

УДК 614.2 (574.2)  
DOI 10.58649/1694-9099-2025-4-421-427

**ОМУРОВА Ж.О., ЖАЛМУРЗИНА А. Ж.**  
Жусуп Баласагын атындагы КУУ  
**ОМУРОВА Ж.О.<sup>1</sup>, ЖАЛМУРЗИНА А.Ж.**  
КНУ имени Жусупа Баласагына  
**OMUROVA J.O., JALMURZINA A.J.**  
KNU Jusup Balasagyn

ORCID: 0000-0002-7104-3708<sup>1</sup>

КОСТАНАЙ ОБЛАСТЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО СИСТЕМАСЫНЫН  
КАЛЫПТАНУУСУ ЖАНА ӨНҮГҮҮСҮ (1950-1965 жж.)

**ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ (1950-1965 гг.)**

FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE HEALTHCARE SYSTEM  
IN THE KOSTANAY REGION (1950-1965)

**Кыскача мүнөздөмө:** Бул макалада 1950-жылдан 1965-жылга чейин Костанай облусунун саламаттык сактоо системасынын калыптанышы жана өнүгүшү, согуштан кийинки кайра куруу жана дың жерлерди кеңири өздөштүрүү шарты каралат. Медициналык кадрлар менен камсыз болуунун өзгөрүшү, саламаттыкты сактоо мекемелеринин материалдык-техникалык инфраструктурасын өнүктүрүү, жугуштуу ооруларга жана ар кандай жаракаттарга каршы күрөшүү боюнча иш-чараларды уюштуруу талданат. Квалификациялуу адистердин, диагностиканын жетишсиздиги, жабдуулардын жана дары-дармектердин аздыгы сыяктуу негизги маселелерди аныктоого өзгөчө көңүл бурулган. Изилдөөнүн методологиялык негизин архивдик документтер, статистикалык материалдар жана адистештирилген басылмалар түзөт. Алар бул мезгилдеги Костанай областынын саламаттыкты сактоонун өнүгүшүнө комплекстүү баа берүүгө жана аны кайра курууга таасир эткен негизги факторлорду аныктоого мүмкүндүк берет.

**Аннотация:** Статья посвящена исследованию процессов формирования и развития системы здравоохранения Костанайской области в 1950–1965-е годы в условиях послевоенного восстановления и масштабного освоения целинных земель. Проанализированы изменения в обеспеченности медицинскими кадрами, развитии материально-технической базы лечебных учреждений, а также в организации мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями и травматизмом. Особое внимание уделено выявлению основных проблем, таких как дефицит квалифицированных специалистов, недостаточный уровень диагностики, нехватка оборудования и медикаментов. Методологическую основу исследования составляют архивные документы, статистические материалы и специализированные публикации, что позволило комплексно оценить динамику развития здравоохранения Костанайской области в указанный период и определить ключевые факторы, повлиявшие на его трансформацию.

**Abstract:** This article examines the formation and development of the healthcare system in the Kostanay region from the 1950s to 1965s amid post-war reconstruction and large-scale virgin lands development. Changes in the availability of medical personnel, the development of the material and technical infrastructure of healthcare facilities, and the organization of measures to combat infectious diseases and injuries are analyzed. Particular attention is paid to identifying key issues, such as a shortage of qualified specialists, inadequate diagnostics, and a shortage of equipment and medications. The methodological basis of the study consists of archival documents, statistical materials, and specialized publications, allowing for a comprehensive assessment of the development of healthcare in the Kostanay region during this period and the identification of key factors that influenced its transformation.

**Негизги сөздөр:** саламаттыкты сактоо; Костанай областы; согуштан кийинки мезгил; дың жерлерди өздөштүрүү; дың жерлер; медицина кызматкерлери; социалдык өнүгүү.

**Ключевые слова:** здравоохранение; Костанайская область; послевоенный период; освоение целины; Целинный край; медицинские кадры; социальное развитие.

**Keywords:** Healthcare; Kostanay region; post-war period; virgin lands development; Virgin Lands Territory; medical personnel; social development.

**Введение.** Актуальность изучения исторического развития здравоохранения обусловлена необходимостью глубокого осмысления процессов, происходивших в различные исторические периоды, для выявления факторов, повлиявших на становление современной медицинской системы. В контексте советского периода особый интерес представляет развитие здравоохранения в Казахской ССР во второй половине XX века, особенно на начальном этапе (1950-1965-е годы), ознаменовавшемся значительными преобразованиями в организации медицинской помощи, расширением инфраструктуры и кадрового потенциала, а также усилением роли государства в сфере охраны здоровья.

С началом 1950-х годов система здравоохранения Костанайской области вступила в этап масштабной трансформации, вызванной необходимостью адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям послевоенного времени. Эти изменения сопровождались укрупнением медицинских учреждений, их функциональной интеграцией и стремлением к формированию более централизованной модели управления отраслью.

К 1950 году в структуру городского здравоохранения был включён ряд учреждений, в том числе Костанайская областная больница им. Ленина, которая, помимо стационарной помощи, охватывала поликлиническое обслуживание, службу скорой помощи, санитарную авиацию и физиотерапевтическое отделение. Существенные преобразования произошли и в детской медицинской службе: объединены детская соматическая больница, инфекционная служба, консультация, туберкулёзная кухня и профилактическое направление. Наряду с этим продолжали функционировать специализированные диспансеры, включая туберкулёзный (с отделениями для детей и взрослых), кожно-венерологический диспансер, психоневрологический диспансер, а также глазная лечебница с трахоматозным отделением, родильный дом, дом ребёнка, инфекционная больница, детские ясли, санитарно-эпидемиологическая и малярийная

станции, дом санитарного просвещения. [16, с. 263]

Уже к 1950 году наблюдается тенденция к централизации и расширению функционала медицинских учреждений, что свидетельствует о становлении модели комплексного медицинского обслуживания, ориентированного на оказание как амбулаторной, так и стационарной помощи, включая экстренные и реабилитационные мероприятия.

Однако на фоне организационного роста сохранялись кадровые сложности. Штатное расписание предусматривало 112 ставок врачей и 227,25 ставок среднего медицинского персонала, из которых были заняты соответственно 105,5 и 225,25 ставок. [16, с. 263] При этом в области функционировало всего 49 участковых больниц, что ограничивало охват населения, особенно в сельской местности. [12, с. 146]

Кадровая нестабильность особенно остро проявлялась в начале 1950-х годов. Так, в 1952 году в область прибыло 46 врачей, в то время как 39 покинули регион. В 1953 году ситуация ухудшилась: прибыло лишь 26 врачей, тогда как уехали 41, что свидетельствует о высокой текучести кадров и недостаточной эффективности существующих механизмов их закрепления на местах. [1, с. 5]

Первая половина 1950-х годов стала важным этапом в структурной модернизации здравоохранения Костанайской области. Расширение и укрупнение медицинской инфраструктуры позволили повысить уровень медицинского обслуживания населения, однако сохранявшийся дефицит кадров оставался системной проблемой, сдерживающей дальнейшее развитие отрасли и реализацию задач, поставленных государственной социальной политикой.

В период активного освоения целинных и залежных земель Министерство здравоохранения СССР направило в Казахскую ССР группу научных работников. Их задача заключалась в оказании практической помощи по организации медицинского обслуживания тружеников МТС, совхозов и колхозов в районах целины. Эта группа, состоящая из специалистов Академии медицинских наук и научно-

исследовательских институтов Казахстана, не только проводила организационно-практическую работу, но и глубоко изучала ряд ключевых вопросов, касающихся медико-санитарного обслуживания населения. Среди них были: организация и методика медицинского обслуживания и диспансеризации сельского населения, определение рациональных штатных нормативов для лечебно-профилактических учреждений, вопросы гигиены труда в колхозах, совхозах и МТС, профилактика инфекционных и других заболеваний, выбор строительных площадок, планирование и благоустройство населенных пунктов. Коллектив Челябинского медицинского института был прикреплен к Костанайской области. [11, с. 5]

В итоге работа научных сотрудников внесла значительный вклад в формирование системы здравоохранения на осваиваемых территориях, охватив широкий спектр медико-санитарных задач.

В условиях активного освоения целинных и залежных земель в Костанайской области в 1950-е годы вопросы медицинского обеспечения сельского населения приобрели особую значимость. Уже с первых дней начала весенне-полевых работ руководство совхозов и органов здравоохранения организовывало развертывание полевых медицинских пунктов. В частности, на месте будущих центральных усадеб и отделений совхозов оперативно создавались временные госпитальные структуры, размещённые в палатках. Одновременно принимались меры по санитарно-гигиеническому обеспечению рабочих: организовывались бани, проводилась дезинфекция одежды, постельного белья и вещей, обеспечивалось регулярное медицинское обслуживание рабочих, часто находившихся в удалённых бригадах. [3, с. 12]

Резкий рост численности населения, связанный с миграцией в регион и развитием сельскохозяйственного производства, обусловил необходимость наращивания потенциала городской и сельской медицинской инфраструктуры. К 1953 году в г. Кустанае функционировали 7 стационарных лечебных учреждений, 5 профилактических организаций и 6 медицинских пунктов. Совокупный коечный фонд составлял 645 мест, а общее число медицинских работников превышало 200 человек. [16, с. 289]

По данным административной статистики, площадь Костанайской области

составляла 19,5 млн кв. метров. На этой территории было размещено 202 совхоза, дополнительно 12 откормочных совхозов и 10 колхозов. В совхозной системе насчитывалось 727 отделений, а в откормочных – ещё 32. Общая площадь освоенных посевных земель достигла 5 млн гектаров. Население региона составляло около 833 тыс. человек, из которых более 555 тыс. проживали в сельской местности. [4, Л.110.]

Для обеспечения медицинской помощи сельскому населению к началу освоения целинных земель в области функционировало 16 районных больниц с совокупным коечным фондом в 910 мест, а также 116 участковых больниц на 1665 коек. Всего в сельской местности размещалось 2670 коек. Однако уровень обеспеченности койко-местами оставался низким: в среднем по области он составлял 3,3 на 1000 сельского населения, а в некоторых районах – значительно ниже, например, в Кустанайском районе этот показатель составлял всего 0,3. [4, Л.110.]

В период активного освоения целины (1954-1956 гг.) в совхозах было организовано 113 новых 10-коечных больниц. Начиная с 1957 года началась поэтапная реорганизация мелких учреждений в более крупные медицинские комплексы. К 1960 году в области функционировали две 50-коечные больницы (Введенская и Пешковская), две больницы на 35 коек, 17 учреждений по 25 коек, 10 – по 15 коек и 76 – по 10 коек. [5, с. 110] Процесс укрупнения продолжался, и в 1961 году: из 116 участковых больниц 99 функционировали с различным количеством коек – 42 больницы на 10 коек, 5 – на 15 коек, 45 – на 25 коек, 5 – на 35 коек и 2 – на 50 коек. [4, Л.110.]

Параллельно развивалась и стационарная база городского здравоохранения. Весной 1956 года было начато строительство новых корпусов Кустанайской областной больницы им. Ленина, включающих хирургическое, терапевтическое, родильное и инфекционное отделения. Одновременно возводились здания областной санитарно-эпидемиологической станции, онкологического диспансера со стационаром на 75 коек и детской инфекционной больницы с поликлиническим отделением. [16, с. 289]

Несмотря на предпринимаемые усилия по расширению коечного фонда и строительству новых объектов, проблема кадрового дефицита сохранялась. К 1957 году

на 10 000 сельского населения приходилось лишь 10 врачебных должностей, что значительно ниже минимальных стандартов обеспеченности. Аналогичная ситуация наблюдалась и в городах: при норме 100 коек приходилось лишь 32 врача, что серьёзно ограничивало возможности по оказанию квалифицированной медицинской помощи. [2, с. 77]

Высокий уровень смертности от крупозной пневмонии оставался одной из значимых проблем здравоохранения в области. По данным на 1956 год, летальность при крупозной пневмонии в Костанайской области была одной из самых высоких в республике. Летальность в 36 больницах области варьировалась от 3,3 до 3,6%, в некоторых больницах этот показатель превышал 4%. Это связано с недостаточной квалификацией

медицинского персонала и низким уровнем диагностики, так как диагноз крупозной пневмонии подтверждался лишь в 73-80% случаев, что значительно ниже, чем в других регионах Казахстана. [15, с. 5]

Можно сказать, в сельской местности оставался высоким уровень травматизма. В 1956 году травматические повреждения стали основной причиной обращений в амбулаторные учреждения, а количество тяжёлых травм, ведущих к инвалидности, с каждым годом увеличивалось. В связи с этим местные органы здравоохранения активно занимались профилактикой сельскохозяйственного травматизма, однако, несмотря на усилия, ситуация оставалась сложной, что поднимало вопросы о необходимости более комплексного подхода. [12, с.16]

**Процент госпитализации по отдельным видам заболеваний за 1958-1960 гг.**

Название болезни	1958 г.	1959 г	1960 г
Крупозная пневмония	87,6	100	100
Очаговая пневмония	71,6	98,6	100
Гипертоническая болезнь	26,9	35,6	52,0
Ревматические заболевания сердца и суставов	61,6	54,3	62,3
В т.ч. ревматические пороки	39,0	56,3	59,1
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	30,9	70,9	44,0
Инфаркт миокарда	61,9	100	60,0

Создание Целинного края в 1960 году и включение в его состав Костанайской области оказали значительное влияние на развитие системы здравоохранения региона, как в институциональном, так и в кадрово-ресурсном аспектах. Новая административная структура способствовала усилению централизации управления, перераспределению финансовых ресурсов и активизации инвестиционной политики в сфере здравоохранения.

На момент образования края большинство медицинских учреждений Костанайской области находились в неудовлетворительном состоянии. Больницы и амбулатории, как правило, размещались в приспособленных, не предназначенных для лечебных целей помещениях, что существенно ограничивало возможности оказания качественной медицинской помощи. Однако в период с 1961 по 1965 год в рамках краевой программы модернизации здравоохранения объёмы финансирования строительства медицинских объектов возросли более чем в

три раза – с 3,5 млн. до 11 млн. рублей. Это позволило приступить к системному обновлению лечебно-профилактической сети: были построены три крупные областные больницы – в Кустанае, Кокчетаве и Целинограде, а также ряд новых городских, районных и участковых лечебных учреждений. Совокупная коечная мощность новых объектов превысила 4000 мест. Благодаря этому средняя вместимость участковых больниц увеличилась до 26 коек, районных – до 147, городских – до 133, а областных – до 313 коек, что значительно улучшило показатели доступности стационарной помощи. [5, Л.1, 2, 3.]

Важным направлением краевой политики стало обеспечение учреждений квалифицированными кадрами. В 1961 году в Целинный край было направлено 539 врачей, из которых 120 приступили к работе в Кустанайской области. Все прибывшие специалисты были трудоустроены в лечебно-профилактические учреждения региона, при этом не зафиксировано случаев увольнения

или оттока кадров в другие регионы, что свидетельствует о создании благоприятных условий для их закрепления. [6, Л.7.]

Параллельно с кадровыми вливаниями происходило масштабное наращивание коечного фонда. В 1961 году он увеличился на 2095 коек, что превысило показатели предыдущих лет. В городской местности прирост составил 1680 коек, из которых 390 были открыты в Кустанайской области. В сельских районах введено дополнительно 1080 коек, из них 350 – в Кустанайской области. Значительные изменения произошли и в системе психоневрологической помощи: общее число коек в психиатрических учреждениях увеличилось на 275, включая 50 коек, организованных в Кустанайской области. [6, Л.16.]

Несмотря на достигнутые успехи, уже в 1962 году обозначились серьёзные проблемы с укомплектованностью кадров, особенно в первичном звене здравоохранения. Так, 138 участковых больниц Целинного края испытывали дефицит врачей, при этом 52 из них располагались в Кустанайской области. Острая нехватка квалифицированных специалистов наблюдалась и на фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП): 95 ФАПов в Кустанайской области функционировали без акушеров, что негативно сказывалось на доступности и качестве акушерско-гинекологической помощи в сельских районах. [6, с. 20]

Создание Целинного края стало важным катализатором для модернизации системы здравоохранения Кустанайской области, что выразилось в значительном увеличении финансирования, строительстве новых объектов и привлечении кадров. Однако устойчивость этих преобразований во многом сдерживалась сохранявшимися диспропорциями в кадровом обеспечении, особенно на уровне первичного звена в сельской местности.

Во второй половине 1950-х – начале 1960-х годов, несмотря на общий прогресс в развитии здравоохранения Кустанайской области, сохранялись серьезные структурные и организационные проблемы, особенно в системе педиатрической помощи. Так, уже в 1962 году была зафиксирована перегруженность детских соматических коек как в городах области, так и в районных больницах. Наибольшее напряжение наблюдалось в детских стационарах областных центров, где фактическое число

госпитализаций значительно превышало санитарные нормативы, а условия содержания больных оставались неудовлетворительными ввиду отсутствия специально оборудованных помещений. [6, Л.34.]

В ряде направлений работа органов здравоохранения демонстрировала положительную динамику. Медицинский совет Целинного краевого отдела здравоохранения в 1962 году отметил, что в Кустанайской области проделана значительная работа по улучшению лечебно-профилактического обслуживания сельского населения. В частности, только за 1961-1962 годы в сельской местности было развернуто дополнительно 1290 коек. Строились новые учреждения, расширялась сеть маломощных больниц, проводилась работа по приближению специализированной помощи к отдалённым районам. Существенно улучшилось материально-техническое оснащение лечебных учреждений: обновлялось медико-санитарное имущество, поступал санитарный транспорт и современное оборудование. Особо подчёркивался рост числа врачей в сельской местности: со 189 человек в 1960 году до 249 в 1961 году. [7, Л.170.]

Однако в работе областного здравоохранения сохранялись существенные недостатки. В частности, недостаточно активно проводилась реорганизация фельдшерских пунктов в фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) со стационаром на 3 койки. Это влекло за собой ослабление первичного звена медицинской помощи, снижало доступность стационарного лечения в отдалённых районах и способствовало высокой текучести среднего медицинского персонала. Последствиями таких упущений становилось ухудшение качества профилактической и лечебной работы. Например, в Орджоникидзеvском районе из 24 действующих медицинских пунктов лишь 6 имели койки для стационарного лечения. [7, Л.175.]

На фоне этих организационных проблем эпидемиологическая ситуация в области оставалась сложной. Хотя в 1962 году отмечено снижение заболеваемости дизентерией на 10,5%, дифтерией – на 42%, скарлатиной – на 11,2%, а также по другим кишечным инфекциям, в целом уровень заболеваемости оставался высоким. При этом мероприятия по профилактике и контролю над распространением инфекций в ряде случаев проводились неудовлетворительно, что

ограничивало эффективность эпидемиологического надзора. [7, Л.181.]

К середине 1960-х годов в учреждениях здравоохранения Костанайской области предпринимались попытки внедрения новых методов физиотерапии. Так, в 1964 году в стационарах начали применяться водолечение, грязелечение и иглорефлексотерапия. Однако из-за ограниченных площадей терапевтических отделений физиотерапевтические кабинеты оставались маломощными и слабо оснащёнными, что сдерживало полноценное использование физических методов лечения. [8, Л.46.]

Важным направлением специализированной помощи стало развитие кардио-ревматологической службы. В 1963 году в Целинном крае функционировали два кардио-ревматологических центра – в Костанайской и Кокчетавской областях. В 1964 году в городе Джетыгара был открыт дополнительный кардио-ревматологический кабинет, что стало важным шагом в направлении дифференцированной терапии сердечно-сосудистых и ревматических заболеваний на районном уровне. [8, Л.70.]

В 1964 году в Костанайской области продолжилось планомерное расширение коечного фонда, в том числе за счёт терапевтических отделений. Прирост составил 99 коек: 5 коек добавлено в городской местности и 94 – в сельской. [8, с. 110] В сфере борьбы с туберкулёзом также наблюдалось значительное развитие: к 1965 году в области было развернуто 1355 специализированных коек, из которых 830 приходилось на сельские районы и 525 – на города.

Медицинская инфраструктура противотуберкулёзной службы включала ряд крупных учреждений: областной диспансер на 205 коек, городской туберкулёзный диспансер в Рудном на 150 коек, при котором с 1963 года функционировало хирургическое отделение на 50 коек, предназначенное для оказания специализированной хирургической помощи туберкулёзным больным. В других районах области работали диспансеры и стационары различной мощности: тубдиспансеры в Джетыгаре (10 коек), Пресногорьковке (120 коек), п. Тургай Джангельдинского района (45 коек), Урицком районе (25 коек). Кроме того, функционировали две самостоятельные туберкулёзные больницы на 100 коек каждая – Валерьяновская и Чурановская. В остальных 14 районах области специализированных противотуберкулёзных учреждений не

имелось, что свидетельствовало о неравномерности территориального охвата специализированной медицинской помощью. [9, Л. 33, 34.]

В период с 1961 по 1965 год Целинный край в целом и Костанайская область, в частности, достигли заметных успехов в развитии системы здравоохранения. Это выразилось в увеличении финансирования, расширении сети лечебных учреждений, значительном приросте коек, а также в стабилизации кадрового состава. Однако уже к 1962 году стали проявляться системные проблемы: сохранялся дефицит врачей и акушеров, особенно в участковых больницах и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАПх), что затрудняло развитие первичного звена. Перегруженность детских соматических коек в условиях отсутствия специализированных помещений свидетельствовала о несбалансированности между ростом инфраструктуры и качественными параметрами оказания медицинской помощи. Отмеченные проблемы подчеркивают необходимость комплексного подхода к планированию системы здравоохранения, ориентированного не только на количественные показатели, но и на улучшение условий труда медицинских работников, соблюдение санитарных норм и обеспечение специфических потребностей различных категорий населения, особенно детей.

Несмотря на заметные успехи в развитии инфраструктуры здравоохранения Костанайской области во второй половине XX века, проблемы, связанные с качеством оказания медицинской помощи, продолжали сохраняться. Одним из индикаторов низкой эффективности медицинских услуг являлась высокая летальность при острых заболеваниях, в частности, при крупозной пневмонии. Улучшение материально-технической базы и расширение коечного фонда не всегда сопровождалось повышением качества диагностических и лечебных мероприятий. Отмечались случаи неточной диагностики и запоздалого госпитализирования пациентов. По статистическим данным, 68 % больных в области госпитализировались лишь на четвёртые сутки заболевания, что существенно снижало шансы на благоприятный исход. [15, с. 5]

Кроме того, высокий уровень травматизма и частота ошибок при оказании неотложной медицинской помощи оставались

актуальными вызовами, что указывало на недостаточную подготовку медицинского персонала и проблемы в организации экстренного реагирования. Эти факты свидетельствуют о структурном дисбалансе между количественным развитием и качественными характеристиками системы здравоохранения, особенно в условиях высокой нагрузки на учреждения.

Здравоохранение Костанайской области в 1950-1965-х годах развивалось в условиях постоянного поиска баланса между расширением материально-технической базы, улучшением кадрового обеспечения и необходимостью повышения качества медицинских услуг. Сложности, связанные с поздней диагностикой, неравномерным кадровым обеспечением, перегрузкой учреждений и недостаточной координацией с санитарными службами, подчеркивают необходимость комплексного подхода к региональной политике в сфере охраны здоровья.

В заключение можно сказать, что в 1950-1965 гг. в Костанайской области происходило формирование основных структур здравоохранения. В этот период активно расширялась сеть больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений, создавались условия для подготовки медицинских кадров. Особое внимание уделялось борьбе с инфекционными заболеваниями и укреплению профилактической работы. Несмотря на ограниченные ресурсы и нехватку специалистов, именно в эти годы были заложены организационные и материальные основы системы здравоохранения, которые обеспечили дальнейшее развитие отрасли и повышение доступности медицинской помощи населению региона. Однако сеть лечебно-профилактических учреждений по-прежнему оставалась недостаточной, особенно в сельских районах сохранялся низкий уровень оснащённости медицинских учреждений. Сохранялся дефицит врачей и среднего медицинского персонала, а также острая нехватка современной медицинской техники, лечебно-диагностического оборудования, инструментов и лекарственных средств. В связи с этим вопросы укрепления материально-технической базы медицинских учреждений, достаточного обеспечения врачебными кадрами и повышения качества медицинского обслуживания в сельской местности долгое время оставались актуальными.

**Список использованной литературы**

1. Акильбеков Ш.А. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата: Казахское государственное издательство, 1954, № 5, с. 3-6.
2. Бейсебаев М. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата: Казахское государственное издательство, 1957, №4-5, с. 74-78.
3. Великанов И.И. и Баранова А.И. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата: Казахское государственное издательство, 1955, № 1-3, с. 11-14.
4. Государственный Архив города Астаны (далее – ГАГА). Ф.168. О.1. Д.27. Лл.110, 111.
5. ГАГА. Ф.168. О.1. Д.6. Лл.1, 2, 3.
6. ГАГА. Ф.168. О.1. Д.6. Лл.7, 16, 20, 34.
7. ГАГА. Ф.168. О.1. Д.31. Лл.170, 175, 181.
8. ГАГА. Ф. 168 О. 1. Д. 37. Лл.46, 110.
9. ГАГА. Ф. 168 О.1. Д. 64. Лл. 33, 34.
10. Исмагулов Н.Г. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата, 1973, № 2(323), с.6-8.
11. Каракулов И.К. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата: Казахское государственное издательство, 1954, № 4-6, с. 3-7.
12. Карынбаев С.Р. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата: Казахское государственное издательство, 1957, № 4-5, с. 13-24.
13. Костанайская область: Энциклопедия. – Алматы: Изд. «Арыс», 2006, 736 с.
14. Лузина З.Т. // Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал. – Алма-Ата, 1973, № 2(323), с.11-12.
15. Сеньков Н.О. Здоровоохранение Казахстана: ежемесячный научно-практический журнал // Казахское государственное издательство, Алма-Ата, 1951, № 6, с. 3-8.
16. Тернов И.К. Кустанай – Костанай: Очерки истории с 1936 по 2013 год. – Костанай: ТОО «Костанай полиграфия», 2013, 800 с.

**Рецензент: д-р историч. наук, проф. Арзыматова А.А.**