учреждения по охране материнства и младенчества, санитарно-эпидемиологические учреждения, противотуберкулезные и венерологические диспансеры, малярийные станции, местные курорты.

В годы новой экономической политики (НЭПа) здравоохранение Западного Казахстана было переведено на местный бюджет, вследствие чего сократилась сеть лечебных учреждений, уменьшилось количество больничных коек, поредел медицинский персонал. Однако и в этих условиях врачи пытались реализовать основные принципы, декларируемые советским здравоохранением: единство и плановость развития, профилактическая направленность и бесплатность медицинской помощи.

Найденные нами архивные документы свидетельствуют, что уже тогда в результате деятельности административно-командной системы в здравоохранении Западного Казахстана стали проявляться негативные явления. Так, планирование здравоохранения, как и по стране в целом, было направлено, в основном, на выполнение таких ру-

тических показателей, как «посещаемость», «койко-день» и т. д., которые не позволяли осуществлять необходимое улучшение лечебно-профилактической помощи. При этом учет состояния здоровья населения, являющийся главным критерием успехов здравоохранения, отодвигался на второй план. Это крайне отрицательно отразилось на социально-гигиенической деятельности здравоохранения региона на последующих этапах.

Другим негативным проявлением бюрократической системы управления здравоохранения в крае явилась ликвидация в 1927 г. отделов рабочей медицины (рабмеды) областных отделов здравоохранения, которые якобы, как писали позднее в историко-медицинских работах, «порождали параллелизм в системе здравоохранения, усложняли и тормозили развитие медицинского обслуживания застрахованных». В результате медико-санитарное обслуживание рабочих, в том числе застрахованных, передавалось вместе с лечебным фондом (фонд «Г») органам здравоохранения. Фонд «Г», предназначенный для укрепления здоровья застрахованных рабочих, использовался органами здравоохранения не по назначению. Средства обычно шли на аренду помещений, приобретение инвентаря, оборудования и т. д., для укрепления общенациональной сети.

В годы реконструкции народного хозяйства (1928-1934) органы здравоохранения Западного Казахстана, несмотря на трудности и сложности, обусловленные усилением административно-командной системы, достигают заметных успехов в развитии лечебно-профилактической помощи нефтяникам Северного Прикаспия и жителям отдаленных аулов. Был увеличен коечный фонд областных (Уральской, Актюбинской), окружной (Гурьевской) и районных больниц, открыт ряд врачебно-амбулаторных и фельдшерских пунктов. Началось строительство поликлиник, больниц, жилых домов для медицинских работников. При многих лечебных учреждениях имелись подсобные хозяйства, забытые, к сожалению, сейчас.

Рассматриваемый этап развития здравоохранения Западного Казахстана, как показывают архивные материалы, характеризуется интенсивной подготовкой национальных медицинских кадров в учебных заведениях Уральска, Актюбинска, Кустаная и др. Кроме того, в начале 30-х годов были созданы специализированные научные общества врачей, которые явились своеобразной школой-практической подготовки врачей.

В 1928-1934 гг. органы здравоохранения Западного Казахстана оказались в экстремальной ситуации, вызванной голодом, откочевками, эпидемиями, высокой общей и детской смертностью, детской беспризорностью и безнадзорностью. Эпидемические вспышки среди откочевников-возвращенцев продолжались вплоть до 1939 года, тогда как в других регионах Казахстана аналогичный контингент людей, вернувшихся в 1933 и 1934 гг., оказался уже в более благоприятных медико-социальных условиях, когда очаги инфекции были ликвидированы.

Положение усугублялось еще и тем, что в эти годы, как свидетельствуют архивные материалы, были репрессированы многие видные деятели здравоохранения Казахстана, такие, например, как М. С. Шамов, С. М. Никаноров, М. М. Чумбалов, Х. Д. Досмухamedов и др.

Несмотря на трудности этих лет, органы здравоохранения Западного Казахстана много сделали для оказания медицинской помощи

труженикам, занятым кочевым (отгонным) животноводством. В 1930-1940 гг. аульно-сельская медицина пополняется рядом общеделечебных и специализированных учреждений, включая впервые открывшиеся в крае колхозные родильные дома. В это время по-прежнему на территории региона продолжают работать медицинские обследовательские отряды (экспедиции) Наркомздрава СССР и республики по борьбе с такими социальными болезнями, как трахома, грибковые и другие заболевания. Повсеместно ликвидируются чигга, очаги холеры, оспы; стабилизированы вспышки чумы. Успешной борьбе с чумой способствовала организация в 1918 г. в г. Саратове Государственного института микробиологии и эпидемиологии Юго-Востока РСФСР (ныне противочумный институт «Микроб») с сетью научно-практических баз на территории края. Вместе с тем эпидемии чумы среди людей и животных в Западном Казахстане регистрировались не только в предвоенные годы (1924, 1925, 1934, 1940), но и в годы войны. Таким образом, заявление «о повсеместной ликвидации чумы в республике», сделанные в это время Народным Комиссариатом здравоохранения Казахской ССР, не соответствовало действительности.

В предвоенные годы в Западном Казахстане значительно снижается заболеваемость малярией, в борьбу с которой включились государственные и хозяйствственные организации. Стало проводиться истребление комаров, осушение болот, подготовка кадров, хинизация населения и другие мероприятия. Были открыты санитарно-эпидемиологические и бруцеллезные станции, микологические пункты, положившие начало борьбе с бруцеллезом и кожным дерматозом в крае, а также рентгеновские и физиотерапевтические кабинеты с использованием ими лечебных свойств местных грязей и соленых (сероводородных) озер.

Таким образом, в 1918-1940 гг. была заложена системная организация лечебно-профилактической помощи населению региона.

**Четвертая глава** посвящена анализу состояния медицинской помощи на Западе Казахстана в годы Великой Отечественной войны и послевоенного восстановления народного хозяйства (1941-1950 гг.).

Западный Казахстан, как и вся республика, в годы войны становится тыловой базой страны. В связи с этим деятельность органов здравоохранения края, несмотря на ограниченные кадровые и материальные ресурсы, была в кратчайший срок перестроена для выполнения новых задач. Край был не только перевалочным пунктом для эвакуированных, но и «воротами инфекций», вызванных пребыванием большого числа беженцев, раненых и больных воинов, перегоном скота, вовлечением областей края (Уральской и Гурьевской) в зону действия Сталинградского фронта.

В такой обстановке, как показали наши материалы, в 1941-1942 гг. в Западном Казахстане имели место эпидемии сыпного и брюшного тифа, дизентерии, чумы, кори, коклюша, детских кишечных инфекций и других болезней, возникновению которых способствовали несвоевременное оповещение жителей о прибытии эвакуированного населения, нераспорядительность местных властей, бытовые невзгоды и суровые климатические условия региона, особенно проявившиеся в эти военные годы. Однако по мере рассредоточения и перемещения эвакуированного населения на Восток и в результате принятых по ходу и на местах противоэпидемических и лечебных мер к концу войны случаи эпидемических заболеваний были сведены к минимуму.

Большая организационная работа органами здравоохранения За-

падного Казахстана была осуществлена по созданию широкой сети эвакогоспиталей, лечению и реабилитации раненых и больных войнов. На 1 января 1943 года в крае насчитывалось 22 эвакогоспитала с сосредоточением здесь трети коекного фонда всех эвакогоспиталей, размещенных в республике.

В эвакогоспиталах края трудились профессор Я. М. Бунэ, врачи А. Д. Сундетов, К. Н. Тимофеев, А. Л. Федоров, А. А. Свиридов, А. Д. Ромаков, Х. И. Ксенофонтова, О. В. Григорьева, А. В. Вишневская, Р. Е. Призант и многие другие. Результатом их труда было то, что 68,9% раненых и больных воинов были возвращены в строй. Это стало возможным благодаря широкому применению ЛФК, трудо терапии, гемоповязок, переливаний крови, физиолечения, а также правильным подбором медицинских кадров и постоянным совершенствованием их знаний в области военнонаполевой хирургии.

Наряду с этим органы здравоохранения Западного Казахстана обеспечивали первоочередное обслуживание рабочих и служащих оборонных и промышленных предприятий, женщин и детей. В годы войны увеличивается число врачебно-больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений, особенно фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, санитарно-эпидемиологических станций. Однако некоторые облздравотделы (Уральский и Гурьевский), игнорируя указания по борьбе с туберкулезом, сократили значительную часть коек в противотуберкулезных диспансерах и больницах, а в Актауской области их не осталось ни одной.

В годы войны, по данным нашего исследования, в 1,9 раза — снизилась в крае численность врачей и в 1,4 раза — средних медицинских работников. Объяснялось это мобилизацией медицинских кадров в действующую армию, а также направлением их в освобожденные от вражеской оккупации районы — Украину, Белоруссию, Молдавию, Прибалтийские республики и РСФСР.

В 1946-1950 гг. развитие здравоохранения Западного Казахстана осуществлялось более быстрыми темпами. Уже к 1946 г., в частности, в Уральской области был восстановлен ряд разрушенных в годы войны вражеской авиацией сельских лечебно-профилактических учреждений в Джаныбекском, Урдинском и других районах (П. Р. Букаткин, 1967). Организовано было Гурьевское среднее медицинское учебное заведение, возникла онкологическая служба. В противотуберкулезной службе впервые внедряются массовые флюорографические обследования населения, вводится обязательная противотуберкулезная вакцинация новорожденных, организованных детских контингентов и др.

Лечебно-профилактическая помощь в крае развивалась на базе объединения больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений всех профилей, которое, однако было проведено Министерством здравоохранения СССР волевым методом, без учета местных особенностей. Это мероприятие, имевшие свой положительные стороны (например, устанавливались более тесная связь амбулаторий и поликлиник с больничными стационарами, что способствовало внедрению передовых методов лечения, и др.), не было лишено и ряда серьезных недостатков, главным из которых проявился в том, что амбулаторно-поликлиническая помощь, претендующая на массовый характер, отделялась от населения, что особенно ощущалась в сельском звене здравоохранения Казахстана с его обширной территорией обслуживания. Кроме того, сеть лечебно-профилактических учрежде-

ний была еще недостаточной, а их малая вместимость не давала развиваться специализированной медицинской помощи сельскому населению. К тому же принятые в 1927 и 1947 гг. решения о реорганизации всех фельдшерских и акушерских пунктов в фельдшерско-акушерские не были выполнены.

Малоэффективной оставалась работа санитарно-эпидемиологических станций, обусловленная несовершенством их управления, слабой материально-технической базой и рядом других причин.

**В пятой главе** анализируется состояние здравоохранения и медицинской науки в Западном Казахстане в 1951-1985 гг. В это время здравоохранение края развивалось более интенсивно, чем на предыдущих этапах. Успехи в медицине объясняются дальнейшим развитием промышленности, целинной эпопеей, реорганизацией управления сельским здравоохранением и санитарно-эпидемиологической службой. В результате значительно увеличилось число врачей и работников среднего медицинского звена. Этот этап знаменателен тем, что ряды медицинских работников активно пополняются врачами казахской национальности: терапевтами, хирургами, педиатрами, фтизиатрами и другими. Происходит дальнейшая специализация медицинской помощи жителям городов. Много сделали для этого ведущие врачи края К. Н. Тимофеев, А. Д. Сундетов, А. А. Келлер, З. А. Латыпова, А. А. Реппо, Н. Т. Алибаев, Х. С. Калжигитов, А. Ф. Попова и др.

Наши материалы показывают, что в эти годы в связи со снижением эпидемических и ликвидацией неэпидемических (мalariaя), фавуса и др.) заболеваний снизилась (по сравнению с 20-ми годами) общая заболеваемость городского населения. Эпидемический тип патологии населения, свойственный экономически отсталым странам, в животноводческих районах приобретает переходный характер [5]. Выросло в крае число фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. Впервые в регионе стала проводиться массовая иммунизация детей против кори. Продолжались профилактические осмотры на туберкулез, злокачественные заболевания, в чем активное участие принимают сотрудники Казахского НИИ туберкулеза, онкологии и радиологии.

Характерной особенностью здравоохранения региона явилось создание Актаюбинского государственного медицинского института (АкГМИ) в 1957 г., ставшего прочной базой подготовки национальных врачебных и научно-педагогических кадров, а также центром медицинской науки. Большая заслуга в становлении АкГМИ и совершенствовании его научной и педагогической деятельности принадлежит его ректорам профессорам А. Б. Даирову, А. С. Смаголову и др., а также медицинским вузам (например, Новосибирскому, Рижскому, ЦОЛИУБ) и НИИ генетики, гигиены им. А. Н. Сысина ревматологии и другим. В АкГМИ сформировался высококвалифицированный преподавательский состав (профессора В. В. Морозова, В. И. Савельев, Н. И. Изимбергенов, К. У. Касенов, Р. С. Кузденденбаева, К. К. Кудайбергенов, А. Т. Тулеуов и др.). Вузом в 1957-

5/ Душманов С. Х. Из опыта совместного исследования состояния здоровья населения //Здравоохр. Российской Федерации.—1982.—№3.—С. 17—21.

1990 гг. подготовлено 9590 врачей (в том числе по специальности лечебное дело—7879; педиатрии—1611). Выпускники казахской национальности составили 66,3%, русской—18,3%, украинской—5,2%, татарской—3,8%, и других национальностей—6,4%.

На факультете усовершенствования врачей при АкГМИ (1979–1990 гг.) обучалось 5283 врача, в том числе 1457—по социальной гигиене и организации здравоохранения, 1399—по терапии, 1045—по педиатрии, 745—акушерству и гинекологии и 397—по хирургии.

Свыше 34 тысяч специалистов подготовлено в 4 областных медицинских училищах края в довоенные и послевоенные годы.

Несмотря на некоторые успехи здравоохранения, состояние сельской медицины, особенно в Уральской области, оставалось на довольно низком уровне. В тяжелом положении находились животноводческие районы, в них не велось строительство типовых больниц; все средства были направлены на внеплановое строительство областной психиатрической больницы. В области продолжали функционировать лишь маломощные сельские участковые и центральные районные больницы, в которых оказывалась специализированная помощь только по четырем врачебным профилям (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство-гинекология). Эти и другие негативные явления были обусловлены недостаточным финансированием, слабым обеспечением медицинской техникой, проявлением волонтеризма со стороны отдельных руководителей областных отделов здравоохранения и их главных специалистов, которые порой скрывали действительный процент детской смертности на селе, искусственно подгоняя ее под общереспубликанский показатель. Аналогичным способом администрации-бюрократическая система в здравоохранении региона действовала и в отношении материнской смертности.

Как показал наш анализ, несовершенна была работа санитарно-эпидемиологических станций, вызванная последствиями реорганизации в 1951 г. санитарно-эпидемиологической службы, когда руководство деятельностью районными санэпидстанциями осуществлялось государственными инспекторами областей, не знавшими эпидемиологическое положение на местах.

На качество работы районных санитарно-эпидемиологических станций отрицательно сказались и такие немаловажные моменты, как отсутствие руководства со стороны районных здравотделов, слабая связь с общелечебной сетью и пр. Некоторые из этих недостатков удалось устранить в результате реорганизации (1956 г.) сельского звена здравоохранения.

Особо следует остановиться на 1971–1985 гг., когда, несмотря на застойный период, основным направлением развития здравоохранения Западного Казахстана являлось строительство областных, городских многопрофильных и специализированных больниц (противотуберкулезных, психиатрических, скорой помощи, детских и др.). Происходит дальнейшая дифференциация врачей по специальности — кардиология, гематология, гастроэнтерология, эндоскопия, анестезиология-реаниматология, неонатология и другие. В связи с развитием пастбищного (отгонного) животноводства в крае, особенно в Уральской области, было начато строительство типовых центральных районных и участковых больниц. Проводилась реорганизация беспersпективных сельских участковых больниц во врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты. В районах отгонного животноводства постоянно действующая передвижная врачебная амбула

тория становится наиболее приемлемой формой поликлинической помощи труженикам отгона, а больничной помощи — концентрация и специализация коечного фонда в центральных районных и номерных (зональных) больницах. В это же время медицинским персоналом проводилась большая разъяснительная работа среди жителей аулов по рациональному планированию семьи. Медицинское обслуживание сельского населения, включая животноводческие районы, в эти годы стало осуществляться по 13—14 врачебным специальностям, в том числе по оториноларингологии, офтальмологии, неврологии и другим.

Наряду с развитием и совершенствованием общелечебной сети, большое внимание в регионе уделялось медико санитарной помощи на промышленных предприятиях, железнодорожном транспорте, в рыбном хозяйстве: открываются больницы, МСЧ, санатории и профилактории. Растет число дезинфекционных станций, расширяется аптечная сеть — здесь в 1990 г. трудилось 1422 провизора и фармацевта (против 813 в 1971 г.).

Продолжала развиваться медицинская наука. Наряду с АкГМИ, в регионе были открыты филиалы Казахского НИИ туберкулеза (1972 г.), онкологии и радиологии (1976 г.). В них в 1990 году трудились свыше 220 ученых-медиков (22 доктора и более 198 кандидатов медицинских наук), 6/30 из них работали в практическом здравоохранении.

За послевоенный период ученые-медики Западного Казахстана внесли определенный вклад в развитие теоретической и практической медицины, в создание кафедр, подготовку научных и врачебных кадров.

Осуществление комплекса мероприятий обеспечило борьбу с особо опасными болезнями, а также многими социальными. Определенный вклад в эту работу, наряду с учеными НИИ и соответствующих кафедр АкГМИ, внесли социал-гигиенисты и организаторы здравоохранения края и республики, которые разработали и внедрили в практику здравоохранения некоторые новые формы организации медико-санитарной помощи. Определенные успехи достигнуты и в области общей гигиены: изучены вопросы водоснабжения, санитарной охраны водных ресурсов, использования местных лечебных факторов, условий труда на промышленных предприятиях. Результатом этих исследований явились, в частности, открытие Гурьевского бальнеологического санатория, Ералиевских горячих целебных источников, Индерских лечебных грязей, Челкарских минеральных вод. Все это нашло широкое применение в лечении и профилактике желудочно-кишечных заболеваний, болезней печени, нервной системы, нарушений обмена веществ, кожных и других болезней. Проводилось изучение эпидемиологии и профилактики брюшного тифа, болезни Боткина, бруцеллеза, чумы, риновирусной инфекции и других.

Цикл работ был выполнен по терапии, в частности, по изучению сердечно-сосудистой патологии, по разработке вопросов лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, применению местной Челкарской минеральной воды в лечении больных с гастроэнтерологическими заболеваниями. Разработки в области хирургии посвящены легочной и сосудистой хирургии, хирургии желудочно-кишечного тракта, лечению перитонитов ожогов и язв и пр.

6/ В 20-е годы в Западном Казахстане было всего два доктора медицины.

В области акушерства и гинекологии изучалось состояние родовой деятельности при различных патологиях беременности и родов, а педиатрии — причины детской заболеваемости и смертности.

Следует, однако, сказать, что достигнутый уровень развития здравоохранения и медицинской науки не привел к значительному улучшению медицинской помощи. Как и прежде, все внимание направлялось на выполнение лечебными учреждениями (больницами, поликлиниками и т. д.) экспенсивных показателей. К заслугам в здравоохранении привели также остаточный принцип финансирования, недостаточное внедрение научно-технических достижений, отсутствие региональных научных разработок. Крупным недостатком была неудовлетворительная подготовка кадров, а также субъективизм в расстановке руководящих работников здравоохранения.

С введением в 1973 г. статуса государственного санитарного врача наметилась тенденция к обособлению санитарно-эпидемиологической службы. Такое негативное явление еще больше усилилось с 1975 г. в связи с централизацией финансирования и управления санэпидслужбы. Это привело опять-таки к нарушению единства действий работников санитарно-эпидемиологической службы с врачами общечелебной сети, что препятствовало осуществлению общегосударственной программы по оздоровлению населения и мер, направленных на ликвидацию неблагоприятных социально-гигиенических факторов.

Б шестой главе освещены вопросы развития здравоохранения Западного Казахстана в 1986-1990 гг.

Проведенный нами анализ развития здравоохранения Западного Казахстана в 1986-1990 гг. показал, что коренным образом изменилось планирование работы медицинских учреждений и оценка их деятельности. Теперь работа каждой больницы, поликлиники, диспансера и т. д. планируется с учетом реального уровня заболеваемости населения идается оценка их деятельности с точки зрения эффективности лечения. Улучшилась подготовка педиатров, акушеров-гинекологов и средних медицинских работников. Органами здравоохранения края осуществлены некоторые меры по ускорению строительства и модернизации сети медицинских учреждений, по улучшению их материально-технической базы. Были приобретены медицинские лазеры, ЭВМ, барокамеры, электроэнцефалографы, эндоскопические аппараты, телефонные электрокардиографы, рентгеновские аппараты с мониторами и ряд других.

Увеличиваются в эти годы ассигнования на здравоохранение — в 1990 г. на 42,8% по сравнению с 1986 г; возрастает число вневрачебных и больничных учреждений, расширяется аптечная сеть. В областных центрах Западного Казахстана стали функционировать кардиологические диспансеры, отделения восстановительного лечения, консультация «Брак и семья», центры по профилактике и борьбе со СПИДом (в Уральске и Гурьеве), Центральная научно-исследовательская лаборатория по контролю загрязнения окружающей среды (в Тенгизе), медицинское училище в Новом Узене.

В годы перестройки, как показали наши материалы, в Западном Казахстане многое стало меняться в организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Так, были введены догоспитальное обследование больных, дневные стационары, бригадные методы работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Внедряется в практику ряд современных методов диагностики и лечения, такие методы как мануальная терапия, рефлексотерапия и др.

Вошло в практику оказание населению платных медицинских услуг. С 1987-1988 гг. в городах Уральске, Атырау (бывший г. Гурьев), Актюбинске и Актау (бывший г. Шевченко) действуют хозрасчетные поликлиники (кабинеты) зубопротезирования, косметологии, иглотерапии, ультразвуковой диагностики, массажа, физиотерапевтических процедур и пр.

Все это позволило несколько улучшить качество и эффективность лечебно-профилактической помощи. Начал снижаться в крае, как показывают годовые статистические отчеты, уровень детской заболеваемости и смертности, а также заболеваемости с временной утратой трудоспособности, заболеваемости туберкулезом и другими болезнями.

На селе продолжалась реорганизация маломощных сельских участковых больниц и некоторых фельдшерско-акушерских пунктов во врачиебные амбулатории. Активизируют свою работу передвижные медицинские службы (специализированные бригады врачей, врачебные амбулатории, женско-детские консультации, аптечные пункты и др.).

Однако перестройка здравоохранения в регионе, ее темпы не отвечают потребностям населения. На перестроительные процессы в крае отрицательное влияниеоказал наступивший кризис в социально-экономической жизни общества. В связи с этим органы и учреждения здравоохранения региона так и не достигли желаемых изменений в медицинской помощи и профилактической работе. Как и прежде, не удовлетворяют потребностей практического здравоохранения подготовка медицинских кадров и результаты научных исследований. По-прежнему остро ощущается дефицит медицинского инструментария, оборудования, перегязочных материалов лекарственных и других средств. Не отвечают жизненным запросам материально-техническая база и оснащенность медицинских учреждений, медицинских училищ и вузов.

Выполнение этих и других задач здравоохранения, как нам представляется, должна способствовать реализация комплексных программ «Здоровье» областей Западного Казахстана, а также вступивший в силу закон Республики Казахстан «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан» (1992 г.).

Итак, анализ развития здравоохранения Западного Казахстана показал, что за 70 лет существования Казахской ССР (с 1920 по 1990 гг.) количество больничных коек увеличилось по сравнению с 1913 г. в 63,2 раза, число врачей с высшим образованием—в 122 раза и средних медицинских работников—в 151,5 раза. Даже эти цифры свидетельствуют об огромном прогрессе в здравоохранении этого важного региона Казахстана, хотя объективности ради, отметим, что такого же значительного улучшения показателей здоровья населения не произошло.

**В седьмой главе** представлены материалы, характеризующие историю зарождения, характер и особенности развития народной медицины в Западном Казахстане.

Археологические и палеонтологические находки свидетельствуют, что зачатки врачевания в крае относятся к эпохе мезолита и неолита (В. В. Гинзбург, 1960; С. И. Исмагулов, 1961; Д. Г. Рохлин, 1965). Их характер определялся материальными условиями жизни общества, уровнем производительных сил и производственных отношений. На народных способах лечения лежит печать традиций тюркских племен, их обычаяев, ритуалов, особенностей питания, быта,

представлений людей об окружающем их мире, явлениях природы, существовании сверхъестественных сил. Древние врачи-шаманы использовали культ огня, неба (тентри), оды (суб) и земли (пер) и обретали, по их мнению, способность исцелять людей от всех недугов. Впоследствии эти стихии мироздания были положены в основу анатомо-физиологических воззрений представителей казахской народной медицины и медицины соседних с ней народов феодального периода. С развитием общества и религии эти воззрения совершенствовались и дифференцировались.

Помощь при заболеваниях и травмах стали оказывать не только баксы<sup>7/</sup> и балгеры<sup>8/</sup>, но и арбауши (заклинатели), жулдузы (астрологи), ушыкши (внушающие), таубы (табибы), сыныкши (костоправы), бабки-повитухи, муллы и кожа<sup>9/</sup>. В их деятельности были как рациональные, так и иррациональные способы и приемы лечения, которые сформировались вследствие не научного представления о мире (дуализм, анимизм, фетишизм, тотемизм), они также содержали элементы демонологии, мистики и суеверий.

Между народами Востока (арабами, турками, персами и др.) было не только экономическая, политическая и военная связь, но и осуществлялись общемедицинские контакты, способствовавшие обогащению в области народной медицины. Это, на наш взгляд, подтверждается общностью многих медицинских терминов, называющих различные заболевания. Например, «алапес» (проказа) — латинское название «алагетцию»; «шума» (чума) — турецкое «чума» и арабское «джумма»; «сба» (холера) — арабское «оба» и турецкое «ваба»; «дэри» (лекарство) — персидское тоже «дэри» и другие. Однако в терминахологической системе казахской народной медицины большое место занимают самобытные термины болезней: «сузек» — тиф, «безгек» — малярия, «шешек» — оспа. Наивные представления о физиологии связывали человеческий темперамент непосредственно с органами и тканями: холерика — с функцией желчного пузыря; сангвиника — с «горячей кровью», меланхолика — «холодной кровью»; флегматика — со словом — «бос» (слизняк).

Мы можем утверждать, что традиционная казахская медицина обогатила фармакологическую науку рядом ценных рекомендаций при лечении многих заболеваний. Так, цитварная полынь («дармине») применялась против изгнания глистных инвазий, кузьмичева трава («кзылша») — при сердечно-сосудистых заболеваниях, почечная трава («кумыздык») — в качестве желудочно-кишечных средств, сифилис лечили мазями, содержащими ртуть, мышьяк; туберкулез и многие другие болезни лечили кумысом, шубатом; широко использовали в лечебной практике местные грязи, минеральные источники, горячие озера и т. д.

В народной медицине также применялись некоторые оперативные методы лечения: кровопускание, прижигание, трепанация, трахеотомия.

7/ Баксы — у казахов означает «лекарь» и «колдун» (ср. у маньчжуров и монголов — «учитель, наставник, мудрец, лама»).

8/ Балгеры — от казахского слова «бал ашу», что значит предвещать, угадывать. Баксы в своей практике призывали на помощь сверхъестественные силы, балгеры же были известны в народе как предсказатели.

9/ Мулла (кожа) — духовное лицо, занимающийся иссечением крайней плоти.

мия, грыжесечение, иссечение крайней плоти. Широко развито было костоправство.

Народная медицина, несмотря на развитие медицинских учреждений в крае, и после присоединения Казахстана к России продолжала оставаться основой медицинской помощи широким массам населения, а некоторые ее традиции, как мы отмечали, не потеряли ценности и в настоящее время. Поэтому нельзя согласиться с теми авторами, которые утверждают, что знахари в крае перестали существовать сразу же после Октябрьской революции. Народная медицина жива и сегодня, особенно в сельской местности. Объясняется это, как на-ми установлено методом опроса, традиционной верой в народных лекарей, их высокой культурой обслуживания больных (гуманность, благородство, милосердие и т. д.), чего порой не хватает современным врачам. Тяга народа к целителям объясняется еще и тем, что среди массы знахарей-шарлатанов встречается немало врачевателей, пользующихся рациональными методами и способами врачевания.

Вместе с тем традиционная медицина, являющаяся выражением народной мудрости и народного опыта, с развитием научной медицины неправомерно стала терять свое значение. Этому, в частности, способствовало запрещение знахарской практики в советский период. В настоящее время в крае возникает особая необходимость всестороннего историко-медицинского исследования народной медицины и ее богатейшего многовекового опыта в технологии получения и применения природных лекарственных средств, что особенно актуально в связи с нехваткой медикаментов, отрицательными последствиями применения антибиотиков и сульфаниламидных препаратов, а также глобальной химизацией сельскохозяйственной продукции, перенасыщенной нитратами, нитритами, пестицидами и др. В регионе для решения этой проблемы имеются достаточно квалифицированные научные кадры, которые уже начали вести работу в этом направлении по плану республиканского Центра традиционной медицины.

В **Заключении** подводятся итоги исследования, проведенного в диссертационной работе.

## ВЫВОДЫ

1. При исследовании истории медицины и здравоохранения крупного государства — Республики Казахстан — нами впервые использован региональный подход со сравнительным анализом. Это позволило на примере Западного Казахстана подробно рассмотреть и глубоко проанализировать процесс развития охраны здоровья народа и воссоздать объективную, научно обоснованную картину исторического пути, пройденного здравоохранением.

2. Изучение ведущих направлений и особенностей развития медицины и здравоохранения Западного Казахстана дало основание выделить два основных исторических периода: 1) начиная с общино-родовых организаций и присоединения к России и до Октябрьской революции (1831-1917 гг.) и 2) современный, начавшийся после Октябрьской революции и установления советской власти.

3. В первом периоде медико-санитарное дело характеризовалось рядом последовательных мер, обусловленных присоединением Западного Казахстана к России и пребыванием здесь русской армии с ее военной медициной, учреждением при Оренбургской пограничной ко-

миссии для обслуживания коренного населения должностей лекаря и фельдшеров, созданием уездной медицины, организацией участковой медицины (по типу земской).

4. Структура медицины Западного Казахстана имела в то время определенную специфику. Большую роль со временем присоединения к России играла ведомственная медицина, в т. ч. переселенческая казачья (медицинская служба Уральского казачьего войска), ордынская (Внутренней (Букеевской) орды), железнодорожная (Рязанско-Уральской железной дороги, фабричная (нефтепромышленных и акционерных обществ) и др.

5. Важной особенностью Западного Казахстана было то, что, несмотря на отсутствие земств, здесь еще с конца XIX в. существовали и плодотворно действовали земские больницы: они содержались на сборы, взимаемые с населения.

6. Во втором периоде большие перемены произошедшие вскоре после Октябрьской революции в здравоохранении Западного Казахстана начались с создания областных, губернских и уездных Народных Комиссариатов, преобразованных впоследствии в отделы здравоохранения, а в административном центре республики — Кирздревотдела (переименованного затем в Наркомздрав Киргизской (Казахской) республики; он функционировал как единый орган руководства и планирования медико-санитарного дела. Эта прогрессивная структура объединила ранее разрозненные медицинские организации региона в общую лечебно-профилактическую сеть. Особую роль сыграла разумная национальная политика, позволившая решить, в основном, сложную социальную задачу развития здравоохранения и подготовки медицинских кадров.

7. В тяжелые годы Великой Отечественной войны и послевоенного восстановления деятельность медицинских учреждений края была направлена на прием эвакуированного населения, раненых и больных воинов, а также на борьбу с эпидемиями инфекционных заболеваний. Организовывались эвакогоспитали, велась ускоренная подготовка медицинских кадров для фронта и тыла, осуществлялось лечение и реабилитация раненых и больных воинов, оказывалась помощь здравоохранению освобожденных районов Молдавии, Украины, Белоруссии, Российской Федерации и Прибалтийских республик.

8. В 50-80-е годы основное внимание было направлено на укрепление материально-технической базы здравоохранения в (связи с бурным развитием промышленности, в том числе нефтегазовой, и сельского хозяйства), на расширение специализированных видов медицинской помощи городскому и сельскому населению. Была проведена реорганизация управления сельского здравоохранения (1956 г.) и санитарно-эпидемиологической службы (1951, 1973, 1975 гг.). В широких масштабах начала осуществляться подготовка национальных научных и врачебных кадров.

9. Анализ последних 70 лет истории здравоохранения Западного Казахстана позволил выявить не только позитивные, но и негативные тенденции развития, обусловленные действиями административно-командной системы, волонтеризмом отдельных руководителей, что отрицательно сказалось на решении важнейших задач охраны здоровья в регионе. Развитие здравоохранения носило ярко выраженный энтеценсивный характер, финансирование осуществлялось по достаточному принципу, почти не укреплялась материально-техническая база, особенно в районах отгонного животноводства.

10. Перестройка здравоохранения, начавшаяся в Западном Казахстане в 1986 г., проходила непоследовательно, без четкой программы и научно обоснованных приоритетов. Качество медико-санитарной помощи снизилось, не улучшилась подготовка медицинских кадров, научные исследования не отвечали требованиям практики. На состояние лечебной помощи поистине разрушительное влияние оказал наступивший кризис в социально-экономической сфере.

11. Бажную роль в охране здоровья народа в Западном Казахстане играла и продолжает играть народная медицина, которая, как гами установлено, не была изолирована от медицинской культуры народов Востока. Традиционная казахская медицина применяла эффективные лекарства растительного, животного и минерального происхождения. Широко использовались различные лечебные факторы, применялись и малые операции. Богатейший многовековой опыт казахской народной медицины заслуживает всестороннего исследования, использования всего рационального в современной медицинской практике.

12. Проведенный нами анализ истории здравоохранения Западного Казахстана подтверждает огромную роль помощи, которую еще до Октябрьской революции оказали казахскому населению русские врачи и ученые. В годы существования СССР важное значение в развитии медицинских служб региона имело взаимовыгодное сотрудничество, медиков Казахстана и других республик. Все это опровергает доводы тех, кто высказывает националистические, сепаратистские и другие крайне точные зрения, и свидетельствует о благотворности объединения усилий по охране здоровья народов.

## ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

1. По материалам диссертации разработаны методические рекомендации «Комплексное изучение истории медицины и здравоохранения в Казахстане» (1990 г.), утвержденные Ученым советом Алматинского медуниверситета и широко используемые в практике преподавания курса истории медицины в медицинских вузах республики.

2. Разработаны методические рекомендации «Опыт изучения здоровья населения сельского района и разработка мероприятий по его улучшению» (1982 г.)—в помощь организаторам здравоохранения и практическим врачам.

3. Издана монография «Медицинское обслуживание населения районов отгонного животноводства» (1984 г., тираж 3500 экз.), адресованной организаторам медицинской службы, практическим врачам, научным работникам и студентам медицинских вузов.

4. Материалы диссертаций использованы при комплектовании фондов и экспозиций музея истории медицины и здравоохранения Минздрава Казахстана (г. Алма-Ата), фонда Центрального Государственного архива Казахстана, областных историко-краеведческих музеев и государственных архивов Уральской, Атырауской, Актюбинской и Мангистауской областей.

5. Материалы диссертаций используются в процессе преподавания на кафедрах социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины Алма-Атинского, Актюбинского, Целиноградского и других медицинских институтов Казахстана.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Душманов, С. Х. Из истории здравоохранения Тайпакского района Западного Казахстана //Здравоохр. Казахстана.—1976.—№9.—С. 88—89.
2. Душманов С. Х. Здравоохранение Тайпакского района в девятой пятилетке //Здравоохр. Казахстана.—1981.—№3.—С. 20—22.
3. Душманов С. Х. Особенности заболеваемости населения района отгонного животноводства //Сов. здравоохранение.—1981.—№10.—С. 42—47.
4. Душманов С. Х. Булюбаев А. Т. Опыт изучения здоровья населения сельского района и разработка мероприятий по его улучшению: (Методические рекомендации).—Уральск, 1982.—16 с.
5. Душманов С. Х. Из опыта совместного исследования состояния здоровья населения //Здравоохр. Российской Федерации.—1982.—№3.—С. 17—21.
6. Душманов С. Х., Душманова Т. Б. Здравоохранение Уральской области //Сов. здравоохранение.—1983.—№6.—С. 66—69.
7. Душманов С. Х. Медицинское обслуживание населения районов отгонного животноводства.—Алма-Ата: Казахстан, 1984—110 с.
8. Душманов С. Х. К. Н. Тимофеев (К 100-летию со дня рождения) //Здравоохр. Казахстана.—1985.—№9.—С. 75.
9. Душманов С. Х. Уездная медицина в Уральской области //Сов. здравоохранение.—1985.—№9.—С. 57—59.
10. Душманов С. Х. Из истории борьбы с чумой в Западном Казахстане //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.—1986.—№8.—С. 115—118.
11. Душманов С. Х. Медицинская служба Уральского казачьего войска //Сов. здравоохранение.—1987.—№3.—С. 70—73.
12. Душманов С. Х. Земская медицина в Западном Казахстане //Сов. здравоохранение.—1987.—№4.—С. 68—71.
13. Душманов С. Х., Гражданов А. К. Здравоохранение Западного Казахстана в годы становления Советской власти //Сов. здравоохранение.—1987.—№11.—С. 62—65.
14. Душманов С. Х. Медицина на территории бывший Внутренней (Букеевской) орды //Здравоохр. Казахстана.—1987.—№11.—С. 76—78.
15. Душманов С. Х. Взращенный Октябрем //Здравоохр. Казахстана.—1987.—№12.—С 55.
16. Душманов С. Х. Здравоохранение Западного Казахстана в годы Великой Отечественной войны //Сов. здравоохранение.—1989.—№4.—С. 65—69.
17. Душманов С. Х. Ружейников И. С.—врач, революционер, большевик //Сов. здравоохранение.—1989.—№6.—С. 63—64.
18. Душманов С. Х. Переселенческая медицина в Западных областях Казахстана //Сов. здравоохранение.—1989.—№10.—С. 75—77.
19. Душманов С. Х. Комплексное изучение истории медицины и здравоохранения в Казахстане: (Методические рекомендации) /Под ред. А. Р. Чокина.—Алма-Ата, 1990.—9 с.
20. Душманов С. Х. Абдрахманов Е. А. Служба охраны здоровья железнодорожников //Здравоохр. Казахстана.—1990.—№3.—С. 70—71.
21. Душманов С. Х., Гражданов А. К., Шагирова К. К. Эпидемия сыпного тифа в Уральской области //Региональное совещание про-

тивочумных учреждений по эпидемиологии, эпизоотологии и профилактике особо опасных инфекций (19—20 декабря 1989 г., город Уральск). Материалы.—Куйбышев, 1990.—С. 261—263.

22. Душманов С. Х. Подготовка медицинских кадров в Западном Казахстане //Здравоохранение Казахстана.—1991.—№2.—С. 77—78.

23. Душманов С. Х. Здравоохранение и медицинская наука на западе Казахстана //Сов. здравоохранение.—1991.—№4.—С. 46—49.

## **МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛОЖЕНЫ И ОБСУЖДЕНЫ НА:**

Научной конференции Уральского педагогического института им. А. С. Пушкина (Уральск, 1984—1991).

Заседаниях кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины Алма-Атинского государственного медицинского института (Алма-Ата, 1988—1990 гг.).

Заседаниях Центральной проблемной научной планово-контрольной комиссии и Учетного совета АГМИ (Алма-Ата, 1988, 1989).

I съезде краеведов Уральской области (Уральск, 1989).

Региональном совещании противочумных учреждений, посвященном 75-летию Уральской противочумной станции (Уральск, 1989).

Заседании проблемной комиссии «История медицины» АМН (Москва, 1990).

**СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ БИОГЕННОГО АГЕНТИЧЕСКОГО ФАКТОРА**

1. Абдесекеров С. А., Абдесекерова Г. А., Абдесекеров А. А. Оценка опасности инфекции синих дрожжей у детей // Материалы конференции по проблемам медицинской микробиологии и иммунологии. - Казань, 1990. - С. 251-253.

2. Абдесекеров С. А. Дифтерия в Казахстане // Материалы конференции по проблемам медицинской микробиологии и иммунологии. - Казань, 1990. - С. 35-38.

3. Абдесекеров С. А. Синие дрожжи как фактор риска инфекционных заболеваний // Материалы конференции по проблемам медицинской микробиологии и иммунологии. - Казань, 1990. - С. 11-14.

4. Абдесекеров С. А. Синие дрожжи как фактор риска инфекционных заболеваний // Материалы конференции по проблемам медицинской микробиологии и иммунологии. - Казань, 1990. - С. 15-18.

- МАТЕРИАЛЫ НАУЧНОЙ ДОКТОРАНТУРЫ АДДЕСЕКЕРОВЫХ**
1. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Докторская диссертация. - Казань, 1991. - 180 с.
2. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
3. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
4. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
5. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
6. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
7. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
8. Абдесекеров С. А. Оценка опасности инфекции синими дрожжами у детей // Кандидатская диссертация. - Казань, 1981. - 180 с.
9. Абдесекеров С. А. Медицина на Уральской земле // Сов. здравоохранение. - 1983. - № 9. - С. 37-39.
10. Абдесекеров С. А. Из истории орбиты синих дрожжей в Сибири // Наука о здоровье. Микробиология, эпидемиология и иммунобиология. - 1988. - № 1. - С. 115-128.
11. Абдесекеров С. А. Медицина службы Уральского изолятора // Сов. здравоохранение. - 1987. - № 1. - С. 71-73.
12. Абдесекеров С. А. Земская медицина в Западном Казахстане // Сов. здравоохранение. - 1987. - № 1. - С. 60-61.
13. Абдесекеров С. А., Григорьев А. И. Здравоохранение Западного Казахстана в годы становления Советской власти // Сов. здравоохранение. - 1987. - № 1. - С. 62-65.
14. Абдесекеров С. А. Медицина на территории бывшей Вятской губернии (Башкортостан) // Наука // 1987. - № 11. - С. 76-78.
15. Абдесекеров С. А. Верхнепечный Ординар // Дравоохран. Казахстан. - 1987. - № 12. - С. 55.
16. Абдесекеров С. А. Здравоохранение Западного Казахстана в годы Великой Отечественной войны // Сов. здравоохранение. - 1988. - № 1. - С. 61-63.
17. Абдесекеров С. А., Рубакинов И. С. - врач-ревматолог-больничник // Сов. здравоохранение. - 1989. - № 6. - С. 63-64.
18. Абдесекеров С. А. Верхнепечская медицина в Западных губерниях России // Сов. здравоохранение. - 1989. - № 10. - С. 75-77.
19. Абдесекеров С. А. Медицинское наследие истории медицины и здравоохранения в Казахстане // Медицинские реалистические проблемы. Альбом научных трудов. - 1990. - № 11.
20. Абдесекеров С. А., Абдесекерова Е. А. Серые дрожжи как фактор риска инфекций // Здравоохран. Казахстан. - 1990. - № 3. - С. 70-71.
21. Абдесекеров С. А., Григорьев А. И., Шагирова Б. И. Оценка синего тифа в Уральской области // Радиоактивные загрязнения в

Чапаевская укрупненная типография. З-1102а. Т-120. Октябрь. 1992.

