

**А. И. Власова****Проблемы организации медико-санитарной службы в Степном крае в местах водворения крестьян (начало 1900-х гг.)**

После отмены крепостного права наблюдалось массовое переселение крестьян за Урал и в Сибирь, в том числе и на национальные окраины, в частности Степной край. Государство активно поддерживало переселенческое движение, создавало врачебные пункты для оказания помощи не только во время переселения, но и в местах водворения крестьян. Однако, несмотря на все попытки организовать качественное медицинское обслуживание, чиновники сталкивались с рядом трудностей и проблем. Во-первых, состояние самих переселенческих поселков. Сырость, грязь, отсутствие разнообразной пищи и чистой воды становились одним из условий распространения инфекционных заболеваний среди новоселов. Во-вторых, не было четкого разделения функций врачей переселенческой организации, оказывающих медпомощь переселенцам, и сельского медицинского персонала, помогающего старожилам, что приводило к увеличению нагрузки на медицинских работников обеих структур. В-третьих, в селах отсутствовали подходящие для больниц постройки, что становилось причиной отказа в стационарном лечении при обращении больного за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** медицинское обеспечение, Степной край, водворение крестьян, медицинский персонал, инфекционные заболевания.

**Введение**

После вхождения Казахстана в состав Российской империи крестьяне стали массово переселяться на земли за Урал и в Сибирь, в том числе и на национальные окраины. Степной край в этом отношении не стал исключением. Большое число крестьян из Европейской России водворялись на территории областей Степного генерал-губернаторства. Государство оказывало переселенцам меры экономической и социальной поддержки [4]. Переселенческое управление, Комитет Сибирской железной дороги, Министерство внутренних дел контролировали процесс оказания медицинской помощи переселенцам как во время миграции, так и в местах их водворения. По пути следования Переселенческое управление создавало переселенческие пункты. В них переселенцы могли получить квалифицированную как амбулаторную, так и стационарную медицинскую помощь. В местах водворения также существовали медицинские учреждения (больницы, приемные покои, военные лазареты, фельдшерские пункты), где можно было получить квалифицированную помощь фельдшера или врача. Однако, несмотря на развитие медицинской сферы, новоселы и старожилаы сталкивались с различными проблемами при обращении за помощью к медицинскому персоналу [8]. Предлагаемая статья посвящена анализу проблем организации и оказания медико-санитарной помощи новоселам и старожилам в местах водворения и проживания.

Вопросы становления и развития медицинской помощи старожилам и переселенческому населению в дореволюционный период рассматривались фрагментарно. В основном работы содержали анализ государственной политики в сфере здравоохранения, а также процессов развития медицинской сферы в европейской части России, не уделяя внимания ее национальным окраинам. Проблемы сельской и поселковой медицины оказались практически за границами интересов дореволюционных исследователей [4; 12—14; 16; 30; 40].

В советской историографии по-прежнему особое внимание уделялось анализу проводимой государством политики в социальной сфере, в том числе здравоохранении. Ис-

© Власова А. И., 2022

следователи чаще обращались к нормативно-правовой базе развития и становления медико-санитарной службы в целом на примере как европейских губерний, так и сибирских территорий. Однако проблемы сельского медицинского обслуживания в Степном крае не получили освещения [5—7; 34; 35; 39].

На современном этапе наметилась тенденция к изучению отдельных вопросов становления и развития медико-санитарной службы как в губерниях европейской части России, так и на ее окраинах. Исследователи проявляют интерес к организации медицинской помощи переселенцам по пути следования к местам водворения, развитию сельской медицины в сибирских губерниях. Так, Е. В. Почеревин, рассматривая оказание медицинской помощи в сельской местности, выделяет два этапа ее развития в Томской губернии. По мнению исследователя, оба этапа можно охарактеризовать масштабным расширением сельской медицины в губернии: открывались новые врачебные участки, штат медицинского персонала увеличивался. Однако с 1915 г. планы по расширению медицинской помощи сельским жителям не могли быть исполнены из-за начавшейся Первой мировой войны [29].

А. В. Петров и О. С. Киценко отмечают, что профессиональные, культурные и религиозные факторы влияют на возникновение и распространение тех или иных инфекционных заболеваний в сельской местности Российской империи. Авторы пришли к выводу, что в имперской России назрела явная необходимость в осуществлении преобразований в медико-санитарной сфере села [28].

С. В. Архипов и В. В. Бурукин рассматривают правовое регулирование процессов организации медико-санитарной помощи в областях Азиатской России [2]. По их мнению, создание сельской медицины в сибирских губерниях «имело положительное значение и свидетельствовало об изменении отношения правительства к регионам». Однако с учетом размеров губерний, удаленности селений «количество планируемого персонала было недостаточно» [2, с. 126]. Кроме того, авторы анализируют нормативно-правовые акты, принятые в отношении регулирования системы здравоохранения: Высочайше утвержденное 10 мая 1888 г. мнение Государственного Совета «Об устройстве сельской медицинской части в губерниях Тобольской и Томской», Высочайше утвержденное мнение Государственного Совета от 29 мая 1897 г. «Об изменениях в устройстве сельской врачебной части в Томской губернии», «О преобразовании врачебной части в Забайкальской области» и т.д. [2, с. 126].

Исследование С. Г. Гончаровой посвящено истории формирования сельской врачебной части неземских губерний России во второй половине XIX — начале XX века. Автор подчеркивает, что данный процесс проходил под руководством Медицинского департамента Министерства внутренних дел [10].

Вопросами, связанными с основанием и деятельностью Омского медицинского общества, занималась Г. В. Федорова. В своих работах исследователь основное внимание уделял роли Омского медицинского общества в развитии медицины и здравоохранения в Сибири в целом [37; 38]. В одной из работ был проведен анализ вклада этого общества в развитие медицины не только Сибири, но и всей России. Отмечается, что «Омское медицинское общество постоянно расширяло и укрепляло связи с другими общественными организациями России. Оно осуществляло переписку и обмен протоколами заседаний с 21 обществом» [38, с. 158].

Д. Н. Белянин уделяет внимание деятельности переселенческих пунктов, расположенных за Уралом (в Тюмени, Томске, Тобольске), а также анализирует процесс оказания врачебно-продовольственной помощи переселенцам в Сибирь в целом [3]. Исследователь рассматривает несколько периодов, выделяя в каждом характерные черты и особенности

процесса оказания медико-продовольственной помощи переселенческому населению. Так, автор подчеркивает, что в период с 1861 до начала 1890-х гг. переселенцы находились в крайне бедственном положении: голод, тяжелые болезни в пути, проживание под открытым небом и непривычные условия жизни. Все это осложнялось отсутствием масштабной и целенаправленной врачебной помощи переселенцам. По этой причине содействие государству в решении вопроса врачебно-продовольственной поддержки переселенцам стали оказывать общественные благотворительные комитеты. Для второго этапа (1892—1905 гг.) характерен процесс разделения врачебно-продовольственных пунктов на пункты в районах водворения и в районах движения крестьян. Такие меры помогли снизить рост заболеваемости и уменьшить долю умерших среди больных [3, с. 236].

А. И. Татарникова и Н. И. Загороднюк акцентируют внимание на организации правительственной помощи переселенцам в Западной Сибири в целом: открывались бесплатные столовые, осуществлялся медицинский осмотр мигрантов на ключевых станциях Сибирской железной дороги [36]. Кроме того, авторы выделяют ряд проблем, с которыми крестьянам приходилось сталкиваться не только во время следования к местам водворения, но и на новых местах в первые годы после переселения. Так, исследователи пришли к выводу, что железнодорожные вагоны были непригодны для перевозки в них людей. В летнее время пассажиры страдали от духоты и пыли, а в зимнее от сквозняков и холода, детское белье сушили на веревке в вагоне, что сильно влияло на качество воздуха внутри него [36, с. 149]. В местах водворения существовала опасность распространения инфекционных заболеваний (чесотка, трахома, сифилис) из-за элементарного несоблюдения правил гигиены и отсутствия бань. Эти факторы еще более усугублялись дефицитом кадров и удаленностью лечебных заведений от мест водворения. Авторы делают вывод, что правительственная помощь не могла в полной мере удовлетворить потребности переселенческого населения в медицинском обслуживании, крайне тяжелые новые условия жизни ослабляли здоровье крестьян, что нередко вызывало всплеск инфекционных заболеваний.

Таким образом, анализ опубликованных работ по проблеме исследования здравоохранения в сибирских губерниях показывает, что вопросы становления и развития сельской медицины рассматривались на примере отдельных сибирских губерний Российской империи. Однако применительно к местам водворения крестьян в Степном генерал-губернаторстве эти вопросы в отечественной историографии не освещались.

Целью статьи является попытка выявить проблемы организации сельской медицинской помощи в местах водворения крестьян-переселенцев в Степном крае.

Задачи исследования: анализ проблем организации медико-санитарной службы; изучение причин возникновения трудностей в процессе организации медицинской помощи в местах водворения; выявление способов решения возникавших проблем в сфере оказания медицинской помощи крестьянам в местах водворения в Степном генерал-губернаторстве.

Теоретической основой статьи выступает теория модернизации, которая объясняет модернизационные процессы, происходившие в Степном крае в конце XIX — начале XX века: переход от традиционного общества к индустриальному. Освоение степных пространств, создание в Степном крае базы земледелия и развитие аграрного сектора рассматривалось правящей элитой как часть модернизационной политики социально-экономической системы региона [15]. В свою очередь, организация крестьянского переселения на территорию Степного края ознаменовала собой создание медицинской инфраструктуры в регионе: появление больниц, фельдшерских пунктов, поселковых медицинских пунктов, аптек и т.д.

Метод анализа помог выявить и проанализировать проблемы, возникшие в процессе реализации социальной политики государства в сфере здравоохранения в сельской местности областей Степного генерал-губернаторства, проанализировать причины возникновения различных проблем в сфере здравоохранения. Историко-системный метод позволил рассмотреть сельскую и поселковую медицину как неотъемлемую часть системы здравоохранения Степного края в целом.

Основу источниковой базы составили опубликованные и неопубликованные документы и материалы:

1. Нормативно-правовые акты, регламентировавшие процесс переселения крестьян в азиатскую часть России: «Временные правила о переселении крестьян на свободные казенные земли» [11], «Временные правила по переселению в киргизские степи сельских обывателей» [1], «О добровольном переселении сельских обывателей и мещан на казенные земли: Закон от 13.07.1889» [18].

2. Статистические документы, в частности ежегодные обзоры областей Степного генерал-губернаторства. В данных обзорах содержатся показатели социально-экономического развития региона, в том числе и в сфере здравоохранения, которые отражают состав местного медицинского персонала, охват населения амбулаторной и стационарной медицинской помощью.

3. В работе использовались делопроизводственные документы Переселенческого управления, хранящиеся в Российском государственном историческом архиве (фонд 391), которые позволили выявить проблемы и пути их решения в процессе оказания медико-санитарной помощи новоселам и старожилам.

4. Непосредственное отношение к предмету исследования имеет работа С. Б. Немцова, где отражены отдельные аспекты деятельности врачебных и фельдшерских пунктов Акмолинского переселенческого района [17].

#### **Результаты исследования**

Организация медицинской помощи новоселам являлась в высшей степени важным вопросом для переселенцев Сибири. Причина — несовершенство медицинской сферы на окраинах Российской империи. По реформе 1897 г. в четырех ближайших к Европейской России губерниях и областях (Тобольской, Томской, Енисейской и Акмолинской) к 1902 г. имелось в общей сложности 118 врачебных участков, которые обслуживали 4,5 млн. жителей, расселенных на площади более 2,5 млн. кв. верст [31, л. 100]. Таким образом, в среднем на одного врача приходилось около 38 тыс. жителей и 20 тыс. кв. верст пространства. Без всякого преувеличения можно утверждать, что организация медицины в Сибири в таких условиях была крайне осложнена. Огромному количеству жителей врачебная помощь была недоступна. Только жители селений, находящихся на расстоянии не более 25—30 верст от ближайшей больницы, могли позволить себе визит к врачу при крайней необходимости.

Одной из главных проблем в здравоохранении, с которой столкнулись переселенцы, являлась обширность территорий и численность населения в местах водворения. Так, наименьший врачебный участок в Акмолинской области занимал территорию в 1800 кв. верст с радиусом до 210 верст и населением более 15 тыс. человек. Наибольший же участок по площади достигал 121 736 кв. верст с радиусом около 1000 верст, где проживало более 100 тыс. человек. Таким образом, в среднем на одного врача приходилось около 100 тыс. человек [19, с. 48]. В Семипалатинской области площадь участка варьировала от 4500 до 72 тыс. кв. верст с радиусом от 80 до 450 верст и с населением от 20 тыс. до 80 тыс. человек, где в среднем на одного врача приходилось около 40 тыс. человек, так же как и в Тургайской области [24, с. 12; 9, с. 21]. Наиболее благоприятная ситуация в сфере

медицинского обеспечения переселенцев наблюдалась в Уральской области. К 1900 г. медицинский штат насчитывал 30 врачей на почти 700 тыс. населения. Таким образом, один врач приходился на 25 тыс. человек [27, с. 23].

Что касается новоселов, то их положение было крайне бедственным. В то время как деревни коренных сибиряков занимали центры волостей при хороших путях сообщения, переселенческие поселки в большинстве своем располагались по периферии. Они находились вдали от дорог, вследствие чего весной и осенью туда было трудно, а иногда и вовсе невозможно добраться. Население оставалось со своей бедой один на один, передавая инфекционные заболевания новым переселенцам. Недоступность медицинской помощи и отсутствие путей сообщения становились причиной высокой заболеваемости жителей в большинстве областей Степного генерал-губернаторства [19—26]. Так, например, в 1900 г. число заболевших в Акмолинской области равнялось 131 420 человек, а в 1901 г. их было уже 162 353 [19, с. 49; 20, с. 49]. В Семипалатинской области в 1901 г. заболевших, обратившихся за амбулаторной помощью, насчитывалось 41 539, а уже в следующем году этот показатель вырос на 12 300 человек и составил 53 839 [21, с. 71; 22, с. 81]. В Тургайской области, наоборот, отмечено незначительное снижение заболевших: в 1900 г. обратилось за амбулаторной помощью 48 023 жителя, а годом позднее показатели снизились до 46 335 [24, с. 15; 25, с. 15].

Другая проблема заключалась в санитарном состоянии переселенческих поселков и природных особенностях местности, куда водворялись крестьяне. Сырые и болотистые местности давали большой процент лихорадочных заболеваний. В поселках, где переселенцы не успели в теплые месяцы построить себе бревенчатые дома и проживали в землянках, наблюдалась цинга и ревматические заболевания. Отсутствие своевременной уборки и, как следствие, наличие грязи, которая присутствовала во всех новых поселках, становились причиной трахомы, чесотки и разного рода кожных паразитарных заболеваний [31, л. 103]. Тяжелые трудовые будни, хроническое недоедание и плохое качество воды неблагоприятно действовали на крестьян, понижая сопротивляемость организма, что, в свою очередь, способствовало возникновению и распространению всевозможных инфекционных заболеваний. Среди заболеваний лидирующее положение занимали корь, скарлатина, дифтерит. Обычно они регистрировались у детей. Взрослое же поколение страдало от тифа и цинги. Ежегодные отчеты врачей не обходились без упоминания о новых случаях инфекционных заболеваний [19—26]. Так, например, в октябре 1900 г. в Семипалатинске начали появляться отдельные случаи заболевания корью, что в начале декабря привело уже к эпидемии [21, с. 74]. Заражение оспой в Тургайском уезде происходило преимущественно из-за увеличения числа крестьян-переселенцев или из-за передвижения кочевого населения [24, с. 14]. В Акмолинской области ситуация складывалась настолько серьезно, что в 1901 г. Переселенческим управлением в область был командирован доктор Попов для изучения причин цинги. В ходе своей поездки врач подчеркнул, что главные факторы развития болезни заключались в неблагоприятных условиях проживания новоселов: грязные жилища, соленая питьевая вода и однообразное питание [17, с. 7].

Проблема быстрого распространения инфекционных заболеваний заключалась в недостаточном врачебном надзоре. Инфекционные заболевания, появившись в каком-нибудь одном селении, обнаруживались спустя долгое время после своего возникновения и исчезали, когда уже большая часть жителей переболела. Сельский врач зачастую получал извещение о заболевании слишком поздно, а иногда и вовсе не получал сведений о развитии эпидемий. Как правило, после получения известий врач в лучшем случае оставлял вместо себя фельдшера для оказания медицинской помощи населению, а сам отправлялся

в места, где распространялась инфекция. Вместо того чтобы поместить заболевших в лечебные заведения, изолировать больных от здоровых, тщательно продезинфицировать помещения и одежду, врач ходил из избы в избы, принося инфекцию в новые дома [33, л. 6].

Врачам оставалось лишь давать больным какие-то лечебные порошки и микстуры, которые в данных условиях проживания никакой пользы не приносили, если сам организм не мог справиться с болезнью. Единственным правильным и верным способом предотвращения распространения инфекционных заболеваний становилось решение переместить больного в удовлетворительные гигиенические условия, предоставив ему хорошее питание, чистый воздух, а также обеспечив на время болезни должный уход. Однако всего этого сельский врач был не в состоянии сделать [31, л. 105].

Рациональное лечение предполагало существование специальных лечебных заведений, которых во всей Сибири насчитывалось крайне малое количество. Так, во всей Акмолинской области к 1902 г. на полмиллиона жителей существовало всего 4 больницы общей вместимостью не более 40 кроватей [20, с. 37]. В то же время в Тургайской области стационарную помощь можно было получить лишь в единственной больнице в г. Кустанае, способной вместить только 15 человек. Однако как стационарную, так и амбулаторную медицинскую помощь гражданское население могло получить и в военных лазаретах в г. Актюбинск, Карабутак, Иргиз и Тургай [26, с. 19]. К 1902 г. в Семипалатинской области полумиллионное население могло обратиться в две городские больницы в Семипалатинске (вместимостью на 22 кровати) и Усть-Каменогорске (на 10 мест) [22, с. 79].

Еще одной проблемой в организации медицинской помощи в местах водворения крестьян в Степном крае стало то, что при устройстве врачебных пунктов в селах было сложно найти и арендовать подходящие помещения под больницы. Такое помещение должно насчитывать не менее 5—6 комнат, где бы расположились две палаты, операционная, аптека, приемная и комната для фельдшера. Если и встречались подходящие постройки, то их владельцы в большинстве случаев не соглашались отдавать свое имущество под больничные помещения, мотивируя свой отказ нежеланием размещения в них больных. С другой стороны, когда вариантов особо не оставалось, хозяева домов требовали чрезмерно большие деньги за аренду, что при достаточно скромном бюджете становилось крайне обременительной тратой для поселковых пунктов. Все эти неблагоприятные условия стали причиной того, что почти все поселковые пункты ограничивали свою работу амбулаторным приемом, отказывая больным, нуждающимся в стационарном лечении.

Что касается медицины и медико-санитарной помощи на линии Сибирской железной дороги, то за время своего существования она преобразовалась в организацию, больницы которой обладали достаточной материальной базой, а работающий персонал имел высокую квалификацию. Медицинские работники по линии железной дороги оказывали помощь больным даже за пределами своих районов [32, л. 135].

К первоначальной мысли устройства медицинских пунктов на линии Сибирской железной дороги для оказания помощи переселенцам, передвигающимся из Европейской России, присоединилась идея оказания медико-санитарной помощи уже осевшим переселенцам и, как следствие, устройства медицинских пунктов в местах наиболее значительного водворения новоселов в Сибири. Эти меры помогли бы снизить нагрузку на поселковый и сельский медицинский персонал. Однако чрезмерно малые денежные кредиты на содержание пунктов, отсутствие специально построенных больниц, недостаточное материальное обеспечение врачей и отсюда постоянная смена врачебного персонала — все это и явилось главной причиной торможения успешного развития поселковой медицины.

Стоит обратить внимание и на то, что разделение обязанностей врачей поселковых и сельских было крайне размытым. Переселенческий медицинский персонал выступал как дополнительный к сельской медицине и должен был нести все функции и обязанности участковых врачей, количество населения у которых точно определено, как и площадь обслуживаемого района. Однако в начале XX века в различных местах Степного генерал-губернаторства стали открываться поселковые пункты в районах участковых врачей. При этом вводилось новое правило: новоселы обращаются к врачам Переселенческого управления (т.е. обслуживаются поселковым медицинским персоналом), а старожилы — к участковым врачам, находящимся в ведении МВД (т.е. представителям сельской медицины), не обращая никакого внимания на пространственные отношения [31, л. 108].

Такое разделение создало целый ряд неблагоприятных условий, которые в конце концов негативно сказались на возможности как новоселов, так и старожилов получать медицинскую помощь. Переселенческие поселки, находившиеся вблизи участкового врача, в медицинском отношении должны были тяготеть к поселковому пункту, хотя последний находился на десятки верст дальше участкового. И наоборот, ближайшие к поселковому пункту старожильческие поселения относились к сельскому врачу, хотя вблизи имелся врач переселенческого пункта.

Чиновник особых поручений, командированный Переселенческим управлением, при объезде территорий Степного генерал-губернаторства в 1902 г. предложил решить некоторые задачи в сфере здравоохранения следующим образом: 1) необходимо выработать основной план деятельности поселкового медицинского персонала по отношению к населению и поставить его в связь с уже существующей организацией губернской и областной медицинской помощи населению; 2) наметить сеть поселковых пунктов в местах наиболее усиленного водворения переселенцев по Сибири и ежегодно открывать несколько новых пунктов; 3) решить вопрос в положительном смысле о постройке больничных помещений; 4) увеличить штат медицинского персонала на каждом врачебном пункте; 5) довести жалование врачам до 1500 руб. в год [31, л. 109].

Одно из решений проблемы с помещениями для лечебных заведений чиновник особых поручений видел в том, чтобы кредиты на устройство больниц, приемных покоев и домов для врачей вносились в подлежащие подразделения смет земских повинностей. По мере устройства больниц необходимые на их содержание средства следовало определять при утверждении проектов областных земских смет на каждое трехлетие [31, л. 109].

### **Заключение**

Несмотря на то что создание системы здравоохранения в Степном крае было одним из важных направлений деятельности государства, данный процесс сопровождался рядом проблем: неудобство и отдаленность расположения врачебных и фельдшерских пунктов от мест проживания новоселов. Старые участки располагались в непосредственной близости к медицинским пунктам, однако же новоселам, заселившимся на новые участки, было крайне трудно получить медицинскую помощь, так как их участки находились на расстоянии 15—20 верст от ближайшей больницы или врачебного (фельдшерского) пункта. Зачастую крестьяне обращались к врачу за помощью, когда заболевание уже практически исчезало. Кроме того, переселенческие участки были настолько густо населены, что медицинская помощь не удовлетворяла даже минимальным требованиям населения. В среднем в областях Степного края на одного врача приходилось от 25 тыс. до 100 тыс. человек. Для снижения нагрузки на медицинский персонал и расширения сети медицинских пунктов было принято решение каждый год открывать новые медицинские пункты в местах с наиболее высокой концентрацией новоселов.

Другой проблемой в организации медицинской помощи новоселам стали новые условия жизни, неблагоприятно влиявшие на состояние здоровья крестьян, что, в свою очередь, отражалось на проценте заболевших. Теснота, грязь, отсутствие чистой питьевой воды становились причинами инфекционных заболеваний, от которых страдали как дети, так и взрослые. Вследствие территориальной отдаленности поселений от медицинских пунктов врачи не всегда могли прибыть в очаги инфекции и оказать медицинскую помощь, что способствовало росту количества больных. По мнению чиновников, необходимо было увеличить количество медицинского персонала на каждом врачебном пункте, что усилило бы санитарный надзор за переселенческими участками.

Еще одна проблема в организации медико-санитарной помощи в местах водворения крестьян в областях Степного края заключалась в отсутствии подходящих помещений для устройства больниц. Для размещения приемного покоя, аптеки, операционной, палат и комнаты фельдшера или врача требовалось здание с 5—7 комнатами. Как правило, таких усадеб не имелось, а если их и находили, то цена аренды была слишком высокой. Чиновник особых поручений для решения данной задачи предлагал вносить расходы на строительство собственных больниц и приемных покоев в соответствующие разделы смет земских повинностей.

Безусловно, государство и переселенческие организации были осведомлены о существующих проблемах. Чиновником особых поручений были выработаны меры по разрешению проблем в обеспечении медицинской помощью новоселов Степного края. Одной из мер, позволявших улучшить качество оказываемой помощи и увеличить число врачей, а следовательно, и медицинских участков, являлось предложение об увеличении жалования врачам с 1200 до 1500 руб. в год.

**Благодарности.** *Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта «Аспиранты» № 20-39-90018.*

#### Список использованных источников и литературы

1. Анфимов А. М. Крестьянское земельное право в пореформенной России // Социально-политическое и правовое положение крестьянства в дореволюционной России. Воронеж : Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 1983. С. 208—221.
2. Архипов С. В., Бурукин В. В. Правовое регулирование организации медико-санитарной помощи в колонизируемых областях Азиатской России в конце XIX — начале XX в. // Балтийский гуманитарный журнал. Тольятти : Стелла, 2019. Т. 8, № 2 (27). С. 125—128.
3. Белянин Д. Н. Деятельность переселенческих пунктов и врачебно-продовольственная помощь переселенцам в Сибири в 1861—1905 годах // Научный диалог. 2019. № 12. С. 230—247. DOI: 10.24224/2227-1295-2019-12-230-247.
4. Беркенгейм А. М. Переселенческое дело в Сибири. М. : Типо-лит. т-ва И. Н. Кушнерев и Ко, 1902. 61 с.
5. Бова А. А., Олейниченко В. Ф. Очерки по истории здравоохранения Томской области. Томск : Изд-во Томского ун-та, 1986. 146 с.
6. Бородулин Ф. Р. История медицины. М. : Гос. изд-во мед. литературы, 1961. 252 с.
7. Васильев К. Г. История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии. М. : Медгиз, 1960. 397 с.
8. Власова А. И. Система здравоохранения Семипалатинской области Степного края (60-е гг. XIX — начало XX в.) // Известия Алтайского государственного университета. 2021. № 2 (118). С. 13—18.
9. Власова А. И. Состояние врачебной части медико-санитарной службы в сельских районах Акмолинской и Семипалатинской областей Степного края (1890-е — 1917 г.) // Известия Алтайского государственного университета. 2022. № 3 (125). С. 18—22.
10. Гончарова С. Г. Сельская медицина неземских губерний во второй половине XIX — начале XX в. // Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения : материалы междунар. симпозиума. М. : Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, 2019. С. 74—82.
11. Исаев А. А. Переселенческое дело с начала 80-х годов. СПб. : Тип. В. Меркушева, 1895. 16 с.



12. Капустин М. Я. Главные основания проекта сельской больницы. М., 1874. 22 с.
13. Капустин М. Я. Основные вопросы земской медицины. СПб. : К. Л. Риккер, 1889. 134 с.
14. Курлов М. Г. Исторический очерк деятельности Томской общины сестер милосердия за первое пятнадцатилетие (1892—1907). Томск : Губ. типография, 1908. 79 с.
15. Лысенко Ю. А., Анисимова И. В., Тарасова Е. В., Стурова М. В. Традиционное казахское общество в национальной политике Российской империи: концептуальные основы и механизм реализации (XIX — начало XX в.). Барнаул : Азбука, 2014. 272 с.
16. Моллесон И. И. Земская медицина. Казань : Универ. тип., 1871. 56 с.
17. Немцов С. Б. Врачебные и фельдшерские пункты Переселенческой организации Акмолинского района и заболеваемость населения в районе пунктов по карточной регистрации за 1906—1910 гг. Омск : Изд. Акмолинского пересел. р-на, 1911. 36 с.
18. О добровольном переселении сельских обывателей и мещан на казенные земли: Закон от 13.07.1889 // Полное собрание законов Российской империи. Собр. 3. СПб. : Гос. тип., 1889. Т. 9. С. 619.
19. Обзор Акмолинской области за 1900 год. Омск : Тип. Акмол. обл. правления, 1901.
20. Обзор Акмолинской области за 1901 год. Омск : Тип. Акмол. обл. правления, 1903.
21. Обзор Семипалатинской области за 1900 год. Семипалатинск : Тип. Семипал. обл. правления, 1901.
22. Обзор Семипалатинской области за 1902 год. Семипалатинск : Тип. Семипал. обл. правления, 1903.
23. Обзор Семипалатинской области за 1903 год. Семипалатинск : Тип. Семипал. обл. правления, 1904.
24. Обзор Тургайской области за 1900 год. Оренбург : Литогр. изд., 1902.
25. Обзор Тургайской области за 1901 год. Оренбург : Литогр. изд., 1902.
26. Обзор Тургайской области за 1902 год. Оренбург : Литогр. изд., 1904.
27. Обзор Уральской области за 1900 г. Уральск : Литогр. изд., 1901.
28. Петров А. В., Киценко О. С. Земская санитарная статистика в конце XIX — начале XX в. (на материалах Саратовской губернии) // История науки и техники. М., 2017. № 6. С. 88—99.
29. Почеревин Е. В. Развитие сельской медицинской сети в Томской губернии // Вестник Кемеровского государственного университета. 2021. Т. 23, № 1 (85). С. 71—79. DOI: 10.21603/2078-8975-2021-23-1-71-79.
30. Ремезов А. И. Очерк санитарного состояния Западной Сибири. Омск : Тип. окр. штаба, 1880. 263 с.
31. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 391. Оп. 2. Д. 724.
32. РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 1008.
33. РГИА. Ф. 391. Оп. 2. Д. 1271.
34. Самарин Р. И. Очерки истории здравоохранения Казахстана. Алма-Ата : Казгосиздат, 1958. 163 с.
35. Складов Л. Ф. Переселение и землеустройство в Сибири в годы Столыпинской аграрной реформы. Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1962. 588 с.
36. Татарникова А. И., Загороднюк Н. И. Массовое переселение крестьян в Западную Сибирь в конце XIX — начале XX в. в санитарно-гигиеническом измерении // Вестник Томского государственного университета. 2018. № 437. С. 148—154. DOI: 10.17223/15617793/437/21.
37. Федорова Г. В. Противоэпидемическое направление в деятельности Омского медицинского общества // Омский научный вестник. 2014. № 1 (128). С. 11—13.
38. Федорова Г. В., Ахтулова Л. А. Общественная медицина в Омске (к 120-летию основания Омского медицинского общества) // Омский научный вестник. 2002. № 20. С. 154—159.
39. Федотов Н. П., Мендрин Г. И. Очерки истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск : Томск. гос. ун-т, 1975. 260 с.
40. Ямзин И. Л. Врачебное дело в Азиатской России // Азиатская Россия. СПб. : Издание Переселенческого Управления Главного Управления Землеустройства и Земледелия, 1914. Т. 1. Люди и порядки за Уралом. С. 270—274.

Поступила в редакцию 31.05.2022

**Власова Анна Игоревна**, аспирант  
 Алтайский государственный университет  
 Российская Федерация, 656049, г. Барнаул, пр-т Ленина, 61  
 E-mail: for.ann.annie@yandex.ru  
 ORCID: 0000-0001-7799-438X

UDC 94(574)+61(574)

A. I. Vlasova

**The problems of organizing medical and sanitary service in peasant settlements in the Steppe region (early 1900s)**

After the abolition of serfdom, there was a massive migration of peasants to the Urals and to Siberia, including the national outskirts, in particular the Steppe Territory. The state actively supported the resettlement movement, created medical centers to provide assistance not only during the resettlement, but also in places where peasants settled. However, despite all attempts to organize high-quality medical care, officials faced a number of difficulties and problems. First, the state of the resettlements themselves. Dampness, dirt, lack of varied food and clean water became one of the conditions for the spread of infectious diseases among the new settlers. Secondly, there was no clear division between the functions of the doctors of the resettlement organization providing medical assistance to the migrants and the rural medical staff helping the old-timers, which led to an increase in the burden on the medical workers of both structures. Thirdly, in the villages there were no buildings suitable for hospitals, which became the reason for the refusal of inpatient treatment when a patient applied for medical help.

**Key words:** medical support, Steppe region, accommodation of peasants, medical personnel, infectious diseases.

*Vlasova Anna Igorevna*, Postgraduate student  
Altai State University  
Russian Federation, 656049, Barnaul, pr-t Lenina, 61  
E-mail: [for.ann.annie@yandex.ru](mailto:for.ann.annie@yandex.ru)  
ORCID: 0000-0001-7799-438X

**References**

1. Anfimov A. M. Krest'yanskoe zemel'noe pravo v poreformennoi Rossii [Peasant land law in post-reform Russia]. *Sotsial'no-politicheskoe i pravovoe polozhenie krest'yanstva v dorevolyutsionnoi Rossii* [Socio-political and legal status of the peasantry in pre-revolutionary Russia]. Voronezh, Voronezh. gos. un-t Publ., 1983, pp. 208—221. (In Russian)
2. Arkhipov S. V., Burukin V. V. Pravovoe regulirovanie organizatsii mediko-sanitarnoi pomoshchi v koloniziruemykh oblastiakh Aziatskoi Rossii v kontse XIX — nachale XX v. [The organization of the legal regulation of medical and sanitary assistance in colonized areas of the Asian part of Russia at the end of the XIX — the beginning of the XX century]. *Baltiiskii gumanitarnyi zhurnal*. Tolyatti, Stella Publ., 2019, vol. 8, no. 2 (27), pp. 125—128. (In Russian)
3. Belyanin D. N. Deyatel'nost' pereselencheskikh punktov i vrachebno-prodovol'stvennaya pomoshch' pereselentsam v Sibiri v 1861—1905 godakh [The activities of resettlement centers and medical and food assistance to resettles in Siberia in 1861—1905]. *Nauchnyi dialog — Scientific Dialogue*, 2019, no. 12, pp. 230—247. DOI: 10.24224/2227-1295-2019-12-230-247. (In Russian)
4. Berkengeim A. M. *Pereselencheskoe delo v Sibiri* [Resettlement in Siberia]. Moscow, Tipo-lit. t-va I. N. Kushnerev i Ko Publ., 1902. 61 p. (In Russian)
5. Bova A. A., Oleinichenko V. F. *Ocherki po istorii zdravookhraneniya Tomskoi oblasti* [Essays on the history of healthcare in the Tomsk region]. Tomsk, Tomskii un-t Publ., 1986. 146 p. (In Russian)
6. Borodulin F. R. *Istoriya meditsiny* [History of medicine]. Moscow, Gos. izd-vo med. literatury Publ., 1961. 252 p. (In Russian)
7. Vasil'ev K. G. *Istoriya epidemii i bor'ba s nimi v Rossii v XX stoletii* [The history of epidemics and their control in Russia in the 20<sup>th</sup> century]. Moscow, Medgiz Publ., 1960. 397 p. (In Russian)
8. Vlasova A. I. Sistema zdravookhraneniya Semipalatinskoi oblasti Stepnogo kraia (60-e gg. XIX — nachalo XX v.) [The health care system of the Semipalatinsk region of the Steppe Territory: Stages of formation (60s of the 19<sup>th</sup> century — the beginning of the 20<sup>th</sup> century)]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta — Izvestiya of Altai State University*, 2021, no. 2 (118), pp. 13—18. (In Russian)
9. Vlasova A. I. Sostoyanie vrachebnoi chasti mediko-sanitarnoi sluzhby v sel'skikh raionakh Akmolinskoi i Semipalatinskoi oblasti Stepnogo kraia (1890-e — 1917 g.) [The medical part of the Health Service condition in

- rural areas of the Akmola and Semipalatinsk regions of the Steppe Territory (1890s—1917)]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta — Izvestiya of Altai State University*, 2022, no. 3 (125), pp. 18—22. (In Russian)
10. Goncharova S. G. Sel'skaya meditsina nezemskikh gubernii vo vtoroi polovine XIX — nachale XX v. [Rural medicine of non-zemstvo provinces in the second half of the 19<sup>th</sup> — early 20<sup>th</sup> centuries]. *Aktual'nye voprosy istorii meditsiny i zdravookhraneniya: materialy mezhdunar. simpoziuma* [Topical issues in the history of medicine and health care. Proceed. of the Internat. symposium]. Moscow, Natsional'nyi NII obshchestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko Publ., 2019, pp. 74—82. (In Russian)
  11. Isaev A. A. *Pereselencheskoe delo s nachala 80-kh godov* [Resettlement business since the early 80s]. St. Petersburg, Tip. V. Merkusheva Publ., 1895. 16 p. (In Russian)
  12. Kapustin M. Ya. *Glavnye osnovaniya proekta sel'skoi bol'nitsy* [Main foundations of the rural hospital project]. Moscow, 1874. 22 p. (In Russian)
  13. Kapustin M. Ya. *Osnovnye voprosy zemskoi meditsiny* [The main issues of zemstvo medicine]. St. Petersburg, K. L. Rikker Publ., 1889. 134 p. (In Russian)
  14. Kurlov M. G. *Istoricheskii ocherk deyatelnosti Tomskoi obshchiny sester miloserdia za pervoe pyatnadsatiletie (1892—1907)* [Historical essay of the activities of the Tomsk sisters of mercy community for the first fifteen years (1892—1907)]. Tomsk, Gub. tipografiya Publ., 1908. 79 p. (In Russian)
  15. Lysenko Yu. A., Anisimova I. V., Tarasova E. V., Sturova M. V. *Traditsionnoe kazakhskoe obshchestvo v natsional'noi politike Rossiiskoi imperii: kontseptual'nye osnovy i mekhanizm realizatsii (XIX — nachalo XX v.)* [Traditional Kazakh society in the national policy of the Russian Empire: conceptual foundations and implementation mechanism (XIX — early XX century)]. Barnaul, Azbuka Publ., 2014. 272 p. (In Russian)
  16. Molleson I. I. *Zemskaya meditsina* [Zemstvo medicine]. Kazan, Univer. tip. Publ., 1871. 56 p. (In Russian)
  17. Nemtsov S. B. *Vrachebnye i fel'dsherskie punkty Pereselencheskoi organizatsii Akmolinskogo raiona i zaboлеваemost' naseleniya v raione punktov po kartochnoi registratsii za 1906—1910 gg.* [Medical and paramedic stations of the Resettlement Organization of the Akmola region and the incidence of the population in the area of points according to card registration for 1906—1910]. Omsk, Izd. Akmolinskogo peresel. r-na Publ., 1911. 36 p. (In Russian)
  18. O dobrovol'nom pereselenii sel'skikh obyvatelei i meshchan na kazennye zemli: Zakon ot 13.07.1889 [On the voluntary resettlement of rural inhabitants and petty bourgeois to state lands: Law of 07/13/1889]. *Polnoe sobranie zakonov Rossiiskoi imperii. Sobr. 3* [Complete collection of laws of the Russian Empire. Part 3]. St. Petersburg, Gos. tip. Publ., 1889, vol. 9, pp. 619. (In Russian)
  19. *Obzor Akmolinskoi oblasti za 1900 god* [Overview of the Akmola region for 1900]. Omsk, Tip. Akmol. obl. pravleniya Publ., 1901. (In Russian)
  20. *Obzor Akmolinskoi oblasti za 1901 god* [Overview of the Akmola region for 1901]. Omsk, Tip. Akmol. obl. pravleniya Publ., 1903. (In Russian)
  21. *Obzor Semipalatinskoi oblasti za 1900 god* [Overview of the Semipalatinsk region for 1900]. Semipalatinsk, Tip. Semipal. obl. pravleniya Publ., 1901. (In Russian)
  22. *Obzor Semipalatinskoi oblasti za 1902 god* [Overview of the Semipalatinsk region for 1902]. Semipalatinsk, Tip. Semipal. obl. pravleniya Publ., 1903. (In Russian)
  23. *Obzor Semipalatinskoi oblasti za 1903 god* [Overview of the Semipalatinsk region for 1903]. Semipalatinsk, Tip. Semipal. obl. pravleniya Publ., 1904. (In Russian)
  24. *Obzor Turgaiskoi oblasti za 1900 god* [Overview of the Turgai region for 1900]. Orenburg, Litogr. izd. Publ., 1902. (In Russian)
  25. *Obzor Turgaiskoi oblasti za 1901 god* [Overview of the Turgai region for 1901]. Orenburg, Litogr. izd. Publ., 1902. (In Russian)
  26. *Obzor Turgaiskoi oblasti za 1902 god* [Overview of the Turgai region for 1902]. Orenburg, Litogr. izd. Publ., 1904. (In Russian)
  27. *Obzor Ural'skoi oblasti za 1900 g.* [Overview of the Ural region for 1900]. Uralsk, Litogr. izd. Publ., 1901. (In Russian)
  28. Petrov A. V., Kitsenko O. S. *Zemskaya sanitarnaya statistika v kontse XIX — nachale XX v. (na materialakh Saratovskoi gubernii)* [Zemstvo sanitary statistics in the late XIX — early XX century. (On the materials of the Saratov province)]. *Istoriya nauki i tekhniki* [History of science and technology]. Moscow, 2017, no. 6, pp. 88—99. (In Russian)
  29. Pocherevin E. V. *Razvitie sel'skoi meditsinskoi seti v Tomskoi gubernii* [Development of a rural healthcare system in Tomsk province in the late XIX — early XX centuries]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2021, vol. 23, no. 1 (85), pp. 71—79. DOI: 10.21603/2078-8975-2021-23-1-71-79. (In Russian)
  30. Remezov A. I. *Ocherk sanitarnogo sostoyaniya Zapadnoi Sibiri* [Essay on the sanitary condition of Western Siberia]. Omsk, Tip. okr. shtaba Publ., 1880. 263 p. (In Russian)

31. *Rossiiskii gosudarstvennyi istoricheskii arkhiv* [Russian State Historical Archive] (RGIA). F. 391. Op. 2. D. 724.
32. RGIA. F. 391. Op. 2. D. 1008.
33. RGIA. F. 391. Op. 2. D. 1271.
34. Samarin R. I. *Ocherki istorii zdravookhraneniya Kazakhstana* [Essays on the history of healthcare in Kazakhstan]. Alma-Ata, Kazgosizdat Publ., 1958. 163 p. (In Russian)
35. Sklyarov L. F. *Pereselenie i zemleustroistvo v Sibiri v gody Stolypinskoi agrarnoi reformy* [Resettlement and land management in Siberia during the years of the Stolypin agrarian reform]. Leningrad, Leningr. un-t Publ., 1962. 588 p. (In Russian)
36. Tatarnikova A. I., Zagorodnyuk N. I. Massovoe pereselenie krest'yan v Zapadnyu Sibir' v kontse XIX — nachale XX v. v sanitarno-gigienicheskom izmerenii [Mass resettlement of peasants in Western Siberia in the late 19<sup>th</sup> — early 20<sup>th</sup> centuries in the sanitary and hygienic dimension]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta — Tomsk State University Journal*, 2018, no. 437, pp. 148—154. DOI: 10.17223/15617793/437/21. (In Russian)
37. Fedorova G. V. Protivoepidemicheskoe napravlenie v deyatelnosti Omskogo meditsinskogo obshchestva [Antiepidemic tactics in the activity of Omsk medical society]. *Omskii nauchnyi vestnik — Omsk Scientific Bulletin*, 2014, no. 1 (128), pp. 11—13. (In Russian)
38. Fedorova G. V., Akhtulova L. A. Obshchestvennaya meditsina v Omske (k 120-letiyu osnovaniya Omskogo meditsinskogo obshchestva) [Public medicine in Omsk (to the 120<sup>th</sup> anniversary of the founding of the Omsk Medical Society)]. *Omskii nauchnyi vestnik — Omsk Scientific Bulletin*, 2002, no. 20, pp. 154—159. (In Russian)
39. Fedotov N. P., Mendrina G. I. *Ocherki istorii meditsiny i zdravookhraneniya Sibiri* [Essays on the history of medicine and healthcare in Siberia]. Tomsk, Tomsk. gos. un-t Publ., 1975. 260 p. (In Russian)
40. Yamzin I. L. *Vrachebnoe delo v Aziatskoi Rossii* [Medical practice in Asian Russia]. *Aziatskaya Rossiya* [Asian Russia]. St. Petersburg, Izdanie Pereselencheskogo Upravleniya Glavnogo Upravleniya Zemleustroistva i Zemledeliya Publ., 1914. Vol. 1. Lyudi i poryadki za Uralom, p. 270—274. (In Russian)