

Батоев Сергей Дашидондович

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

07.00.10 – История науки и техники (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2019

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный консультант:

доктор медицинских наук, доктор
исторических наук, профессор

Балалыкин Дмитрий Алексеевич

Официальные оппоненты:

Микиртичан Галина Львовна – доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики, заведующий кафедрой

Остапенко Вероника Михайловна – доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, заведующий кафедрой

Ратманов Павел Эдуардович – доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, профессор кафедры, помощник ректора по информационно-аналитической работе

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ Минздрава России)

Защита диссертации состоится _____ 2019 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.15 в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, Москва, ул. Малая Пироговская д. 20, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119 034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан _____ 2019 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д. 208.040.15

доктор медицинских наук

Лихтерман Болеслав Леонидович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования Преемственность и серьезное осмысление основополагающих этапов цивилизационного развития России необходимы для эффективного реформирования такой стратегической отрасли, как здравоохранение. Адекватная оценка богатого многообразного исторического наследия, имеющегося в каждом регионе большой страны, поможет сегодня избежать ошибок и просчетов при решении крупных социальных задач. Исторический опыт свидетельствует о том, что правильный региональный подход в развитии здравоохранения дает положительные результаты. Приобретает чрезвычайную важность четкое знание и понимание региональных особенностей и различий в ресурсном и кадровом обеспечении здравоохранения [В.И. Стародубов, А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, 2004].

В современных политических и социально-экономических условиях развития Российской Федерации, дифференцированные нормативы по федеральным округам послужат толчком для формирования многоуровневой региональной модели, которая позволит рационально организовать сеть межрайонных отделений с учетом особенностей расселения – этого важнейшего условия приближения специализированной медицинской помощи к месту жительства населения [В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, 2010].

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.

Вопрос хозяйственно-культурного освоения земель на восточных окраинах России был актуален в XVII-XIX веках и не теряет своей остроты в настоящее время. На обеспеченных сырьевыми ресурсами пространствах востока России, составляющих 6952,6 т. км² – 40,6% территории всей страны проживает 7% населения [Ф.Ф. Болонев, 2013]. 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 развития Забайкалья. На этом основании можно сделать серьёзный вывод, что важнейшие аспекты демографической и военно-политической безопасности самым тесным образом переплетаются между собой [Н. Извеков, 2001].

Забайкалье наряду с другими субъектами восточной части России сегодня занимает существенное положение с учетом 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.

Наше историко-медицинское исследование призвано восполнить существующий в настоящее время пробел в комплексном анализе истории зарождения основ системы здравоохранения Забайкалья в представленных хронологических рамках. Многим 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.

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» [Е.Д. Петряев, 1984]. Не фокусируя внимание на неоднозначном и противоречивом процессе присоединения Забайкалья, следует признать, что правительство Российской империи в течение двух с лишним веков осуществляло целенаправленную государственную политику по демографическому и социокультурному интегрированию Забайкалья с целью рационального освоения, эффективного закрепления территории и обеспечения безопасности границ, что подразумевало, в том числе и создание системы медицинской помощи для всего населения региона.

Первоначальное единообразие административно-территориальных, климатогеографических, социально-экономических, национальных, религиозных условий для формирования основ системы здравоохранения в

целом по Забайкалью позволяют нам объединить материалы, описывающие историю двух больших современных регионов Российской Федерации (Республика Бурятия - 351,3 т. км², Забайкальский край – 431,8 т. км²) для успешного выполнения диссертационного исследования, ставящего своей целью анализ истории зарождения системы здравоохранения Забайкалья в рамках единой организационно-территориальной структуры.

Степень разработанности темы исследования. В большинстве масштабных научных публикаций встречается изучение вопроса в целом по Сибири, либо фрагментарно по ее регионам. Первыми крупными научными работами по истории здравоохранения Сибири стали докторские диссертации Н.П. Федотова «Очерки по истории медицины в Сибири в связи с историей ее колонизации (1585-1861 гг.)» (1958), и Г.И. Мендриной «Очерки по истории медицины Сибири эпохи капитализма (1861-1917 гг.)» (1965), в которых проведен анализ по истории медицины и здравоохранения Сибири и представлены отдельные материалы о состоянии медицинской помощи населению Забайкалья.

Первая докторская диссертация по истории здравоохранения Забайкалья принадлежит К.И. Журавлевой «Здравоохранение и здоровье населения Забайкалья (1765–1965 гг.)» (1966), и посвящена фундаментальному изучению влияния социально-экономических и медицинских мероприятий на показатели здоровья населения Забайкалья в изучаемый период. Выводы диссертации свидетельствуют о безусловной победе советского здравоохранения в плане оздоровления населения Забайкалья. Отмечается влияние идеологии соответствующего периода, когда «царское правительство фактически сняло с себя всякую ответственность за здоровье народа».

Первые систематические исследования в области истории медицины Забайкалья, были предприняты, военным врачом, Е.Д. Петряевым, работавшем в Чите в 1941-1956 гг. В его многочисленных работах: «Исследователи и литераторы старого Забайкалья: Очерки из истории культуры края» (1954), «Нерчинск: очерки культуры прошлого» (1959), «Н.В. Кирилов – исследователь Забайкалья и Дальнего Востока» (1960), «Краеведы и литераторы Забайкалья: библиографический указатель. Дореволюционный период» (1981), и др., положено начало изучению истории здравоохранения дореволюционного Забайкалья не только с позиции краеведческого интереса, но и историко-медицинского научного анализа. Е.Д. Петряевым представлена характеристика первых элементов медицинской помощи, оценена роль и значение лечебных учреждений, первых госпитальных школ, раскрыты биографии первых врачей, трудившихся в регионе.

Продолжением познания темы является скрупулезный труд Р.И. Цуприк «Литературное, историческое и медицинское краеведение» (2014), в котором на огромном фактографическом материале раскрыты многие ранее неизвестные события и имена по истории здравоохранения Восточного Забайкалья от дореволюционного периода - вплоть до современного. Представленное обширное комплексное исследование ограничивается в основном одним регионом - Забайкальским краем.

Детальному рассмотрению вопроса истории здравоохранения Республики Бурятия (Западное Забайкалье) посвящены совместные труды Д.Б. Батоева, С.Д. Батоева, Т.Д. Дугаржаповой, Н.П. Демковой: «История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – начало 1960 гг.)» (2004), «Первый нарком Андрей Тимофеевич Трубочеев в истории здравоохранения Бурятии» (2009), «Первый врач и организатор здравоохранения Агинской степи (1900-1940 гг.)» (2014). В этих работах был впервые раскрыт исторический процесс становления и развития системы медицинской помощи в одном регионе - Республике Бурятия и отдельно у коренного населения Восточного Забайкалья.

Таким образом, критический обзор существующей историографии, указывает на сохраняющуюся в текущем столетии фрагментарность исследований и отсутствие масштабного труда по целостной истории зарождения основ системы здравоохранения в Забайкалье на протяжении длительного исторического периода с XVIII в. и до конца первой четверти XX века. 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.

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 здоровья 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.

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, предпринятых советской властью, была упразднена.

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.

Методы, использованные при проведении 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 региональными 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.

Источниковая база исследования

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 военно-политическую, социально-экономическую ситуации, демографическую характеристику, освещает сложности заселения большой территории края.

Кратко представлена история государственных и торговых взаимоотношений России и Китая. Внушительный пласт данных касается этнографических и медицинских исследований об уровне медицинской помощи в Забайкалье, имеющихся проблемах, вопросов оспопрививания, состояния репродуктивного здоровья жителей Забайкалья.

Во вторую группу отнесена историография советского периода, посвященная изучению медицинских мероприятий в Сибири и Забайкалье, начиная от имперской эпохи XVIII века. Приводятся сведения о характеристике первых городов Забайкалья, культурном значении градостроительства для

развития медицины. Представлены сведения о борьбе с инфекционными заболеваниями, существовавшими проблемами и попытками их решения. Изложенные материалы свидетельствуют о безусловном преимуществе советского здравоохранения без системного анализа существовавшей дореволюционной системы медицинской помощи в регионе.

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

Рассмотрены новые источники и дополнены сведения по организации административно-территориального деления Российской империи, оценено значение городских самоуправлений для эффективного развития городов Забайкалья с конца XVIII до начала XX вв. Дана характеристика общей геополитической, медицинской, социально-экономической и демографической ситуации в регионе.

Определена первостепенная экономическая роль для Забайкалья организация Нерчинского Горного округа в первой половине XVIII века. Отмечается преобладание народной и впоследствии традиционной тибетской медицины у коренного и «пришлого» населения Забайкалья практически до начала XX века. Помимо государственного сектора, признано большое значение для становления системы здравоохранения в регионе развитие общественной и частной медицины, широкой благотворительной деятельности.

Изученные материалы свидетельствуют о неразрывной связи всех государственных мероприятий, происходивших в стране и регионах по формированию охраны здоровья населения, широко использована мемуарная литература и диссертационные исследования по различным губерниям и областям имперской России.

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

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

1) **Государственного архива 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) **Государственного архива 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 здравия 1853-1871 гг.

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

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 и обсуждены 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 XVII Конгресса педиатров России (Москва, 2013), на 10-й международной научной конференции «Медицинская профессура СССР» (Москва, 2012), на III съезде конфедерации историков медицины (международный) (Москва, 2009).

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.

Публикации

По результатам проведенного исследования опубликовано 37 печатных работ, из них 3 монографии и 15 статей в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК РФ, в том числе, 11 статей, входящих в базы данных Scopus и Web of Science.

В 2019 году по результатам работы дополнительно опубликовано еще 2 статьи (февраль и июнь) в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК РФ и входящих в базы данных Scopus и Web of Science.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во «Введении» обоснована актуальность темы диссертации, научная новизна, сформулированы цель и задачи исследования, методологические

основы и научно-практическая значимость работы, приведены основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава посвящена историографии проблемы и характеристике источников. Со второй половины XX века по настоящее время обобщающего историко-медицинского исследования по системному анализу этапов зарождения системы здравоохранения в Забайкалье в представленных хронологических рамках нет.

Вторая глава «Зарождение основ системы медицинской помощи в Забайкалье в XVIII – начале XIX вв.» состоит из четырех параграфов. В представленной главе изучены предпосылки и создавшиеся военно-политические, экономические и демографические условия для организации первых элементов государственной медицины в Забайкалье.

В первом параграфе «Общая характеристика Забайкалья», рассматривается исторический процесс присоединения Забайкалья к Российской империи, которое 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.

Во втором параграфе «Оспопрививание в Забайкалье», отмечается, что оспопрививание проводилось врачами-энтузиастами, сначала в Западном Забайкалье с 1770 г., а в Восточном Забайкалье позднее в городе Нерчинск с 1809 – 1811 гг.

Наше исследование показывает, что 1811 год следует считать датой начала проведения государственных мероприятий по вакцинации против натуральной оспы на всей территории Забайкалья.

Таблица 1 - Оспопрививание в Забайкальской области в 1861 году (по архивным материалам)

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%

Коренное бурятское население в целом охотно подвергалось оспопрививанию, а жители старообрядческих сел ввиду своего образа жизни долго сопротивлялись массовой вакцинации. Оспопрививание активно проводили обученные оспенные ученики из крестьян и представителей коренного населения, которые за это получали денежное вознаграждение и имели государственные льготы.

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, всем детям, находящимся в арестантских партиях и не имеющих на себе ясных следов прививной или натуральной оспы, прививать на местах отправления и о результатах докладывать министру МВД два раза в год».

Выявлены основные проблемы, препятствовавшие оспопрививанию в Забайкалье (нехватка квалифицированных специалистов, недостаточное количество прививочного материала, трудности его доставки в Забайкалье и встречавшееся негативное отношение к прививкам). В Забайкалье на местной базе так и не удалось организовать производство коровьей оспенной материи. Поставка детрита для вакцинации осуществлялась из Санкт-Петербурга, Орла, Красноярска, Томска. В 1910 году в Российской империи было 55 телятников, из них 25 принадлежали частным лицам. Даже земские губернии не все располагали телятниками.

Для продолжения проведения оспопрививания был принят закон от 21 июля 1914 года о предохранительном оспопрививании в собрании Указаний и распоряжений Правительства за 1914 год № 156, введенном в действие по Забайкальской области Иркутским генерал-губернаторством 4 ноября 1915 года за № 11896. Таким образом, доказана актуальность оспопрививания в Забайкалье, как первой государственной медико-профилактической задачи.

В третьем параграфе «Первые медицинские учреждения и медицинские работники в Забайкалье», показано, что 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, где впервые в стране добыто серебро (1704г.) и золото (1722г.). В конце первой половины XVIII века (1742г.) открывается Нерчинский Горный госпиталь, в интересах лечения рабочего персонала сереброплавильных и золотоносных рудников и военных чинов, находившихся в Нерчинском Горном округе, площадью 240 т. км².

В Западном Забайкалье создание медицинского дела началось с военного лазарета и аптеки, которые открылись в городе Селенгинске в 1765 году. Город Селенгинск обладал особым военно-пограничным статусом и был воздвигнут на торговом пути в Монголию и Китай. Вторым стационарным лечебным учреждением в Западном Забайкалье в конце 80-х гг. XVIII века стал батальонный лазарет в городе Верхнеудинске, с 1790 года переименованный в военный «гошпиталь».

Гражданская система лечебных учреждений развивалась со значительным опозданием относительно военных и горнозаводских. В результате постепенного усиления экономического, торгового, юридического статуса повышается роль городов Забайкалья.

Первым из них получил право магистратского управления Верхнеудинск. Нами уточнена дата открытия Верхнеудинской гражданской больницы (1803г.), которая стала первой городской больницей Забайкалья. Организатором ее был

лекарь Кларин Шиллинг. В 1812 году больница обустроилась новым корпусом и переведена на безопасное в санитарно-гигиеническом отношении место. Лечение было платным и не всегда доступным бедным слоям «пришлого» и коренного населения.

Вторую гражданскую больницу Забайкалья организовали в городе Троицкосавск в 1820 году. И соответственно в 1827 году открыли третью городскую больницу в городе Нерчинск. Она же стала первой на территории Восточного Забайкалья. Эти лечебные учреждения подчинялись Иркутскому приказу общественного призрения. Организация в первой четверти XIX столетия трех городских больниц, хотя и небольших, и плохо оборудованных, свидетельствует о начале формирования гражданской медицины и на окраине Российской империи.

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. В городе Якутске в 1843 году построена гражданская больница на 40 коек, содержащаяся Иркутским приказом общественного призрения.

Таким образом, зарождение научной медицины в Забайкалье напрямую связано с экономической, социокультурной целесообразностью освоения и эффективного закрепления богатой ресурсами территории и необходимостью обеспечения военной охраны границ.

В четвертом параграфе «Первые медицинские школы и подготовка кадров для Забайкалья», отмечено, что следствием роста госпитальной базы и дефицитом медицинских специалистов, стала вынужденная необходимость подготовки лекарских учеников из числа местного населения. Первая медицинская школа была открыта подлекарем Е. Томиловым в 1762 году при Нерчинском Горном госпитале. Система медицинского образования учеников базировалась на научных знаниях анатомии, терапии, хирургии.

В Западном Забайкалье первым преподавателем медицины стал Петр Лебедев, организовавший во второй половине XVIII столетия в Селенгинске госпитальную школу при военном лазарете. Позднее лекарь И.Ф. Ресслейн в Верхнеудинском военном лазарете также на добровольных началах набрал учеников, которые «для народной пользы ему вспомоществование могут» во всех селениях, особенно при эпидемиях. Необходимость такой подготовки кадров для Забайкалья была востребована в течение более 100 лет.

В конце XIX века в Забайкальской области с большим опозданием, нежели в центральной части России, стали систематически готовить фельдшеров и повивальных бабок. Только в 1872 году, на базе Читинского полугоспиталя

была открыта первая военно-фельдшерская школа, которая закрылась в 1905 году. И судя по документам, повивальные и фельдшерские школы открывались не только с запозданием, но и функционировали непостоянно, закрывались по разным причинам, что в общем итоге усугубляло недостаток медицинских кадров. Врачей, фельдшеров, повивальных бабок в суровый край не привлекали даже льготы и финансовые поощрения, создаваемые со стороны дореволюционного правительства. Медицинские специалисты работали преимущественно в городах, а преобладающее сельское и коренное население Забайкальской области пока оставалось без системы медицинской помощи.

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.

Таким образом, 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.

Третья глава «Становление системы здравоохранения в Забайкалье в XIX-начале XX вв.» состоит из шести параграфов. **В первом параграфе «Создание медицинского управления Забайкальской области»**, освещается организация руководства медицинским делом в Забайкалье. Внешнеполитический аспект стал решающим в образовании особой Забайкальской области (1851г.) и создании Забайкальского казачьего войска. Это прямым образом отразилось на структуре органов местной власти. Упрощенная форма военно-административного управления в первую очередь преследовала единовластие, в том числе, и при решении медицинских задач.

В состав управления входили: военный губернатор, областное правление, инспектор по медицинской части, областной прокурор. В 1852 году была введена должность инспектора медицинской части Забайкальской области, объединяющей должности областного и войскового врачей. Назначение первого инспектора медицинской части Н.Ф. Ворожцова произведено Министром Внутренних дел России приказом №1612 от 24 марта 1852 года.

В гражданских больницах могли лечиться и военные чины, а военных врачей привлекали для медицинской помощи гражданскому населению. В связи с увеличением количества округов в области предполагалось соответственно увеличение медицинского персонала и количества больниц. Поэтому для более

эффективного управления здравоохранением в 1872 году было организовано врачебное отделение Забайкальского Областного правления, подчиняющееся напрямую военному губернатору 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.

Во втором параграфе «Развитие городской медицины в Забайкальской области», показано дальнейшее становление гражданской медицины в регионе. В Российской империи финансовые расходы на медико-санитарную часть учреждались из показателей смертности населения. В Верхнеудинске отмечалась самая высокая смертность, соответственно были и выше расходы городского бюджета.

Таблица 2 - Распределение расходов на санитарно-медицинскую часть в городах Забайкальской области (1897г.) (по архивным материалам)

Города	Число 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

Остро стояла проблема снижения распространения инфекционных заболеваний. Деятельность медицинского персонала уже направлена не только на лечение,

но и на профилактику заболеваний, а также анализ эпидемиологической ситуации и социальных условий жителей Забайкалья.

В начале 1897 году заведующий Верхнеудинской гражданской больницей П.Ф. Пекурь в целях сокращения детской заболеваемости и смертности ведет работу по открытию детского инфекционного отделения. Им предпринята попытка повлиять на низкое социально-экономическое положение бедных слоев населения, хотя бы изоляцией заболевших детей, для предотвращения эпидемий. Это находит соответствующий отклик у городской власти, но актуальное предложение по ведомственным причинам в тот период не было реализовано.

В областном городе Чите, при значительно увеличившемся числе жителей,



первая городская больница открылась в 1894 году и сначала располагала всего 10 койками. За образец кочного фонда и штата персонала была принята Верхнеудинская городская больница.

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 этот период при Читинской городской больнице впервые были организованы 10 бесплатных земских коек.

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.

В третьем параграфе «Деятельность окружных, уездных комитетов общественного здоровья Забайкальской области», рассматривается проблема организации санитарной деятельности в регионе. Основным направлением городских санитарных организаций являлась борьба с эпидемиями. В 1852 году организован Областной (Чита) комитет общественного здоровья, который осуществлял руководящую роль и в подчинении которого находились все окружные (уездные с 1902г.) комитеты Забайкальской области.

Верхнеудинский окружной комитет общественного здоровья начал функционировать с сентября 1853 года. Комитет состоял: 1. Председатель. 2. Члены – 4 человека. Ими являлись: окружной врач, городской голова, благочинный протоиерей одной из церквей города Верхнеудинска, военный врач 1-й конной армии Забайкальского казачьего войска.

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.

Другим примером соответствующей работы является деятельность Троицкосавского уездного комитета общественного здоровья в начале XX столетия. 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».

Военный губернатор Забайкальской области 6 апреля 1910 года своим распоряжением № 1572 требует от Троицкосавской городской управы строгого соблюдения противоэпидемических и санитарно-гигиенических мер в местах скопления людей: постоянные дворы, трактиры, пекарни, школы и т.д. Особое внимание уделено источникам водоснабжения и качеству продовольствию для населения. Троицкосавская городская дума с этой целью организует санитарную комиссию 13 апреля 1910 года.

В 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 о появлении в Троицкосавске случаев заболевания цереброспинальным менингитом. Троицкосавский Полицеймейстер в докладной записке № 3006 докладывает об этих случаях. Предложено усилить карантинные и санитарно-гигиенические мероприятия в городе.

Для ознакомления медицинского персонала в 1905 году издается Управлением Главного врачебного инспектора МВД брошюра «Эпидемическое воспаление мозговых оболочек (цереброспинальный менингит)». 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.

Принимались меры противоэпидемического характера и в отношении детского населения. В Троицкосавскую городскую общественную больницу 17 сентября 1910 года из детского приюта поступило по одному ребенку, заболевшему скарлатиной и дифтерией. «Случаи заболевания горлом среди детей участились в слободе Усть-Кяхта. Учитывая, что низший класс часто избегает обращаться к врачебной помощи, Троицкосавская городская управа просит общественного врача города осмотреть всех больных и выявить, нет ли опасных инфекций – скарлатины и дифтерии».

На примере деятельности Верхнеудинского окружного комитета и Троицкосавского уездного комитета общественного здоровья, можно судить о их, положительной роли в поддержании приемлемого санитарно-эпидемиологического благополучия своих территорий. Существовала определенная схема проводимых медико-санитарных мероприятий при возникновении эпидемической ситуации среди населения и животных. При получении донесения о вспыхнувшей той или иной инфекционной болезни, экстренно высылают медицинского работника, вводятся карантинные меры, проводится лечение заболевших, что в общем итоге позволяло своевременно изолировать и затем ликвидировать очаги эпидемических болезней. При этом необходимые лекарственные препараты выдавали через аптеки бедным слоям населения бесплатно.

В суровых климатогеографических условиях Забайкалья при существовавшем общем дефиците медицинских кадров и отсутствия санитарных врачей, на фоне сохраняющегося невежества, предрассудков и слабых гигиенических навыков местного населения, такая деятельность медицинской, полицейской 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.

Таким образом, в начале второй половины XIX века зародились первые элементы профилактических медико-санитарных мероприятий в Забайкалье в условиях городской медицины, хотя все обязанности были возложены на городских врачей и полицейских служащих.

В четвертом параграфе «Организация и роль Забайкальского общества врачей в развитии здравоохранения», отмечено, что в 1893г. в Чите было создано Забайкальское общество врачей - второе в Восточной Сибири после Иркутска (1858г.).

Объединенная на научной основе организационно-методическая, лечебно-профилактическая, учебная и благотворительная деятельность общества позволила повысить качество мероприятий по охране здоровья населения Забайкалья. На регулярных заседаниях общества врачи получили возможность обсуждать успехи и имеющиеся проблемы зарождающейся системы здравоохранения. Приглашение на эти заседания помощников врачей значительно обогащало знания и опыт последних. Издание собственного медицинского журнала, хоть и в конце деятельности Забайкальского общества врачей способствовало расширению научно-методического направления охраны здоровья населения.

Организация Забайкальского общества врачей в конце XIX века стала возможной на фоне улучшения социально-экономического климата в области, свидетельствовало о востребованности профессиональной медицинской деятельности населением. Это, в свою очередь означало, что уже в российской провинции для совершенствования лечебно-диагностической и профилактической работы с успехом стали применять последние достижения мировой и отечественной медицины.

Таким образом, в конце XIX – начале XX вв. отмечается подъем системы здравоохранения Забайкалья, выразившийся в повышении научно-медицинского потенциала, появлении специализированной городской медицинской помощи, развитии общественной медицины и открытии частных медицинских клиник. Лечебно-диагностическое и кадровое оснащение в областном центре Чите приближается к уровню крупных городов Российской империи.

В пятом параграфе «Развитие ведомственной медицины в Забайкалье», представлено, что горнозаводская медицина в истории зарождения научной медицины Забайкалья стала тем основным звеном, от которого в дальнейшем получила развитие система здравоохранения.

Одной из особенностей медико-санитарного дела Сибири явилось возникновение приисковой медицины, обусловленное широким развитием золотодобывающей промышленности. Медицинским инспектором Нерчинского Горного округа 25 июня 1912 года назначен Е.В. Бек.

Им проведен критический анализ медицинской части Нерчинского Горного округа, свидетельствовавший о том, что уровень медицинского дела на приисках не только не улучшался, но и значительно ухудшился. В результате тщательной инспекторской проверки была выявлена масса недостатков, как по организации лечебного процесса, так и по санитарно-гигиеническим условиям пребывания в лазаретах, отсутствие подготовленных медицинских кадров. Заседание Горного совета, состоявшееся, 3 декабря 1912 года рассмотрело объективные замечания, многие из которых были действительно приняты к исполнению. Но, все необходимые мероприятия были прерваны первой мировой войной и гибелью самого врача-организатора.

С середины 80-х годов XIX века в России активно обсуждался вопрос строительства железнодорожной магистрали, которая, могла бы протянуться практически вдоль всей территории страны с востока на запад. Прохождение Транссибирской железной дороги через города Забайкалья имело огромное культурно-политическое и социально-экономическое значение для развития дореволюционного здравоохранения области.

15 августа 1899 года прибыл первый поезд в город Верхнеудинск. В мае 1900 года на станции города была открыта железнодорожная больница на 25 коек. Первым врачом, оказывавшим медицинскую помощь рабочим и членам их семей, строителям железной дороги был В.В. Натансон, который работал и терапевтом, и педиатром. Он являлся заведующим Верхнеудинской железнодорожной больницы до 1917 года.

Почетным врачом и первым хирургом железнодорожной больницы станции Верхнеудинск стал И.И. Алексеев. 25 марта 1918 года он назначается старшим врачом Верхнеудинской железнодорожной больницы. С этого момента организовано стационарное хирургическое отделение, ведется амбулаторный прием. Единственный из врачей Республики Бурятия И.И. Алексеев отмечен значком за № 19973 от 1 сентября 1943 года «Почетный железнодорожник СССР».

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 медицинского обеспечения пассажиров, железнодорожников и членов их семей. Возглавлял больницу доктор медицины С.А. Курбатов. В 1917 году железнодорожная больница расширилась до 80 коек и объединяла сеть больниц на узловых станциях забайкальской железной дороги.

Читинская пересыльная тюрьма функционировала в 1861 году, заменив бывшие этапы и полуэтапы. 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. Для этого государством выделялись дополнительные финансовые средства и лекарства.

16 марта 1872 года в Чите организован временный тюремный лазарет на 20 коек. В 1884 году построено здание тюремной больницы, в которой 2 ноября 1912 открылось операционное отделение. Главное тюремное управление разрешило приглашать хирурга (штатного не было) из другого лечебного учреждения и платить ему по 10 рублей за каждую проведенную операцию. При необходимости рентгеноскопии больные проходили обследование в рентген-кабинете Забайкальской Общины сестер милосердия за наличный расчет администрации тюрьмы.

Таким образом, лечебные заведения, функционировавшие в Забайкальской области, были подчинены различным ведомствам. Государственное управление осуществлялось врачебным отделением областного правления. При этом специалисты разного профиля могли оказывать медицинскую помощь в любой больнице по взаиморасчетам. Наметившийся позитивный перелом в организации медицинского обеспечения прервала первая мировая войны и последовавшие затем революционные события.

В шестом параграфе «Военная медицина в Забайкалье» показано, что в 1734 году в Забайкалье находились военнослужащие в количестве 6324 человек, состоявшие из Якутского полка (Тобольский гарнизонный полк Указом от 6 ноября 1727 года переименован в Якутский), находившегося в Нерчинске (ныне Забайкальский край) и Селенгинске (ныне Республика Бурятия) в количестве 639 человек.

Впервые лечебную помощь военные чины и члены их семей стали получать в Нерчинском Горном госпитале в Восточном Забайкалье в конце первой половины XVIII века. Ведомственные различия заставляли развертывать военно-медицинскую службу. В 1851 году в городе Чите в связи с образованием Забайкальского казачьего войска создан военный лазарет, который через 6 лет переформирован и оснащен как военный полугоспиталь на 75 коек. Это был прогрессивный шаг в деле улучшения здравоохранения области.

25 апреля 1855 года, учитывая пограничную территорию, специально для Забайкальского казачьего войска Государем Императором по журналу Сибирского Комитета утверждено Положение об обязательном оспопрививании.

Таким образом, был разработан регламент проведения оспопрививания в Забайкальском казачьем войске, сроки вакцинации, условия ревакцинации, порядок оформления и подачи отчётной 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 доброжелательной обстановки в период проведения оспопрививания и неукоснительное соблюдение принципов этики.

Таблица 3 - Расчет суммы, необходимой на содержание войсковых оспопрививателей Забайкальского казачьего войска в 1855 г. (по архивным материалам)

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 ^¼	1439	97
2. На канцелярские расходы:	84	5	71 ^½	480	6
А) Войсковые оспопрививатели					
Б) Бригадные лекари	6	10	-	60	-
Всего	90	32	85	1980	3
Единовременно					
На заведение инструментов примерно	-	-	-	50	-
				2030	3
В том числе по конным полкам					
Ежегодно				852	87
Единовременно				25	-
По пешим батальонам					
Ежегодно				1127	16
Единовременно				25	-

В 1881 году было осуществлено преобразование медицинской части Забайкальского казачьего войска с введением участкового принципа, но при этом до конца не были учтены территориальные и демографические особенности, что не позволило своевременно приблизиться к более равномерному медицинскому охвату всего приписного к войску населения.

К концу XIX века в Забайкальском казачьем войске функционировали 4 войсковые больницы на 190 коек, больничное отделение на 6 коек, 8 приемных

покоев на 39 коек, 12 лечебных пунктов без коечного фонда. При этих учреждениях и строевых частях Забайкальского казачьего войска состояло 14 врачей, 48 фельдшеров и 17 повивальных бабок.

Наибольшее количество коек военных лечебных учреждений располагалось в Восточном Забайкалье, в Чите и Нерчинске, а в Западном Забайкалье в Троицкосавске (граница с Монголией).

Таблица 4 - Военные лечебные учреждения в Забайкальской области в 1900 году (по архивным материалам)

Населенный пункт	Количество больниц	Количество коек
Чита	2	130
Округ	1	4
Нерчинск	2	35
Округ	3	12
Нерчинск-Заводской 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

В конце 1898 года Читинский военный полугоспиталь был реорганизован в лазарет на 350 коек, на финансирование которого выделено 84 000 рублей. Для эффективного управления из существовавших трех военных отделов к концу XIX века было сформировано четыре военных отдела с медицинским персоналом и лечебными заведениями с коечным фондом, охватывающие всю территорию Забайкальской области. К 1-му военному отделу относились Троицкосавский, Селенгинский, Верхнеудинский округа (Западное Забайкалье), к 2-му Акшинский округ, к 3-му Читинский, Нерчинский, к 4-му Нерчинско-Заводской округа (Восточное Забайкалье).

В период Русско-японской войны 1904-1905 гг. Читинский военный лазарет был расширен до 400 коек и руководил лечебной деятельностью всех полевых запасных и подвижных госпиталей региона. Во всей имперской России в начале

XX столетия имелось два крупных военных лазарета: на востоке в Чите и на западе в Гродно.

Наметился позитивный сдвиг по медицинской службе в виде увеличения количества военных лечебных учреждений, приемных покоев, кадрового и лекарственного обеспечения, поднятия денежного пособия врачам, фельдшерам и акушеркам. Были ликвидированы из-за неэффективности лечебные пункты и больничное отделение.

Таблица 5 - Динамика организации военных лечебных заведений Забайкалья (по архивным материалам)

	1887 г.		1919 г.	
	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	-	-

Через 32 года (1887-1919 гг.) количество войсковых больниц не увеличилось, коечный фонд пополнился только на 10, при этом значительно возросло количество приемных покоев на 13, а количество коек в них увеличилось на 147, появились фельдшерские амбулатории. Это было сделано в целях улучшения доступности медицинской помощи.

Лишь накануне первой мировой войны структура организации медицинской помощи казачьих войск полностью сформировалась. В целом, можно отметить постепенное экстенсивное развитие медицинской отрасли, введение участкового принципа работы (1881г.), повышения качества родовспоможения. Учитывая пограничное положение, площадь территории Забайкалья и значение военного формирования для укрепления Дальнего Востока коечный фонд больше у Забайкальского казачьего войска.

Таблица 6 - Сравнение лечебной базы 2-х казачьих войск в 1913 г. (из опубликованных источников)

	Забайкальское казачье войско (265 т. человек)		Терское казачье войско (255 т. человек)	
Войсковые больницы	4	190 коек	4	108 коек
Приемные покои	8	39 коек	3	15 коек

В июле 1914 года Читинский военный лазарет реорганизуется в военный госпиталь и выделяется в крупнейший центр военно-медицинского значения на 1000 коек.

Таким образом, 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.

Четвертая глава «Организация Забайкальского управления Российского общества Красного Креста», посвящена планомерным мероприятиям по организации лазаретов, общин и курсов подготовки сестер милосердия, сыгравших существенную роль по улучшению здравоохранения в области.

В первом параграфе «Открытие Забайкальского местного управления и местных комитетов Российского общества Красного Креста», отмечено, что организация местных управлений РОКК 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. Нерчинское местное управление Российского общества Красного Креста до этого оставалось единственным на обширной территории Забайкалья.

8 мая 1894 года в Забайкальской области было организовано Забайкальское (Читинское) местное управление Российского общества Красного Креста с центром в городе Чита, возглавляемое военным губернатором. Также было создано 9 местных комитетов, из них самое крупное в Верхнеудинске. 27 февраля 1908 года Верхнеудинский местный комитет по своему социально-экономическому и медицинскому значению преобразован в Верхнеудинское местное управление РОКК, что существенно расширило его полномочия.

Во втором параграфе «Зарождение Читинской и Верхнеудинской общины сестер милосердия Красного Креста», отмечается, что в подвижных военных госпиталях могли работать только члены Общины сестер милосердия, которых в Забайкальской области пока не было. 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.

3 апреля 1901 года состоялось открытие Общины сестер милосердия в Чите. Устав Общины предъявлял к сестрам милосердия очень строгие требования.

Присвоение звания сестры милосердия РОКК осуществлялось при полной профессиональной и нравственной подготовке испытуемой. В штате Общины состояло 3 врача, 5 сестер милосердия, 3 ученицы, 1 санитар. За первые семь месяцев 1901 г. больные посетили амбулаторию 1635 раз, в 1902 г. уже было более 5 тыс. посещений. Врачи вели прием три раза в неделю на безвозмездной основе и лекарства из аптеки Общины больные получали бесплатно. За медицинской помощью обращались как жители Читы, так и близлежащих сельских населенных пунктов.

28 марта 1906 г. начал функционировать первый и единственный в Забайкальской области в городе Чите рентгеновский кабинет, приобретенный на средства Красного Креста.

Верхнеудинская община сестер милосердия РОКК учреждена в 1907 г., второй в Забайкальской области. На одной территории с лазаретом Красного Креста находилась Община сестер милосердия, и сестры непосредственно работали в нем. Получила развитие хирургическая, терапевтическая и акушерская помощь, проводилось сохранявшее актуальное значение оспопрививание.

Таким образом, 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 в обеспечение доступности медицинской помощи не только военным, но и всему населению Забайкальской области.

В третьем параграфе «Создание Читинского и Верхнеудинского лазаретов Красного Креста», представлено, что лазарет Забайкальского местного управления РОКК в городе Чите был открыт благодаря благотворительной деятельности группы читинских врачей. Лазарет начал функционировать с середины сентября 1904 года на 15 коек, и первоначально располагался в частном доме. В январе 1905 года в связи с продолжавшейся русско-японской войной лазарет функционировал для нижних военных чинов и расширился до 150 коек. С целью лечения местного гражданского населения силами персонала лазарета была развернута дополнительная амбулаторная и стационарная медицинская деятельность.

Верхнеудинский (Улан-Удэ) лазарет РОКК открылся в городе Верхнеудинске также в 1904 году. Вначале лазарет Ее императорского Величества государыни императрицы Александры Федоровны был создан для нервных больных и раненых воинов. 23 марта 1906 года лазарет передан в распоряжение Верхнеудинского местного комитета РОКК. Лазарет

располагался в помещении, построенном после пожара (1908г.) по специальному проекту лечебно-диагностического учреждения с наличием оборудованной химико-бактериологической лаборатории, водопроводом, канализацией и автономной электростанцией.

Таким образом, оба лазарета оказали существенную пользу в медицинском обеспечении раненых и больных военнослужащих российской армии. Помимо своей основной задачи эти лазареты организовали медицинскую помощь гражданскому населению, включая и коренных жителей Забайкальской области. Созданные на благотворительно-государственной основе лазареты РОКК в Забайкалье оказались необходимой платформой для дальнейшего формирования основ здравоохранения в регионе.

В четвертом параграфе «Деятельность бурятского лазарета № 245 в Санкт-Петербурге, первый врач-бурят лазарета Лыксок Жабэ», представлена патриотического содержания страница в истории забайкальского здравоохранения, где освещена роль этого медицинского учреждения и представлена биография первого врача Восточного Забайкалья с европейским образованием.

Начавшаяся первая мировая война требовала больших экономических и человеческих ресурсов. 31 июля 1915 года в городе Верхнеудинске состоялся съезд Общебурятского общества Забайкальской области и Иркутской губернии по организации помощи на нужды войны. Со всего бурятского населения за короткий срок было собрано 86 010 руб. 72 коп.

Бурятский лазарет № 245, был организован во второй половине 1915 года в Санкт-Петербурге на улице Благовещенской дом 11 «б». Вначале 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.

В пятой главе «Особенности зарождения системы медицинской помощи сельскому и коренному населению Забайкалья со второй половины XIX в. и до начала 20-х гг. XX в.», более широко раскрыты обстоятельства становления сельской медицины в Забайкалье.

В первом параграфе «Характеристика медицинской помощи сельскому и коренному населению Забайкалья», отмечено, что, до начала второй половины XIX века приоритет при заболеваниях полностью оставался за более доступной народной, а впоследствии и тибетской медициной. Для создания основ здравоохранения на селе, прежде всего, необходимы были квалифицированные кадры и сеть лечебниц.

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 обеспечить сельских жителей, составлявших около 60% всего населения Забайкальской области надлежащим медицинским обслуживанием в короткие сроки.



Дореволюционное правительство не могло долго игнорировать состояние здоровья подданного населения империи, и государственная политика постепенно направлялась на организацию системы медицинской помощи коренному населению.

Так, гэлун-ламе Сультиму (Александр) Бадмаеву было официально разрешено лечение только бурятского населения. Ведь он помимо знаний по тибетской медицине хорошо разобрался в европейской системе диагностики и лечения. По допущению Военно-медицинского Департамента от 19 июня 1861 года С. Бадмаев выдержал экзамен на звание лекарского помощника. По предписанию Военного Министра от 24 декабря 1861 года за № 388, бывший лама бурят Восточной Сибири С. 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».

В дальнейшем, Забайкальское Областное правление циркуляром от 13 мая 1880 года предлагало Агинским бурятам учредить лечебное заведение с аптекой и фельдшером «для охранения народного здоровья, предупреждения развития повальных болезней», но получило отказ из-за предстоящих больших финансовых затрат самого населения. Тогда это решение было обусловлено традиционным образом жизни коренного населения, применением народной и тибетской медицины, влиянием буддистского духовенства и сохраняющимся пока неверием в научную медицину.

Во второй половине XIX века необходимость подготовки квалифицированных медицинских кадров для организации доступной медицинской помощи, привела к открытию первого медицинского факультета за Уралом на базе Императорского университета в Томске (1888г.).

Одним из методов государственной политики с целью закрепления врачей, фельдшеров, повивальных бабок в Забайкалье, было издание законов и Указов, которые предусматривали повышенные оклады, льготы и поощрения по денежному довольствию, выделению жилья, земли и времени выхода на пенсию. Тем не менее, желающих приехать специалистов оставалось немного, кроме энтузиастов своего дела.

Поэтому, насыщение сибирских регионов медицинскими кадрами было крайне неравномерным. Лучшая укомплектованность врачами и средним персоналом отмечается в Западной Сибири. Возможно, из-за того, что Томская и Тобольская губернии считались уже «внутренними» и были выведены из-под генерал-губернаторского управления в 1882 году.

Таблица 7 - Обеспеченность Сибири медицинским персоналом в 1896-1897 гг. (по опубликованным источникам)

	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

Работа по формированию сельской медико-санитарной части Забайкальской области дореволюционным правительством не прекращалась. В регионе было введено уездное административно-территориальное деление, а населенные пункты каждого уезда разделены на врачебные участки. Несмотря на

финансово-экономические и кадровые проблемы, в период 1901-1903 гг. был реализован переход системы здравоохранения Забайкалья на участковый принцип.

По проекту распределения врачебных участков по новым штатам сельской медицины в уездах Забайкальской области в 1901 году предполагалось в 5 уездах организовать 15 врачебных участков: в Читинском уезде – 3, в Верхнеудинском – 4, в Селенгинском – 4, в Нерчинско-Заводском – 2, в Баргузинском – 2. В Нерчинском, Акшинском и Троицкосавском уездах с населением исключительно казачьего ведомства, участковые врачи размещаются в уездных городах. На участковых врачей этих уездов возлагалось также исполнение судебно-медицинских и медико-полицейских обязанностей и медицинское обеспечение коренных жителей вверенных территорий.

Поэтому, в соответствии с опубликованным постановлением (1901г.) о новых штатах, количество лечебниц в округах области увеличивалось с 8 до 13.

Таблица 8 - Распределение врачей, фельдшеров в сельской местности Забайкальской области в 1901 году (по архивным материалам)

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

В наиболее густонаселенных округах находится и большее количество медицинского персонала. Востребованность и доверие к научной медицине постепенно увеличивались.

Таблица 9 - Динамика обращаемости за квалифицированной медицинской помощью в Забайкальской области (по опубликованным источникам)

Годы	Численность населения	Обращаемость за медицинской помощью
1901	349 841	42 253
1909	466 486	142 781

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. Огромное значение для доступности медицинской помощи имело открытие в 1903 году в Сретенске на благотворительные средства купца Н.С. Павлова больницы для бедных на 10 коек, которая была постоянно переполнена и востребована.

В начале XX века в здравоохранении Забайкалья удалось осуществить позитивные изменения. Это выразилось в увеличении количества врачей, в области насчитывалось уже 110 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. Фельдшеро-акушеров и повивальных бабок в области насчитывалось – 82 человека.

Таблица 10 - Сравнение обеспеченности населения регионов имперской России врачами, фельдшерами, акушерками в 1910 году (сводные данные по архивным материалам и опубликованным источникам)

Наименование местности	На одного врача		На одного фельдшера		На 1 акушерку	
	жителей	верст ²	жителей	верст ²	жителей	верст ²
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	-	-	-	-
Терская область	18 150	-	5006	-	Повивальная бабка на 28 230	-
Забайкальская область	9443	5857	3931	2438	13 163	8165

Характерна высокая плотность населения центральной России и огромная малонаселенная, местами труднодоступная территория Забайкалья, коренное население, ведущее кочевой и полукочевой образ жизни, старообрядческое население, еще не вполне доверявшего научной медицине.

Отмечалась большая текучесть кадров. Например, с 1906 по 1911 гг. в Забайкальской области поступило на службу 35 врачей, выбыло 30. Несколько

улучшить положение удалось только в конце XIX начале XX веков, когда расширилась экономическая база области, открылась Транссибирская железная дорога.

В сельской местности Сибири земское самоуправление по образцу Европейской России создано не было. В Сибири 1864-1917 гг. существовал только губернский земский сбор, которым полностью распоряжалось губернское управление в Иркутске. В 1908 году Читинская городская дума начинает добиваться, чтобы собранные земские средства были использованы на постройку в Чите земской больницы для сельского населения Читинского уезда.

Целесообразность размещения больницы в Чите была обусловлена наличием в городе большинства квалифицированных медицинских кадров. На 1-м съезде врачей Забайкальской области в 1912 году по инициативе В.А. Бурмакина была рассмотрена проблема строительства в Чите областной земской больницы: «Чита – чуть ли не единственный губернский город в России, не имеющий губернской больницы».

Лишь 7 июля 1913 года было принято положение об уездном (сельском) враче и фельдшере. На основании этого документа в Забайкальской области увеличивалось количество должностей уездных врачей до 27 вместо 18 участковых сельских врачей.

Первая земская больница открылась в Чите в августе 1916 года на 20 коек и была постоянно переполнена. В конце 1917 года в Забайкальской области широко планировались мероприятия по созданию земской медицины.

1-5 ноября 1917 года в Чите проходил 2-й съезд медицинских работников Забайкальской области. Присутствовало: 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,

фельдшерц 15, акушерок 5, зубных врачей 6, провизоров 4, аптекарских помощников 8.

Из приведенных данных, обращает на себя внимание увеличившийся отряд земских медицинских работников и вольнопрактикующих. В начале XX века отмечалось стремление передовой медицинской общественности на коренные изменения в организации системы здравоохранения в Забайкалье.

Забайкальское Врачебное отделение в порядке обмена опытом обращалось с просьбой выслать документацию по созданию земской медицины. Соответствующие обращения о порядке исполнения обязанностей земскими врачами и прочими служащими по земской врачебной части были направлены в Херсонское, Петроградское, Екатеринославское, Вятское, Тверское, Московское, Пермское, Саратовское Земства. При этом в ответном письме №1645 от 19 апреля 1916 года отмечено, что Тверским губернским земством инструкция вообще не издавалась. Был получен только 1 печатный экземпляр инструкции для лиц медицинского персонала земства из Екатеринославского уездного земства.

Таблица 11 - Сравнение по регионам Российской империи количества врачей и коек в лечебницах в 1913 г. (сводная таблица по опубликованным источникам)

	Число врачей	Количество коек	Общая численность населения	Общая площадь (верст ²)
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 покоя	933 936	60 868,9

Больше всего врачей насчитывалось на сравнительно небольшой территории более благополучной Терской области. На весь Горный Алтай действовал один врачебный участок с лечебницей на 20 коек. 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.

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 эффективного здравоохранения в регионе.

Реализовать эти планы помешали итоги русской революции 1917 года: развал государственности, гражданская война, разрушение экономики, голод, эпидемии.

Во втором параграфе «Организация первой сельской больницы в Агинском аймаке (Восточное Забайкалье)» показано, что только в десятых годах XX века начинается организация лечебных учреждений для коренного населения, которое уже заинтересовано в обеспечении научной медициной. В частности, в 1913 году на обширной территории нынешнего Агинского округа был только один фельдшерский пункт, в котором работал один фельдшер.

25 января 1919 года состоялось собрание Агинского Бурятского аймачного Земского комитета, где зафиксировано, что на территории с населением 50 тысяч человек отсутствует больница. Только 15 августа 1921 года в селе Агинское открывается первая больница на 12 коек. Хотя, она не имела почти никакого оборудования, но была востребована местным населением. В день приходилось принимать до полусотни больных людей. С помощью Агинского аймисполкома врач Л.Ж. Жабэ создал специальную комиссию, которая занималась сбором средств на организацию уже новой больницы. В ноябре 1924 года строительство больницы закончилось. Она была рассчитана на 20 коек, и располагала необходимой отдельной операционной палатой.

В шестой главе «Совершенствование структуры здравоохранения в Забайкалье в период существования Дальневосточной Республики и до момента упразднения Забайкальской области», рассмотрены особенности становления регионального здравоохранения в постреволюционный период.

В первом параграфе «Организация медицинской помощи в Забайкалье в период существования Дальневосточной Республики», обозначены факторы, влиявшие на медицинское дело в указанный период. В 1919 году организация медицинской службы в Забайкалье еще сохраняла структуру дореволюционной России.

Так продолжали функционировать 43 больницы различных ведомств на 1321 койку, из них 4 городские общественные больницы: в Чите - 110 коек, Верхнеудинске - 35 коек, Троицкосавске - 35, Нерчинске - 30; 16 земских больниц на 270 коек, самая крупная в Сретенске на 70 коек, Акше - 40 коек, остальные по 10 коек; больницы Забайкальской железной дороги на 300 коек, две в городах Чите, Верхнеудинске и три на станциях Хилок, Могоча, Зилово.

При неблагополучной эпидемической ситуации открывались временные эпидемические больницы.

В середине 1920 года кратковременно функционировала земская больница в Верхнеудинске на 115 коек, были организованы хирургическое, кожно-венерологическое, отделения внутренних и женских болезней. Отдельно для лечения коренного населения были выделены 10 коек.

Советское правительство взяло курс на создание в Восточной Сибири буферного государства. Дальневосточная Республика была признана 14 мая 1920 года. В этот период начинаются организационные мероприятия по созданию новой системы охраны здоровья населения в Забайкалье.

Первым министром здравоохранения ДВР 30 ноября 1920 года был назначен Федор Николаевич Петров. 20 декабря 1920 года впервые утверждено правительством ДВР положение о министерстве здравоохранения. Провозглашены основные принципы создаваемой системы здравоохранения - общедоступность, бесплатность медицинской помощи всем трудящимся. Т.е. положительные элементы земской медицины, закладывавшиеся в дореволюционном Забайкалье, не были отброшены, а наоборот - использованы новой властью в целях улучшения системы здравоохранения.

При создании медицинского обеспечения коренного населения в 1921 году были впервые учреждены аймздравы - полномочные органы местного здравоохранения. При этом, аймздравы подчинялись министерству здравоохранения ДВР, что помогало централизовать решение насущных медицинских проблем. Вследствие этого в регионе организация системы здравоохранения приобретала совершенно новые черты, но в сложных экономических условиях продвигалась с определенными трудностями и с запозданием. Послевоенная разруха, резкий спад экономики и сельского хозяйства, угрожающие эпидемии инфекционных болезней, сохраняющийся дефицит медицинских кадров, недостаток лечебных учреждений и финансовых средств вынуждали часто отходить от разработанных прогрессивных положений.

В Западном Забайкалье в октябре 1921 года было организовано Прибайкальское (западно-забайкальское) областное управление здравоохранением. Облздраву подчиняются Верхнеудинский горздрав, Баргузинский, Верхнеудинский и Троицкосавский уездздравы. Материально-техническая база здравоохранения оставалась слабой, но все же в Верхнеудинске впервые были открыты бесплатные стационарные акушерские койки. Прежде всего, наметились формы работы для искоренения социальных заболеваний, повышения уровня санитарной культуры, гигиенических навыков населения, снижения безграмотности.

Читинский городской отдел здравоохранения начал свою работу при Минздраве ДВР в августе 1921 года. При горздраве функционировали подотделы: лечебный, санитарно-эпидемиологический, охраны материнства и детства, статистический, финансово-счетный, фармацевтический и канцелярия. В Чите и прилегающих окрестностях работали больницы: мужская психиатрическая, женская психиатрическая, земская больница, тюремная больница и больница Черновских копей.

Правительство ДВР в виду тяжелого экономического положения перекладывало расходы по финансированию медицины на бюджеты местных органов самоуправления, что приводило к закрытию медучреждений, многомесячной задержке зарплаты медиков и финансовых отчислений Облздравотделу. Полноценное внедрение в Забайкалье советской системы охраны здоровья населения стало возможным только после присоединения к РСФСР.

Во втором параграфе «Начало создания советской модели здравоохранения в Забайкалье», характеризуется состояние здравоохранения на этапе новой административно-территориальной организации Забайкалья.

Советская власть отдавала себе отчет, что без реального оздоровления взрослого населения и сохранения жизни и здоровья детей, эффективно решать задачи социалистического строительства невозможно. Медицинское руководство было централизовано в системе Народного Комиссариата здравоохранения и все планомерные мероприятия проводились согласованно и систематически.

С началом строительства советского здравоохранения в Забайкалье приоритетными задачами оставалась борьба с социальными болезнями. В Забайкалье в дореволюционный период в силу специфических геополитических, социально-экономических и социокультурных особенностей развития региона были широко распространены венерические заболевания. Сифилис и гонорея были буквально бичом населения, здесь эти заболевания нашли себе благоприятную почву и приняли характер эпидемии. 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.

Таким образом, принятые лечебно-профилактические меры позволили 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. Уже в

1924 году идея диспансеризации венерических больных полностью себя оправдала.

Первым в Забайкалье в апреле 1923 года был развернут Читинский областной кожно-венерологический диспансер. 4 мая 1923 года первый Совет по борьбе с проституцией был организован Прибайкальским (западно-забайкальским) Губздравом. Также открылись Агинский окружной диспансер, венпункты и венкабинеты в районах. В Западном Забайкалье Верхнеудинский кожно-венерологический диспансер был создан в августе 1924 года.

В связи с проблемой туберкулеза в Забайкалье в Верхнеудинске противотуберкулезный диспансер был открыт 5 марта 1926 г. 15 августа 1924 года состоялась коллегия Наркомздрава Бурят-Монгольской АССР, на которой принято решение: все лечебные заведения города Верхнеудинска переходят по смете Наркомздраву. Поэтому Верхнеудинский городской отдел здравоохранения был ликвидирован. А так как Чита входила в Дальневосточную область, то горздрав продолжал функционировать.

В 1923 году создано санитарно-эпидемиологическое отделение (штат 4 человека), открылась самостоятельная амбулатория в Центральном районе Читы и амбулатория на Острове, санаторий для больных туберкулезом на 15 коек. 5 апреля 1924 года в здании бывшего Мариинского приюта открыли больницу на 120 коек для застрахованных лиц, получившую статус областной и названную именем В.И. Ленина. Функционировали следующие отделения: акушерское - 25 коек, гинекологическое - 20, женское и мужское терапевтическое по 25, женское хирургическое - 10, мужское хирургическое - 15.

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.

4 января 1926 года в ходе районирования Дальнего Востока дореволюционная Забайкальская область упразднена. В апреле 1926 года Забайкальский губернский отдел здравоохранения расформировывается и создается Читинский окружной отдел здравоохранения. Имеющаяся материально-техническая база и наличие квалифицированного медицинского персонала создавали перспективную основу для дальнейшего развития здравоохранения в Восточном Забайкалье (современный Забайкальский край).

Между тем, в Бурят-Монгольской АССР (30 мая 1923г.), 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. Верхнеудинская городская больница никак не отвечала запросам квалифицированного медицинского обслуживания, находилась в приспособленном помещении, не имела необходимого оборудования и располагала всего 25 койками.

Таким образом, лазарет был передан на госбюджет с 1 октября 1924 года и реорганизован в областную – городскую больницу, с медицинским обеспечением городского и сельского населения республики. 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. Верхнеудинская городская больница, функционировавшая с 1803 года, с 1 октября 1924 года была окончательно закрыта. Заразное отделение этой больницы организовали в отдельную инфекционную больницу на 35 коек. В 1924 году Наркомздрав БМАССР впервые в Западном Забайкалье приступил к оборудованию при Областной больнице рентгенологического и физиотерапевтического оборудования. Учитывая угрозу нарушения санитарно-эпидемиологического режима, Наркомздрав республики 18 февраля 1925 года открывает первую городскую амбулаторию в Верхнеудинске.

Таким образом, третий этап формирования системы здравоохранения Забайкалья включает период с 1852 по 1925 гг. и связан с государственной линией расширения масштаба системы медицинской помощи в Забайкалье, начатой в недрах дореволюционного здравоохранения и продолженной советской властью. Постепенная результативность планомерной лечебно-профилактической деятельности позволила в начале XX века приблизиться к уровню доступности медицинской помощи всем слоям населения Забайкальской области.

К концу первой четверти XX века наметилась тенденция снижения материнской, детской смертности, сократились эпидемические вспышки различных инфекционных заболеваний, обозначился рост продолжительности жизни населения, естественного прироста населения.

В «Заключении» сформулированы итоги научного исследования, кратко обобщены и систематизированы сведения и материалы, изложенные в диссертации. 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 (современные Республика Бурятия и Забайкальский край). Соблюдение преемственности исторического процесса, создания фундамента системы здравоохранения в имперский период, послужило необходимым условием для дальнейшего успешного использования и рационального преобразования в эффективную советскую систему охраны здоровья.

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 возрастающего 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 сереброплавильных, 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.** Вторым этапом 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, совершенствуются 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 гг.) – 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. СССXXXVII. – № 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.** Зарождение и формирование основ системы здравоохранения в Забайкалье / **С.Д. Батоев // История медицины.** – Москва, 2018. – Т. 5. – № 4. – С. 308–319.
- 16. Батоев С.Д.** Некоторые проблемы современного здравоохранения России в разрезе организации медицинской помощи сельскому населению дореволюционного Забайкалья / **С.Д. Батоев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – Москва, 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 94–98.
- 17. Батоев С.Д.** *Периодизация зарождения системы здравоохранения в Забайкалье / С.Д. Батоев // История медицины.* – Москва, 2019. – Т. 6. – № 2. – принята к печати, публикация в конце июня 2019 г.

Монографии

- 18. 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.
- 19. 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.
- 20. 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.

Публикации в других изданиях

- 21. Батоев С.Д.** Профессор Вольф Моисеевич Броннер / **С.Д. Батоев //** Материалы международной конференции «Медицинская профессура СССР». – Москва, 2012. – С. 23–25.
- 22. 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.
- 23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. Батоев С.Д. Предпосылки зарождения основ здравоохранения в Забайкалье в дореволюционный период / **С.Д. Батоев** // Медицинский журнал «QUANTUM SATIS». – Москва, 2017. – №1. – Том I. – С. 98-103.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

- 32. 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.
- 33. 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.
- 34. 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.
- 35. Батоев С.Д.** Читинская и Верхнеудинская Общины сестер милосердия в истории здравоохранения Забайкалья / **С.Д. Батоев** // Медицинский журнал «QVANTUM SATIS». – Москва, 2017. – №3-4. – Том I. – С. 107–115.
- 36. 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.
- 37. Батоев С.Д.** Верхнеудинский комитет общественного здравия 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.
- 38. 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.
- 39. Батоев С.Д.** Значение медицинской деятельности Сультама (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.