

Историческая информатика

*Правильная ссылка на статью:*

Данилов Е.В. Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью на рубеже XIX–XX вв.: на примере статистических медицинских отчетов Самарского уезда // Историческая информатика. 2024. № 1. DOI: 10.7256/2585-7797.2024.1.70375 EDN: QAYQJB URL: [https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=70375](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=70375)

## **Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью на рубеже XIX–XX вв.: на примере статистических медицинских отчетов Самарского уезда**

**Данилов Евгений Владимирович**

аспирант, кафедра исторической информатики, Московский Государственный Университет

119991, Россия, г. Москва, Ломоносовский проспект, 27 корп. 4, оф. Г-423

✉ [random.pc.user@gmail.com](mailto:random.pc.user@gmail.com)



---

[Статья из рубрики "Квантитативная история"](#)

### **DOI:**

10.7256/2585-7797.2024.1.70375

### **EDN:**

QAYQJB

### **Дата направления статьи в редакцию:**

05-04-2024

**Аннотация:** в данной статье анализируется состояние земской медицины в Самарском уезде в период с 1886 по 1913 годы, важным аспектом этого анализа является исследование уровня обращаемости за медицинской помощью. Обращаемость за медицинской помощью, с одной стороны, является статистическим показателем частоты обращений людей в медицинские институты; с другой стороны, это индикатор очень сложной социокультурной динамики внутри общества. На то, посещает человек больницу или нет, и вообще на восприятие им своего тела в медицинской оптике влияет большое количество факторов, которые не ограничиваются только характеристикой системы здравоохранения. Подобная проблематика подробно изучается в рамках исследований медиализации, а также «моделей здорового образа жизни» (health seeking behavior).

В данной статье на основе медико-статистических отчетов Самарского уезда в конце XIX – начале XX веков исследуется темпоральная и пространственная динамика уровня обращаемости с целью выяснить, в какой степени практика обращений к врачам повсеместно разделялась жителями Самарского уезда. В результате исследования были

выведены следующие наблюдения и выводы. Во-первых, в инфраструктурном аспекте медицина в Самарском уезде активно развивалась, что выразилось в увеличении как числа медицинских участков и больниц, так и служащих в них врачей и фельдшеров. Во-вторых, практика обращаемости за медицинской помощью в количественном отношении также эволюционировала в положительную сторону, что выразилось в увеличении как числа обращений, так и уровня обращаемости. В-третьих, в 1898 году между медицинскими участками наблюдался довольно высокий уровень неоднородности по уровню обращаемости в них, который, однако снизился к 1913 году. Впрочем, между волостями уровень обращаемости все так же отличался в значительной степени по прошествии 15 лет.

### **Ключевые слова:**

здравоохранение, Российская империя, медицинская помощь, медикализация, врач, земство, Самара, фельдшер, обращаемость, история медицины

### **Постановка проблемы**

На рубеже XIX–XX веков Россия находилась в состоянии активного социального и экономического развития, которое эхом приводило в движение многие аспекты общественной жизни в стране. Так, этот период в том числе был отмечен бурным развитием общественной медицины (в особенности земской): частые съезды врачей, дискуссии о реформировании медицинского ведомства, активное строительство новых больниц. Сложившаяся исследовательская традиция в истории медицины довольно разнообразна: в ней представлены как работы, посвященные описанию организации и деятельности медицинских институтов и деятелей [1–4], так и более узкоспециализированные (работы, посвященные проблемам отношения и соотношения власти и медицины [5; 6], медицины и общества [7; 8], медицины и статистики [9; 10]). Однако стоит все же отметить, что изучение общественной медицины Российской империи именно в призме статистического анализа до сегодняшнего времени остается достаточно неактивным. В этой работе делается попытка исследования функционирования земской медицины на примере Самарского уезда в конце XIX – начале XX веков. Во многом она является продолжением работ, в которых было проведено исследование того, как распределялся уровень обращаемости населения за медицинской помощью и какие факторы влияли на этот процесс [11; 12].

Обращаемость за медицинской помощью была выбрана в качестве предмета исследования потому, что она является индикатором взаимодействия здравоохранения и общества: человек, который сталкивается с проблемой со своим здоровьем (или считает, что сталкивается), обращается за медицинской помощью в медицинские институты. Но может и не обратиться – и на это решение о (не)обращении за медицинской помощью влияет множество факторов самого разного характера. Эта работа во многом опирается на методологию “моделей здорового образа жизни” (health seeking behaviour), которая в общем виде исследует проблематику поведения людей в отношении собственного здоровья: ведения (не)здорового образа жизни, обращения в медицинские институты, тактик лечения болезней и многого другого [13–16]. В частности, в эту зонтичную область входит тематика healthcare seeking behaviour, которая исследует факторы, оказывающие влияние на человека при принятии решения обращаться в больницы за медицинской помощью. В общем виде их можно определить в виде совокупности

социоэкономических, культурных, географических, организационных факторов, которые влияют на поведение людей в вопросе о взаимодействии с областью научной медицины [\[17; 18\]](#).

В социологическом измерении такой подход во многом перекликается с понятием медикализации, которая возникла во второй половине XX века [\[19, с. 21; 20\]](#) и предполагала вовлечение людей в контакт с медициной, а также восприятие своего тела и его девиаций в медицинской оптике. В некотором смысле это перекликается с призывом Роя Портера воспринимать историю медицины не только как историю врачей, больниц и медицинских теорий, но также как историю самих больных, их восприятия своего здоровья и его девиаций, взаимоотношений с врачами и научной медициной в целом [\[21\]](#).

Одной из магистральных работ, которые изучают медицину с точки зрения восприятия ее пациентами в Российской империи, является труд Гавриила Ивановича Попова "Русская народно-бытовая медицина" [\[22\]](#). Попов, основываясь на данных "Этнографического бюро" князя В.Н. Тенишева [\[23, с. 274-275\]](#), обобщил и проанализировал сведения о восприятии крестьянами Европейской России проблем, связанных с их здоровьем: отдельная глава этой книги посвящена и отношению крестьян к научной медицине. Исследования Попова говорят о том, что динамика взаимоотношения людей и медицины не исчерпывается исключительно инструментальной логикой, то есть условной доступностью медицинской помощи, но также сформирована под влиянием социальных и культурных факторов [\[23, 276-277\]](#).

Впрочем, необходимо заметить, что "Русская народно-бытовая медицина" – это этнографо-антропологическое исследование, и сделанные в ней выводы, несмотря на огромную научную ценность, было бы замечательно дополнить статистическими оценками. В моих исследованиях были совершены попытки оценить степень однородности распределения уровня обращаемости: они показали, что в Европейской России уровень обращаемости был в значительной мере распределен неравномерно в регионах как на уровне губерний [\[11\]](#), так и на уровне уездов [\[12\]](#). Кроме того, в отношении амбулаторного сектора были сформулированы предположения о том, что организационные и инфраструктурные факторы не оказывали доминирующего влияния на уровень обращаемости, что, вероятно, связано с действием факторов иного характера: социальных, культурных, экономических и иных. Такое наблюдение перекликается с работой Попова, хотя стоит отметить, что формат такого доказательства имеет характер "от противного".

В настоящей статье представлена попытка проанализировать развитие медицины в Самарском уезде на рубеже XIX – начале XX веков через призму эволюции процессов обращаемости в нем за этот период. Основной фокус исследования направлен на сравнение и оценку того, в какой степени была распространена практика обращения за медицинской помощью в Самарском уезде в разных его частях – среди медицинских участков и волостей.

### **Данные**

Данное исследование опирается на сведения, содержащиеся в медицинских отчетах Самарской уездной земской управы, выпускавшихся в 1880-ых – 1910-ых годах. Эти отчеты являли собой сборники статистических сведений о состоянии медицины и здравоохранения в Самарском уезде. Каждый отчетный год был отражен в отдельном

отчете, которые выпускались в следующем за отчетным году. Формуляр отчетов с течением времени менялся: в 1880–1890-ых годах они в основном состояли из двух условных частей: из отчетов врачей о состоянии дел за отчетный год в медицинских участках, к которым они были прикреплены, а также общей сводки по уезду, которая составлялась на основе участковых отчетов. Впрочем, к началу XX века формуляр претерпел изменения: в медицинские отчеты были введены протоколы и журналы совещаний врачей уезда, на которых часто обсуждались организационные вопросы: о выплате пособий, об открытии новых лечебниц, о режиме работы [\[24, с. 133\]](#), о командировках [\[24, с. 117\]](#) и т.д.

Общая сводка включала сведения о характеристике медицинских участков (их территориальном расположении, количестве населения, медицинского персонала), амбулаторном и стационарном приеме, акушерской помощи и оспопрививании. Синтез этих данных основывается на использовании карточной системы, внедрение которой в процесс врачебного дела активно пропагандировалось как минимум в сфере земской медицины (в силу больших потенциальных возможностей по пространственному и социально-демографическому анализу заболеваемости населения [\[25, с. 17–32\]](#), хотя она и вызывала недовольство в силу своей трудоемкости – особенно на начальном этапе ее введения [\[26, с. 99–105\]](#)). Карточки в основном заполнялись врачами в амбулаториях на основе принятой номенклатуры болезней, в то время как в фельдшерских пунктах фельдшеры заполняли карточки только в случае приема пациентов с заразными болезнями. В стационарных лечебницах (больницах и приемных покоях) также велась карточная система учета пациентов. Сведения по каждому участку присылались в управу в начале следующего отчетному года [\[24\]](#).

Содержательную целостность отчетов можно охарактеризовать следующим образом. За довольно долгую практику публикации отчетов – с 1886 года [\[27, с. 65\]](#) – динамика степени наполняемости отчетов вполне ощутима. Так, до конца 1890-ых годов в отчетах по большей части были приведены только самые основные сведения о числе больных и основных параметрах медицинских участков, при этом дифференциация этих данных была довольно скудной. Так, например, в этот период практически не соблюдалось разделение приема пациентов в амбулаториях и фельдшерских пунктах, не было представлено уточненной информации о самих фельдшерских пунктах, отсутствовала более детальная информация о приеме больных с разделением их по территориальному (волостному) принципу – эти лакуны во многом были восполнены в более поздних отчетах. То есть в целом с течением времени усложнялась структура отчетов и увеличилась степень их наполняемости, что во многом говорит о постепенном характере развития отчетности.

Наиболее ценными для этого исследования являются данные об инфраструктурном состоянии земской медицины в уезде (количестве медицинских участков и их характеристике) и обращаемости населения за медицинской помощью – как амбулаторной, так и стационарной. Эти сведения, совместно с данными по демографии (на основе Всероссийской переписи населения [\[28\]](#)) и финансировании (содержащимися в отчетах Самарской земской уездной управы [\[29–31\]](#)) позволяют сформировать характеристику процессов обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде.

#### **Необходимые замечания и дизайн исследования**

В связи с тем, что уровень обращаемости подсчитывается как отношение числа обращений за медицинской помощью к численности населения, необходимо сделать

следующую ремарку: демографические сведения, представленные в отчете, базируются на подсчетах движения населения, проводимых управой. Если до 1897 год нет возможности точной оценки того, насколько достоверны эти подсчеты, то на основе данных Всеобщей переписи эту оценку возможно произвести [\[28\]](#). Так, согласно медицинскому отчету Самарского уезда за 1898 год уезд (без учета г. Самары) был поделен на 14 медицинских участков, в которых проживало 252 тысячи человек. В то же время, согласно Всеобщей переписи населения, население Самарского уезда по состоянию на 1897 год составило 267 тысяч человек без учета г. Самары. Получается расхождение в 15 тысяч (с запаздыванием в один год), что составляет около 6% относительно данных отчета. Причина подобного расхождения остается неясной – впрочем, такая разница в оценках, вероятно, не является основанием категорически не доверять данным медицинского отчета, в силу чего представляется возможным использовать их для подсчета уровня обращаемости в уезде. Вероятно, это также дает основания относительно доверять демографическим подсчетам уездной управы и в отношении следующих лет, которые в основном были сформулированы на основе данных движения населения, в особенности к 1913 году – в силу того, что к 1913 году в Самарской губернии была проведена подворная перепись, в том числе и в Самарском уезде.

Дизайн исследования следующий: из всего периода 1886–1913 года было принято решение провести анализ по 2 временным срезам: за 1898 и 1913 годы. Обусловлено это тем, что в отчетах за эти годы были включены данные по обращаемости с разделением их не только по медицинским участкам, но и по волостям – то есть это дает возможность оценить уровень обращаемости не только в рамках медицинского участка, который может состоять из нескольких волостей и их частей, но и в волостной проекции, то есть реальных населенных пунктов, о которых есть демографические сведения.

Вначале дается краткая справка о состоянии медицинской инфраструктуры в Самарском уезде за 1886, 1898 и 1913 годы, затем следует изложение анализа обращаемости за медицинской помощью. В основном анализируются данные по первичной обращаемости за медицинской помощью как во врачебных амбулаториях, так и в самостоятельных фельдшерских пунктах. Для того, чтобы избежать возникновения путаницы в оперировании этими параметрами, было принято решение закодировать их следующим образом: первичная обращаемость за медицинской помощью в амбулатории представлена в виде амбулаторной обращаемости, первичная обращаемость за медицинской помощью как в амбулатории, так и в фельдшерские пункты – в виде общей обращаемости. Решение о введении такой терминологии обусловлено тем, что применять термин “заболеваемость” в отношении первичного приема представляется неверным в силу того, что первичные обращения свидетельствуют о скорее выявленной заболеваемости, нежели о приближенной к реальной, в силу сравнительно неразвитой культурой обращаться за медицинской помощью в случае болезни в дореволюционной России. Обращения в стационары в работе приведены как стационарная обращаемость.

Данные по обращаемости анализируются как в динамике, так и в призме распределения по территории Самарского уезда. Последнее представлено в виде двух проекций: деления по принципу медицинских участков и по волостному принципу. Такое разделение позволяет посмотреть на динамику обращаемости не только в пределах медицинских участков, которые сложены из нескольких соседних волостей и во многом дающих довольно условное представление о практиках обращения за медицинской помощью в реальных населенных пунктах, но и на примере самих волостей.

### **Земская медицина в Самарском уезде: характеристика**

В 1886 году Самарский уезд был поделен на 9 медицинских участков. В каждом из этих участков находилась врачебная амбулатория, в которой осуществлялся амбулаторный прием – в основном врачом, но также и фельдшерами при этих амбулаториях (в том числе в отсутствие врача). В уезде насчитывалось 3 земские больницы и 1 приемный покой, в которых велся прием стационарных больных. Кроме того, действовало 16 фельдшерских пунктов, в которых также осуществлялся амбулаторный прием, этими пунктами заведовали фельдшеры. В среднем на 1 медицинский участок приходилось 1460 кв. верст, что условно соответствует радиусу участка в 21,5 верст (что существенно выше рекомендованного радиуса в 15 верст). В уезде прием как стационарных, так и амбулаторных больных к 1886 году осуществлялся бесплатно (бесплатный статус лечения сохранился как минимум до 1898 года [\[32, с. 71\]](#)), финансирование же шло по линии земской управы в рамках установленных смет с обязательной отчетностью врачей о расходах [\[27, с. 64–65\]](#).

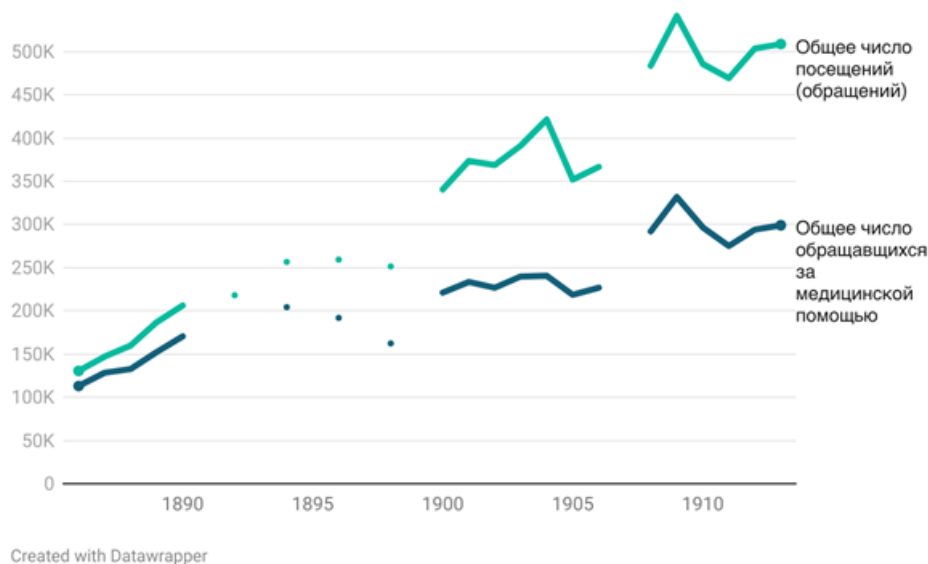
Всего в 1886 году в Самарском уезде было совершено около 113 тысяч первичных обращений за медицинской помощью: 61355 обращений было принято врачами, 51748 обращений – фельдшерами (к сожалению, определить, какая часть из них была принята фельдшерами в амбулатории, а какая – в фельдшерском пункте, затруднительно в силу непредставленности данных об этом в источнике). Также всего за год было принято 748 стационарных больных, которые суммарно провели более 15 тысяч дней в стационаре. Всего за 1886 год было потрачено 50853 рубля, предоставленных уездной управой – то есть удельная стоимость одного посещения составила около 45 копеек.

Ситуация довольно существенно изменилась к 1898 году. Так, количество медицинских участков увеличилось до 14, число фельдшеров увеличилось до 36 (из них 5 – в 5 фельдшерских пунктах). Средняя площадь медицинского участка уменьшилась до 940 кв. верст (средний радиус – 17,3 верст), в среднем на один участок приходилось 18 тысяч человек (по данным народонаселения уездной управы; около 19 тысяч на участок по данным переписи). Всего за 1898 год к врачам и фельдшерам обратилось 162380 человек, которые всего совершили 251318 посещение. Из них в амбулаториях к врачам обратилось 108889 человек (174228 посещений), к фельдшерам – 23334 человек (34571 посещений), в фельдшерские пункты – 30157 человек (42519 посещение). Стационарно лечилось 1176 человек (проведшие 9600 дней) в 3 больницах и 1 приемном покое с общим числом кроватей в 60 единиц. Общий расход составил 92508 рублей (при смете в 107850 рублей), что составляет около 37 копеек на одно посещение пациента, а удельный расход на медицинскую часть в отношении населения уезда – 37 копеек на человека (35 копеек по данным переписи).

К 1913 году инфраструктурное состояние здравоохранения в Самарском уезде стало следующим: число медицинских участков увеличилось до 20 (вместе с участком в Самаре, который был открыт для приема учащихся земских школ, служащих в управе, а также крестьян, находящихся в городе [отчет за 1908 год]), а фельдшеров – 76 (10 из них осуществляли практику в 8 фельдшерских пунктах). Средняя площадь медицинского участка составила 690 кв. верст (около 15 верст в радиусе на каждый участок). В среднем на каждый участок приходилось 18445 человек (согласно данным о движении населения уездной управы на 1913 год). Всего за отчетный год в медицинских участках было 299039 человек, которые совершили 508627 посещений. Из них амбулаторно лечилось 239273 пациента (совершивших 333015 посещений к врачам и 77149 посещений к фельдшерам), 59766 человек были приняты в фельдшерских пунктах (и

совершили 98463 посещения). Стационарно в уезде лечилось 4163 человека (которые провели в стационарах 50077 дней) в 3 больницах и 11 приемных покоях с общим числом кроватей в 120 единиц. В целом в уезде было потрачено на медицинскую часть 252315 рублей (то есть удельное финансирование составило 72 копейки на жителя уезда).

**Рис. 1. Количество первичных и повторных обращений за медицинской помощью в Самарском уезде, 1886–1913.**



**Источники:** Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в... [по годам, 1886–1913] / Самарская земская уездная управа, 1887–1914.

**Примечание:** пробелы в данных обусловлены отсутствием источников.

В целом, с 1886 по 1913 годы существенно вырос инфраструктурный потенциал земской медицины – более чем в два раза выросло число медицинских участков и сотрудников в них. Впрочем, в стационарном отношении эта динамика была не столь линейной: в 1890-ых годах наблюдалось значительное уменьшение числа больниц и кроватей в них (что было связано, в том числе, и с несчастными случаями в виде пожаров, когда в 1894 году во всем уезде, за исключением г. Самары, действовала лишь одна больница из-за пожара в больнице Екатерининского участка), однако уже к началу XX века потенциал стационарного сектора вновь стал расти, что выразилось в увеличении числа лечебниц и кроватей в них. Динамика числа обращений за медицинской помощью также принимала в целом положительный характер: число первичных обращений в 1886–1913 гг. увеличилось более чем в 2,5 раза, а суммарное число первичных и повторных приемов – практически в 4 раза (Рис. 1); стационарных же больных стало более чем в 5 раз больше. Впрочем, наибольший уровень обращаемости в Самарском уезде наблюдался в 1909 году, после которого произошел некоторый спад; другой спад, наблюдавшийся в 1890-ых годах, скорее связан с отсутствием релевантных данных в отчетах. Также следует иметь в виду, что в Самаре действовала губернская земская больница, которая в том числе принимала жителей Самарского уезда, поэтому можно предположить, что какая-то их часть обращалась за медицинской помощью именно там (в особенности жители соседних с Самарой волостей).

#### **Обращаемость за медицинской помощью в Самарском уезде: подсчеты и оценки**

В 1898 году в Самарском уезде картина обращаемости выглядела следующим образом:

амбулаторная обращаемость составила 497,6 обращений на тысячу человек в год, а показатель общей обращаемости достиг отметки в 565,6 обращений в пределах всего уезда (Таблица 1). Таким образом, в среднем практически каждый второй житель Самарского уезда обращался за медицинской помощью в лечебницы, подведомственные Самарскому уездному земству (впрочем, в это число также входит и некоторая доля жителей иных уездов и губерний). Этот показатель является усредненным в рамках 14 медицинских участков, в которых осуществлялся прием пациентов. Если же учесть долю повторных посещений, то показатели обращаемости видоизменяются следующим образом: амбулаторная обращаемость составила 828,5 обращений на 1000 человек, общая – 997,2 обращений. Во многом эти показатели условные в силу того, что они показывают усредненную оценку. Если же взглянуть на картину того, как уровень обращаемости варьирует от участка к участку, выстраивается следующая композиция. Наиболее высокий уровень амбулаторной обращаемости наблюдался в Спасском медицинском участке (806 первичных обращений на 1000 человек), наиболее низкий – в Кошкинском участке (323 первичных обращений на 1000 человек). Среднеквадратическое отклонение составило 137 обращений на 1000 человек, что означает, что в среднем каждый участок отклоняется от среднего уровня обращаемости на 137 единиц. Коэффициент вариации в таком случае составил для первичной амбулаторной обращаемости 0,26, который является наименьшим в сравнении с показателями иных параметров. Если учитывать прием в фельдшерских самостоятельных пунктах, то среднеквадратическое отклонение увеличивается до 273 единиц, а коэффициент вариации – до 0,48. Получается, что при добавлении фельдшерского приема в расчеты обращаемости растет уровень неравномерного распределения обращаемости между медицинскими участками. То есть, наличие фельдшерских пунктов в медицинском участке увеличивает неравенство в уровне обращаемости между участками.

**Таблица 1. Дескриптивная статистика обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, 1898 г.**

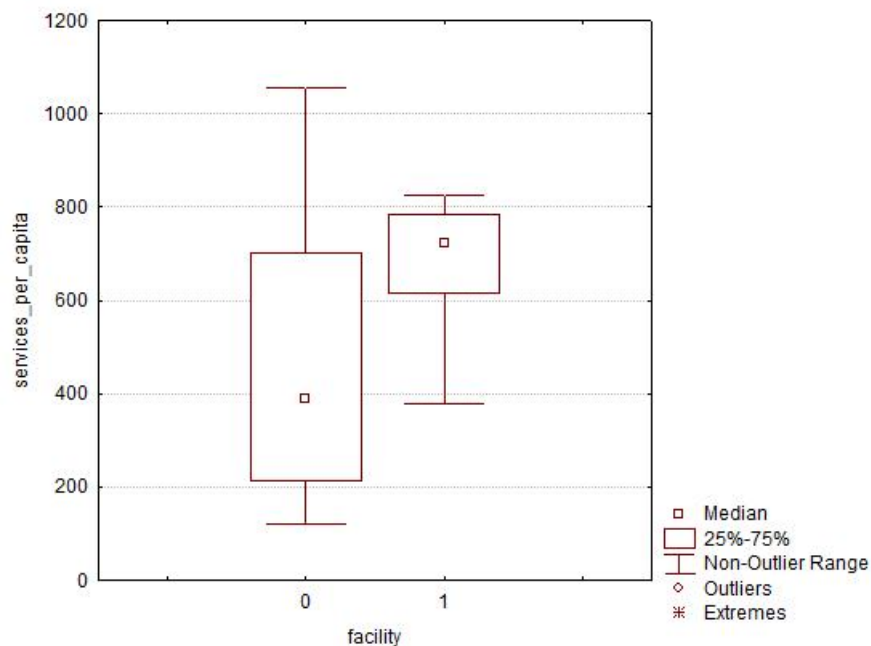
|                                             | Амбулаторная<br>обращаемость в<br>медицинских<br>участках | Общая<br>обращаемость в<br>медицинских<br>участках | Общая<br>обращаемость<br>в волостях |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Количество<br>объектов                      | 14                                                        | 14                                                 | 34                                  |
| Средняя<br>обращаемость,<br>на 1000 человек | 497,6                                                     | 565,6                                              | 565,6                               |
| Минимальное<br>значение                     | 323,8                                                     | 435,4                                              | 122,1                               |
| Максимальное<br>значение                    | 806,0                                                     | 1072,9                                             | 1054,1                              |
| Стандартное<br>отклонение                   | 137,2                                                     | 273,8                                              | 258,8                               |
| Коэффициент<br>вариации                     | 0,26                                                      | 0,48                                               | 0,45                                |

Источник: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1898 году / Самарская земская уездная управа, 1899.

Во многом это связано с тем, что фельдшерские пункты были открыты далеко не только в участках с низким уровнем обращаемости населения за медицинской помощью в амбулатории. Например, в Чистовском, Алексеевском и Богдановском участках, где уровень амбулаторной обращаемости находился в пределах 420–440 обращений на 1000 человек, фельдшерского пункта организовано не было, в то время как в Екатерининском и Красноярском участках, где уровень амбулаторной обращаемости был выше 600 единиц, фельдшерские пункты были открыты.

Картину обращаемости населения за медицинской помощью в проекции медицинских участков также можно сравнить с тем, как распределение обращаемости выглядит на уровне волостей. Так, среди 34 волостей Самарского уезда в 1898 году наблюдается довольно большая неравномерность распределения обращаемости: наименее интенсивно за медицинской помощью обращались жители Чернореченской волости (122 обращения на 1000 человек), больше всего – Томиловской (1054 обращения на 1000 человек). Впрочем, низкий уровень обращаемости в Чернореченской области может объясняться ее близким географическим положением к г. Самаре, из-за чего некоторая часть жителей могла обращаться за медицинской помощью в лечебницы, расположенные там. В целом же коэффициент вариации составляет 0,45, что говорит о довольно существенном уровне неоднородности того, насколько часто обращались за помощью жители Самарского уезда в разных его частях – в среднем в каждой волости наблюдалось отклонение уровня обращаемости от среднего по уезду в 258,8 единиц. При этом коэффициент корреляции между уровнем обращаемости в волости и фактом нахождения в ней пункта приема больных довольно низкий ( $r = 0,4$ ,  $p < 0,05$ , статистически значимая связь), что скорее говорит о том, что жители волостей, в которых не было врачебной амбулатории или фельдшерского пункта, были готовы ездить в лечебницы, расположенные в других (скорее всего, соседних) волостях. Впрочем, если обратить внимание на диаграмму размаха (Рис. 2), складывается следующая картина: при наличии в волости пункта приема больных уровень обращаемости в ней с большей вероятностью будет выше среднего. С другой стороны, в тех волостях, в которых пункта приема больных нет, интенсивность обращаемости гораздо более разнообразна (в том числе бывает выше, чем в волостях с амбулаториями и фельдшерскими пунктами в них).

**Рис. 2. Диаграмма размаха обращаемости за медицинской помощью по волостям Самарского уезда, 1898 г.**



*Источник:* Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1898 году / Самарская земская уездная управа, 1899.

*Примечания:* по вертикальной оси расположена шкала уровня обращаемости за медицинской помощью, по горизонтальной оси – статус наличия в волости пункта приема больных (0 – пункт приема есть, 1 – пункта приема нет).

Такие результаты могут говорить о следующем. Уровень обращаемости среди медицинских участков распределялся сравнительно равномерно при учете исключительно амбулаторного приема – при включении в модель доли приема, осуществленного в фельдшерских пунктах, уровень неоднородности значительно возрастает. То есть, наличие фельдшерских пунктов, вероятно, оказывает влияние на уровень обращаемости в медицинском участке. При этом подобная неоднородность в том числе характерна и для соотношения уровня обращаемости среди волостей, и вклад в эту неоднородность во многом вносят те волости, в которых нет пунктов приема больных.

К 1913 году картина обращаемости за медицинской помощью трансформировалась следующим образом. В среднем уровень первичной обращаемости в амбулатории в Самарском уезде вырос до 633,3 обращений на тысячу человек (если присоединить к этому показателю также и статистику обращений в фельдшерских пунктах, обращаемость вырастает до 801,7 единиц). При этом наибольший уровень амбулаторной и общей обращаемости наблюдался в Спасском районе (919,9 и 1264,6 обращений на 1000 человек соответственно), наименьший – в Студенецком (239,3) и Петропавловском (554,8) районах. При этом следует отметить, что в обоих вариантах коэффициент вариации составляет 0,24 и 0,27 соответственно, что говорит о сравнительно невысоком уровне неоднородности распределения обращаемости между медицинскими участками. Впрочем, если обратиться к данным по обращаемости в проекции волостного деления, картина несколько видоизменяется. Так, и для амбулаторной, и для общей обращаемости характерны более высокие показатели коэффициента вариации (0,45 и 0,42 соответственно), что может говорить о том, что при переходе от участков к волостям наблюдается сравнительно более высокая неоднородность обращаемости за медицинской помощью.

**Таблица 2. Дескриптивная статистика обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, 1913 г.**

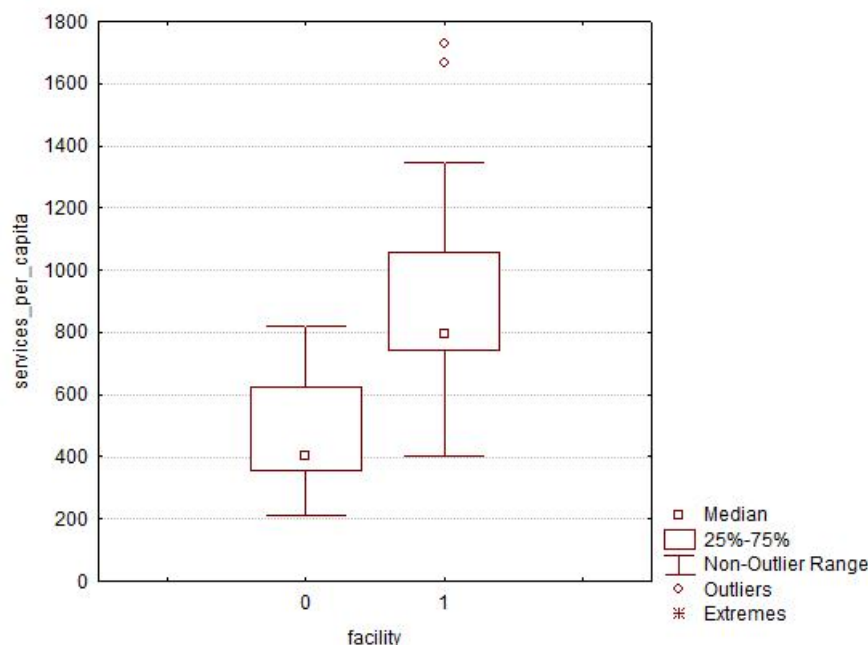
|                                                | Амбулаторная<br>обращаемость<br>в<br>медицинских<br>участках | Общая<br>обращаемость<br>в<br>медицинских<br>участках | Амбулаторная<br>обращаемость<br>в волостях | Общая<br>обращаемость<br>в волостях | Стационар<br>обращаем<br>в волост |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Количество<br>объектов                         | 19*                                                          | 19*                                                   | 37                                         | 37                                  | 37                                |
| Средняя<br>обращаемость,<br>на 1000<br>человек | 633,3                                                        | 801,7                                                 | 633,3                                      | 801,7                               | 10,44                             |
| Минимальное<br>значение                        | 239,3                                                        | 554,8                                                 | 96,1                                       | 213,7                               | 0,25                              |
| Максимальное<br>значение                       | 919,9                                                        | 1264,6                                                | 1119,6                                     | 1730,3                              | 38,61                             |
| Стандартное<br>отклонение                      | 164,4                                                        | 216,6                                                 | 284,1                                      | 339,0                               | 7,88                              |
| Коэффициент<br>вариации                        | 0,24                                                         | 0,27                                                  | 0,45                                       | 0,42                                | 0,75                              |

*Источник:* Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году / Самарская земская уездная управа, 1914.

*Примечание:* \* – в таблицу включены данные по 19 медицинским участкам с исключением участка в г. Самаре.

Была ли некоторая взаимосвязь между уровнем обращаемости в волости, а также тем, присутствует ли в ней пункт приема больных (врачебная амбулатория или фельдшерский пункт)? Корреляционный анализ показал, что уровень корреляции между этими параметрами составляет  $r = 0,52$  ( $p < 0.05$ , статистически значимая связь), что говорит о наличии некоторой связи между уровнем обращаемости в волости и наличием в ней пункта приема пациентов (что говорит о вероятной важности фактора географического положения пунктов приема больных). В целом, уровень обращаемости в некоторой степени выше в тех волостях, в которых расположены амбулатория либо фельдшерский пункт (Рис. 3). При этом не следует недооценивать важность наличия фельдшерского пункта: доля приема больных фельдшерскими пунктами составляла в среднем 67% от общего приема в тех волостях, в которых эти пункты были расположены (в тех же волостях, в которых нет фельдшерского пункта, число обращений в них ничтожно, а при отсутствии в волости амбулатории пациенты практически всегда обращались в амбулатории соседних волостей, нежели в фельдшерские пункты). Но даже в тех волостях, в которых были пункты приема больных, уровень обращаемости был распределен в большой степени неравномерно: разброс основной части значений составил от 400 до 1400 с выбросами, превышающими отметку в 1600 обращений. Это может говорить о том, что в этих волостях были некоторые иные факторы, оказывающие влияние на уровень обращаемости, в том числе и не связанные с факторами инфраструктурного характера.

**Рис. 3. Диаграмма размаха обращаемости за медицинской помощью по волостям Самарского уезда, 1913 г.**



*Источник:* Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году / Самарская земская уездная управа, 1914.

*Примечания:* по вертикальной оси расположена шкала уровня обращаемости за медицинской помощью, по горизонтальной оси – статус наличия в волости пункта приема больных (0 – пункт приема есть, 1 – пункта приема нет).

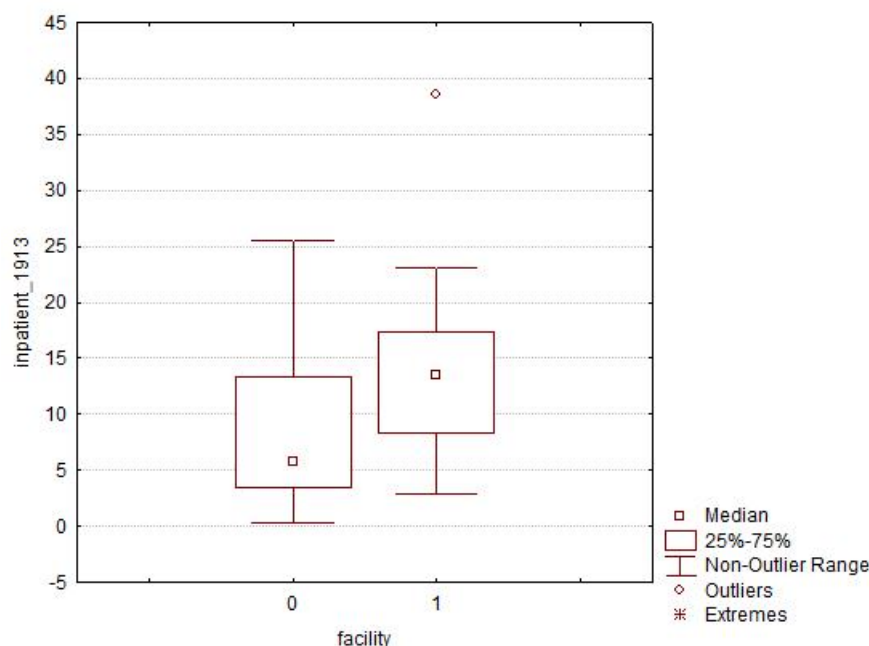
При сравнении результатов анализа обращаемости в 1898 и 1913 годах можно выделить следующие наблюдения. Во-первых, во всех вариантах подсчета уровень обращаемости за медицинской помощью вырос к 1913 году. Это говорит о положительной динамике развития практики взаимодействия людей с медицинскими институтами. Во-вторых, в 1913 году, по сравнению с 1898 годом, заметно уменьшился уровень неоднородности распределения обращаемости между медицинскими участками. Особенно это показательно на примере общей обращаемости: так, если в 1898 году уровень неоднородности значительно возрастал при учете приема в фельдшерских пунктах относительно только амбулаторного приема, то к 1913 году это различие стало заметно менее значительным. То есть можно предположить, что к 1913 году удалось добиться того, что в уезде между медицинскими участками уровень обращаемости был относительно однороден.

Впрочем, картина несколько меняется, если обратиться к анализу в проекции волостного деления. Так, коэффициент вариации составляет 0,45 и 0,42, что говорит о том, что между волостями уровень обращаемости отличался в гораздо большей степени, чем между медицинскими участками. При этом вариация сходна с наблюдаемой неоднородностью в 1898 году. Это может говорить о том, что одновременно с количественным ростом обращаемости степень ее неравномерного распределения между волостями осталась примерно на одном и том же уровне. При этом следует учитывать, что за 15 лет было сформировано 6 новых участков, а число фельдшерских пунктов выросло с 5 до 8 (а также было выделено 3 новые волости). То есть выходит, что количественный рост уровня обращаемости, а также увеличение инфраструктурного потенциала земской медицины не привели к уменьшению уровня неравенства по

показателю обращаемости между волостями. Кроме того, в 1898 году уровень обращаемости в тех волостях, в которых находились пункты приема больных, был более однороден, нежели в 1913 году.

Если же взглянуть на стационарный сектор обращаемости, картина предстает в следующем виде (Таблица 2). В среднем уровень обращаемости в 1913 году был на отметке 10,44 стационарных больных на 1000 человек. При этом минимальное значение было в Воскресенской волости (0,25 – такой низкий показатель, вероятно, связан с тем, что Воскресенская волость граничила с г. Самарой и значительная часть людей обращалась за медпомощью туда), максимальное – в Екатериновской (38,61 – примечательно, что в ней находилась больница на 25 кроватей). Бросается в глаза очень высокий показатель коэффициента вариации – 0,75, что говорит о высоком уровне неравенства между волостями по проявлению обращаемости в стационары. Впрочем, между этим показателем и фактом наличия в волости больницы или приемного покоя наблюдается довольно невысокая корреляционная связь ( $r = 0,37$ ,  $p < 0.05$ , статистически значимая связь). На диаграмме размаха (Рис. 4) видно, что в целом в волостях, где расположены стационары, и в волостях без них уровень обращаемости в стационары примерно соизмерим – с очевидным выбросом в виде Екатериновской волости. Примечательно, впрочем, что в Кошкинской волости, где также находилась больница на 25 кроватей, обращаемость составляла 20,6 стационарных больных на 1000 человек, что практически в 2 раза меньше.

**Рис. 4. Диаграмма размаха стационарной обращаемости за медицинской помощью по волостям Самарского уезда, 1913 г.**



**Источник:** Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году / Самарская земская уездная управа, 1914.

**Примечания:** по вертикальной оси расположена шкала уровня стационарной обращаемости за медицинской помощью, по горизонтальной оси – статус наличия в волости стационара (0 – стационар есть, 1 – стационара нет).

Такая соизмеримая картина обращаемости в стационары, возможно, связана с довольно низким уровнем исходных показателей, когда в волостях удельное число стационарных больных редко превышало 20 пациентов на 1000 человек (а в реальных числах –

нескольких десятков человек), и в таком масштабе значимость фактора географической близости, возможно, играет не столь важную роль.

## Выводы

Результаты исследования можно представить в следующем виде. Во-первых, в течение исследуемого периода в Самарском уезде в целом рос инфраструктурный потенциал земской медицины, что в первую очередь выражалось в увеличении числа медицинских участков и медицинского персонала, а также стационарных лечебниц. Одновременно с этим наблюдалась положительная динамика числа обращений за медицинской помощью. Однако говорить о прямой зависимости между этими параметрами было бы преждевременно в силу того, что взаимодействие человека с медициной и здравоохранением – это сложный многофакторный процесс.

Во-вторых, динамика уровня обращаемости принимает положительный характер: если в 1898 году средний уровень общей обращаемости составлял 565 первичных обращений на 1000 человек, то к 1913 году этот показатель превысил отметку в 800 единиц. Впрочем, это усредненные показатели, за которыми скрывается существенная неоднородность проявления обращаемости в разных частях Самарского уезда. Так, в 1898 году наблюдалось определенное неравномерное распределение обращаемости среди медицинских участков, которое к 1913 году в некоторой степени стало более однородным. Однако между волостями довольно высокая степень неоднородности наблюдалась как в 1898, так и в 1913 году – это примечательно на фоне общего роста числа пунктов приема больных. Такой неравномерный характер в некоторой степени можно объяснить организационными и инфраструктурными факторами; впрочем, для более полного понимания природы и механизмов отношения населения к медицине и здравоохранению требуется анализ с применением методологии из смежных дисциплин: антропологии, социологии, психологии.

Это исследование – продолжение текущего проекта, посвящённого изучению процессов обращаемости за медицинской помощью в Российской империи на рубеже XIX–XX вв. В целом, полученные результаты согласуются с имеющимися наблюдениями в том плане, что практики обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, как и среди уездов и губерний Европейской России, сложно охарактеризовать как одинаково разделяемые всеми жителями. Однако трудно оценить, в какой степени эти практики зависят от организационного и инфраструктурного состояния. Границы медицинских участков довольно часто менялись, и сравнивать демографические данные (собранные по принципу административного деления) и медико-статистические (в границах медицинских участков) довольно затруднительно, в особенности из-за несовпадения этих границ. Впрочем, такие наблюдения, как сохранение неоднородности обращаемости среди волостей (и даже среди тех, в которых были пункты приема больных), говорят о довольно сложном характере взаимоотношения людей и медицинских институтов. Это, в свою очередь, является одним из множества индикаторов комплексной социокультурной динамики российского общества на рубеже веков.

## Приложение

Таблица 3. Список медицинских участков в 1898 году

| Медицинский участок | Число жителей | Статус участка         | Врачи        | Фельдшеры |
|---------------------|---------------|------------------------|--------------|-----------|
| Кошкинский          | 27168         | Больница, 25 кроватей, | В. Ф. Байков | 4         |

|                 |       | Ф.п.                           |                    |   |
|-----------------|-------|--------------------------------|--------------------|---|
| Зубовский       | 26541 | Амбулатория                    | Д. И. Гладышев     | 2 |
| Кандабалукский  | 14277 | Амбулатория                    | Архангельский      | 2 |
| Елшанский       | 12989 | Амбулатория                    | А. Н. Вольтман     | 2 |
| Елховский       | 22497 | Амбулатория,<br>Ф.п.           | И. О. Рачунас      | 3 |
| Б. Каменский    | 12200 | Амбулатория                    | Быстров            | 2 |
| Красноярский    | 12306 | Амбулатория                    | Н. Ф. Фастрицкий   | 3 |
| Богдановский    | 21529 | Амбулатория                    | П. О. Ефремов      | 2 |
| Алексеевский    | 20287 | Амбулатория                    | Л. П. Кудряшев     | 2 |
| Дубово-Уметский | 14578 | Амбулатория                    | И. П. Троицкий     | 2 |
| Екатериновский  | 24000 | Больница, 25 кроватей,<br>Ф.п. | А. Гончаров        | 4 |
| Студенецкий     | 14242 | Амбулатория,<br>Ф.п.           | И. Г. Эпштейн      | 3 |
| Обшаровский     | 19000 | П.п., 5 кроватей               | Н. В. Фармаковский | 2 |
| Спасский        | 10395 | Больница, 10 кроватей          | И. Н. Гуляков      | 3 |

*Источник:* Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1898 году / Самарская земская уездная управа, 1899. *Примечание:* П.п. – приемный покой; Ф.п. – фельдшерский пункт

**Таблица 4. Список медицинских участков в 1913 году**

| Медицинский участок | Число жителей участка | Статус участка            | Врачи*             | Фельдшеры |
|---------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|-----------|
| Кошкинский          | 19201                 | Больница, 25 кроватей     | П. В. Лебедев      | 4         |
| Чистовский          | 30028                 | П.п., 5 кроватей,<br>Ф.п. | Запасной врач      | 4         |
| Кандабалукский      | 15843                 | П.п., 5 кроватей          | А. И. Сунгуров     | 2         |
| Елшанский           | 20060                 | П.п., 5 кроватей          | Л. А. Павловская   | 2         |
| Елховский           | 22148                 | П.п., 5 кроватей          | Н. В. Фармаковский | 3         |
| Каменский           | 20267                 | П.п., 5 кроватей,         | А. Я. Быстров      | 3         |

|                         |       |                                   |                    |   |
|-------------------------|-------|-----------------------------------|--------------------|---|
|                         |       | Ф.п.                              |                    |   |
| Красноярский            | 17559 | П.п., 5<br>кроватей               | Н. П.<br>Чаловский | 2 |
| Богдановский            | 15157 | П.п., 5<br>кроватей               | К. П.<br>Муромцев  | 2 |
| Алексеевский            | 14819 | П.п., 5<br>кроватей               | И. П.<br>Троицкий  | 3 |
| Дубово-Уметский         | 14100 | П.п., 5<br>кроватей               | М. А.<br>Алфионов  | 2 |
| Екатериновский          | 24095 | Больница, 25<br>кроватей,<br>Ф.п. | Е. И. Соколов      | 5 |
| Студенецкий             | 20249 | Амбулатория,<br>Ф.п.              | Запасной<br>врач   | 4 |
| Обшаровский             | 23515 | П.п., 10<br>кроватей,<br>Ф.п.     | Д. А.<br>Гончаров  | 4 |
| Спасский                | 14311 | Больница, 10<br>кроватей,<br>Ф.п. | И. Н. Гуляков      | 4 |
| Степно-<br>Шенталинский | 17991 | П.п. 5<br>кроватей                | Запасной<br>врач   | 2 |
| Самарский               |       | Амбулатория,<br>Ф.п.              | Л. П.<br>Кудряшев  | 3 |
| Томыловский             | 17112 | Амбулатория                       | А. И. Воронов      | 2 |
| Бобровский              | 13608 | Амбулатория,<br>Ф.п.              | К. Н.<br>Едрышов   | 3 |
| Тростянский             | 13609 | Амбулатория                       | Н. И. Лещев        | 2 |
| Петропавловский         | 16739 | Амбулатория                       | С. Т.<br>Вельховер | 2 |

Источник: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году / Самарская земская уездная управа, 1914.

Примечания: П.п. – приемный покой; Ф.п. – фельдшерский пункт; \* – данные приведены за 1912 год

## Библиография

1. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / [Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Блохина Н. И.]; под. ред. Хабриева Р. У. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 238 с.
2. Мирский М. Б. Медицина России X–XX веков: Очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. 631 с.
3. Смирнова Е. М. Становление системы здравоохранения в российской провинции. 1775–1914 гг. (по материалам региона Верхней Волги): дис. ... докт. ист. наук. Ярославль, 2017. 470 с.

4. Черноухов Д. Э. Земская медицина Пермской губернии в последней трети XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2020. 254 с.
5. Hutchinson J. F. Politics and public health in Revolutionary Russia, 1890–1918. Baltimore; London: The John Hopkins University Press, 1990. 253 p.
6. Кузьмин В. Ю. Власть, общество и земская медицина (1864–1917 гг.). Самара: Издательство «Самарский Университет», 2003. 391 с.
7. Булгакова Л. А. Мистика земского врача // Медицина в России в годы войны и мира: Новые документы и исследования / под ред. Л.А. Булгаковой. СПб.: Нестор-История, 2011. С. 275–292.
8. Пироговская М. М. Миазмы, симптомы, улики: запахи между медициной и моралью в русской культуре второй половины XIX века. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2018. 392 с.
9. История медицины и медицинской географии в Российской империи / Под ред. Е. А. Вишленковой и А. Реннера. М.: Шико, 2021. 388 с.
10. Mitrofanov R. "Her Language Must Be the Language of Figures". Medical Statistics of the Russian Empire and the Kingdom of Prussia: A Comparative Perspective // Quaestio Rossica. 2023. 11 (2). P. 489–505. <https://doi.org/10.15826/qr.2023.2.801>
11. Данилов Е. В. Динамика и факторы обращаемости населения за медицинской помощью в Европейской России начала XX века // Историческая информатика. 2022. № 4. С. 65-83. DOI: 10.7256/2585-7797.2022.4.39251 URL: [https://e-notabene.ru/istinf/article\\_39251.html](https://e-notabene.ru/istinf/article_39251.html) (дата обращения: 05.03.2023).
12. Данилов Е. В. Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью в конце XIX века // Вестник Пермского университета. История. № 4(63). С. 148–160.
13. Andersen R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? // Journal of Health and Social Behavior. 1995. 36 (1). P. 1–10. doi:10.2307/2137284
14. Evans, R. G., Stoddart, G. L. Producing health, consuming health care // Social Science & Medicine. 1990. 31 (12). P. 1347–1363. doi:10.1016/0277-9536(90)90074-3
15. Rahman S.A. Utilization of primary health care services in rural Bangladesh: the population and provider perspectives. PhD dissertation. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 2000. 388 p.
16. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models / ed. by M. Conner, P. Norman. Open University Press, 2005. 402 p.
17. MacKian S. A Review of Health Seeking Behaviour: Problems and Prospects. Internal Concept Paper Health Systems Development Program. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 2003. 27 p.
18. Zola I.K. Pathways to the doctor – from person to patient // Social Science & Medicine. 1973. 7 (9). P. 677–689.
19. Шлюмбом Ю., Хагнер М., Сироткина И. История медицины: актуальные тенденции и перспективы // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под общ. ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И. Сироткиной. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге: Алетейя, 2008. С. 8–40.
20. Михель Д. В. Медикализация как социальный феномен // Вестник Саратовского государственного технического университета. Саратов, 2011. Т. 60. №4. Вып.2. С. 256–263.
21. Портер Р. Взгляд пациента. История медицины // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под общ. ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И.

- Сироткиной. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге: Алетейя, 2008. С. 41–72.
22. Попов Г. И. Русская народно-бытовая медицина: По материалам Этнографического бюро князя В.Н. Тенишева. СПб.: Типография А.С. Суворина, 1903. 404 с.
23. Бергер Е. Е., Тютурская М. С. "Комплаенс" в русской деревне. Биополитика или распространение гигиенических знаний? // Диалог со временем. 2023. № 82. С. 272–284.
24. Лавров В. А. Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году. Самара: Типография Л. М. Азеринского, 1914. 157 с.
25. Шингарев А. И. Заболеваемость населения Воронежской губернии 1898–1902 гг. Т. I. Ч. 1. Общий очерк заболеваемости: по карточной регистрации врачебных амбулаторий. Воронеж: Воронежское губ. земство, 1906. 474 с.
26. Капустин М. Я. Основные вопросы земской медицины. СПб.: Издание К. Л. Риккера, 1889. 137 с.
27. Земско-медицинский сборник. Материалы по развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865 – 1890) / Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова / Обработал Д.Н. Жбанков. Вып. 4. М.: Типография Н. П. Щепкина, 1893. 728 с.
28. Протопопов И. А. Список населенных мест Самарской губернии. Самара : Губ. тип., 1900. 520 с.
29. Отчет Самарской уездной земской управы за 1886 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1887. 97 с.
30. Отчет Самарской уездной земской управы за 1898 год. Самара: Типография Н. К. Реутовского, 1899. 248 с.
31. Отчет Самарской уездной земской управы за 1913 год. Самара: Типография Л. М. Азеринского, 1914. 405 с.
32. Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. СПб.: Хозяйственный департамент МВД (по 3-му отделению), 1902. 97 с.

## Результаты процедуры рецензирования статьи

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

*Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).*

Великие реформы Александра II оказали столь большое влияние на русскую жизнь, что в дореволюционной историографии даже обозначили водораздел в виде дореформенной и пореформенной России. В современной России в условиях поэтапной модернизации системы здравоохранения представляется важным обратиться к изучению не только советского, но и дореволюционного опыта становления медицины.

Указанные обстоятельства определяют актуальность представленной на рецензирование статьи, предметом которой является земская медицина на рубеже XIX - XX вв. Автор ставит своими задачами проанализировать функционирования земской медицины на примере Самарского уезда в конце XIX – начале XX веков.

Работа основана на принципах анализа и синтеза, достоверности, объективности, методологической базой исследования выступает системный подход, в основе которого находится рассмотрение объекта как целостного комплекса взаимосвязанных элементов. Научная новизна статьи определяется самой постановкой темы: автор стремится охарактеризовать земскую медицину и обращаемость за медицинской помощью на

рубеже XIX–XX вв. на примере статистических медицинских отчетов Самарского уезда. Рассматривая библиографический список статьи, как позитивный момент следует отметить его масштабность и разносторонность: всего список литературы включает в себя свыше 30 различных источников и исследований, что само по себе говорит о том объеме подготовительной работы, которую проделал ее автор. Как уже отмечалось выше, источниковая база статьи представлена прежде всего статистическими данными земских обществ. Из используемых исследований укажем на труды М.Б. Мирского, В.Ю. Кузьмина, М.Я. Капустина, в центре внимания которых находятся различные аспекты изучения истории медицины в России. Заметим, что библиография обладает важностью как с научной, так и с просветительской точки зрения: после прочтения текста статьи читатели могут обратиться к другим материалам по ее теме. В целом, на наш взгляд, комплексное использование различных источников и исследований способствовало решению стоящих перед автором задач.

Стиль написания статьи можно отнести к научному, вместе с тем они доступны для понимания не только специалистам, но и широкой читательской аудитории, всем, кто интересуется как историей системы здравоохранения в России, в целом, так и земской медициной, в частности. Апелляция к оппонентам представлена на уровне собранной информации, полученной автором в ходе работы над темой статьи.

Структура работы отличается определенной логичностью и последовательностью, в ней можно выделить введение, основную часть, заключение. В начале автор определяет актуальность темы, показывает, что "изучение общественной медицины Российской империи именно в призма статистического анализа до сегодняшнего времени остается достаточно неактивным". В работе показано, что "в течение исследуемого периода в Самарском уезде в целом рос инфраструктурный потенциал земской медицины, что в первую очередь выражалось в увеличении числа медицинских участков и медицинского персонала, а также стационарных лечебниц". Автор отмечает, что "динамика уровня обращаемости принимает положительный характер: если в 1898 году средний уровень общей обращаемости составлял 565 первичных обращений на 1000 человек, то к 1913 году этот показатель превысил отметку в 800 единиц". Примечательно, что как отмечает автор рецензируемой статьи,

"между волостями довольно высокая степень неоднородности наблюдалась как в 1898, так и в 1913 году – это примечательно на фоне общего роста числа пунктов приема больных".

Главным выводом статьи является то, что

"полученные результаты согласуются с имеющимися наблюдениями в том плане, что практики обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, как и среди уездов и губерний Европейской России, сложно охарактеризовать как одинаково разделяемые всеми жителями".

Представленная на рецензирование статья посвящена актуальной теме, снабжена 4 рисунками и 4 таблицами, вызовет читательский интерес, а ее материалы могут быть использованы как в курсах лекций по истории России, так и в различных спецкурсах.

В целом, на наш взгляд, статья может быть рекомендована для публикации в журнале "Историческая информатика".