Ярославский государственный медицинский университет
Кафедра истории и философии

На правах рукописи

Смирнова Елена Михайловна

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ. 1775 – 1914 гг. (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕГИОНА ВЕРХНЕЙ ВОЛГИ)

Специальность 07.00.02 – Отечественная история

Диссертация на соискание ученой степени
доктора исторических наук

Научный консультант:
доктор исторических наук, доцент Ерегина Наталья Тимофеевна

Ярославль – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение ……4
Глава 1. Историография, источники и методология исследования…….15
1.1.Дореволюционная историография……..15
1.2.Советская историография ……29
1.3.Новые подходы к изучению истории здравоохранения дореволюционного периода ……41
1.4.Здравоохранение дореволюционной России в зарубежной историографии 52
1.5.Источниковая база исследования ……58
1.6.Методология исследования ……..82
Глава 2. Государственное призрение и медицинская помощь в последней четверти XVIII – первой половине XIX вв. ……94
2.1.Организация и управление медицинской частью …… …..94
2.2.«Приказная медицина» ……112
2.3.Ведомственная медицина ……138
2.4. Медицинская полиция ……147
2.5. Негосударственные формы медицинской помощи ……..164
Глава 3. Общество и государство в решении проблем здравоохранения во второй половине XIX – начале XX вв.…….. …186
3.1.Нормативно-правовое регулирование здравоохранения ……..186
3.2. Земства и организация лечебной помощи …… …198
3.3. Земства и лекарственное обеспечение населения …… ...234
3.4. Государство и общество в решении санитарно-профилактических задач ……252
3.5. Городские самоуправления и здравоохранение …….....281
3.6. Фабрично-заводская медицина …….....304
Глава 4. Медицинское сообщество в XVIII – начале XX вв. …… ...333
4.1. Профессиональный, служебный и социальный статус врачей …….. 333

4.2. Вспомогательный медицинский персонал в системе здравоохранения……..…….355
4.3. Материальный быт медицинского персонала ……369
4.4. Медицинское сообщество в сфере общественной деятельности …….386
Заключение ……..405
Приложения ……416
Источники и литература ……...427

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Здоровье народа – важнейший общественный ресурс, и создание системы здравоохранения, адекватной современному уровню научно-технического прогресса, позволяющей реализовать Конституционное право каждого гражданина на охрану здоровья и бесплатное получение медицинской помощи, является одним из приоритетных направлений государственной политики в социальной сфере.

В здравоохранении накопились серьезные проблемы. Среди них общий дефицит финансового и материально-технического обеспечения, региональные различия в уровне расходов, диспропорции в структуре, а нередко и дефицит медицинских кадров, неравноценная по качеству медицинская помощь в городах и сельской местности, неэффективное использование ресурсов. В результате базовые цели здравоохранения, такие как увеличение продолжительности жизни, улучшение состояния здоровья населения, равная доступность высококачественной медицинской помощи для различных социальных групп, в России до сих пор не достигнуты.

Государственная программа Российской Федерации «Развития здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. (№ 294)[1], предусматривает качественный прорыв в диагностике и лечении, профилактическом направлении, в решении задач формирования здорового образа жизни, комфортной среды обитания, выравнивания уровней обеспечения медицинской помощью города и села, центра и регионов, создания условий для активного развития медицинских организаций всех форм собственности, в том числе частного сектора.

Решение этих и других насущных задач предполагает опору на опыт развития системы медицинской помощи в дореволюционной России как на общегосударственном, так и на местном уровне, диалог современности с прошлым.

---

[1] Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 17. Ст. 2057.

Проблемы современного здравоохранения не новы. Медицинское дело в России до середины 1860-х гг. носило государственный характер. Жесткая централизация и крайняя бюрократизация управления медицинским делом, скудное финансирование, ограничение доступа к медицинской помощи определенными группами населения, ее низкое качество, острый дефицит медицинских кадров и, в целом, недостаток внимания правительства к нуждам здравоохранения, привели в середине XIX в. к кризису системы медицинского обслуживания – элементу общего кризиса империи.

Новый виток модернизации России, начатый Александром II, захватил и сферу здравоохранения, стимулируя поиски путей ее развития, в первую очередь в среде медицинской интеллигенции. Ответом на вызов времени стала общественная медицина и ее «детище» – земская медицина, оригинальная форма медицинского обслуживания населения, появившаяся с введением местного самоуправления и передачей дела «народного здравия» в его руки. Под влиянием земской медицины развивалась городская и фабричная медицина.

Общественная медицина стремилась решать задачи обеспечения равной доступности медицинской помощи для всего населения, справедливого распределения ресурсов здравоохранения между жителями города и села, компетентного управления, развития общественного контроля – задачи, вновь ставшие актуальными для российского общества.

Земская медицина продемонстрировала созидательный потенциал местного самоуправления и – шире – провинции в решении запущенных проблем социальной сферы. И сегодняшняя действительность требует от органов местного самоуправления не простого исполнения функций по обслуживанию населения, но и проявления творческой энергии, направленной на развитие территорий как условия достижения глобальных целей развития страны.

Таким образом, напрашиваются исторические параллели между проблемами прошлого и настоящего. Это позволяет заложить опыт организации медико-санитарной помощи населению в дореволюционной России в фундамент строящегося

здания современного здравоохранения, критически его осмыслив и интерпретировав применительно к условиям XXI века.

Диссертационное исследование посвящено комплексному анализу проблем истории здравоохранения российской провинции (термин провинция употребляется в административно-территориальном значении) в дореволюционный период как важнейшей составляющей социальной сферы.

Предмет исследования – процессы становления и развития системы медицинского обслуживания населения российской провинции в ее разнообразных формах, формирование корпуса медицинских работников, роль государства и общественных институтов в этих процессах.

Объект исследования: государственная политика в области «народного здравия» и нормативно-правовая база здравоохранения, деятельность местных органов медицинского управления, медицинских учреждений различной ведомственной принадлежности и коллегиальных врачебных организаций, медицинский работник – врач, фельдшер, акушерка – как продукт общественно-экономических отношений рассматриваемого периода и субъект, действующий в сфере здравоохранения и в общественно-политической сфере. За рамками исследования остались медико-филантропические учреждения Ведомства Императрицы Марии и медицинские заведения религиозных организаций.

Хронологические рамки исследования охватывают период 1775 г. – 1914 гг. В ходе губернской реформы 1775 г. создавались приказы общественного призрения, которым государство передало попечение о «народном здравии», инициировав, таким образом, создание гражданской отрасли здравоохранения, т.е. системы медицинского обслуживания населения: основы организации медицинской помощи в армии были заложены значительно раньше, в середине XVII в. С началом Первой мировой войны перед государством и обществом встали иные задачи, и поступательное движение в сфере здравоохранения было приостановлено. В указанные временные границы укладывается вся история дореволюционного здравоохранения. Выношенное в правительственных кругах решение о создании профильного министерства было воплощено в жизнь уже в советском государстве.

В обозначенном периоде выделены два этапа. Рубежом является середина 1860-х гг., когда с введением земских учреждений забота о «народном здравии» стала передаваться органам местного самоуправления.

Территориальные рамки исследования – Верхневолжский регион: Владимирская, Костромская, Тверская и Ярославская губернии (см. Приложение 1). Понятие «регион» в данном случае не исчерпывается географическими параметрами. Эти губернии представляют собой исторически сформировавшуюся целостность, объединенную однородностью природно-климатических условий и условий хозяйствования, культурно-бытовых традиций, сходным уровнем социально-политического развития.

Владимирская, Костромская, Тверская и Ярославская губернии – бывшие наместничества – обрели свой статус в 1796 г. В соответствии с экономическим районированием второй половины XIX в. губернии Верхней Волги, наряду с Московской и Нижегородской, входили в Московскую (Центральную) промышленную область и относились к числу наиболее развитых в экономическом отношении, причем Владимирская губерния по уровню промышленного развития в конце XIX – начале XX вв. занимала третье место после столичных. По территории региона проходили крупные транспортные артерии (оживленные тракты на Москву и Петербург, Волжский водный путь, железнодорожное сообщение).

Потребности промышленного производства, торговли, обслуживания железных дорог, судоходства, развитие отхожих промыслов обусловливали высокий уровень миграции населения, рост городов. Все это оказывало негативное влияние на санитарно-эпидемиологическую обстановку в регионе, способствовало росту общей заболеваемости населения и особенно распространению острозаразных болезней. Указанные обстоятельства обусловили общность задач, стоящих перед здравоохранением региона.

Подходы и возможности их решения, в целом условия развития здравоохранения в регионе в значительной степени определялись рядом объективных обстоятельств: центральное положение губерний Верхней Волги – они в числе первых

получили земское самоуправление (Костромская и Ярославская – в 1865 г., Владимирская и Тверская – в 1866 г.). На земские губернии распространялось Городовое Положение 1870 г., изменившее облик городского общественного управления. Близость к столицам обусловила, с одной стороны, более внимательный правительственный надзор за деятельностью как медицинских структур, так и общественных организаций, с другой – связь с ведущими медицинскими научными центрами и центрами общественно-политической деятельности. Наконец, относительно богатые промышленно развитые города региона имели возможности финансировать санитарные и противоэпидемические мероприятия, а представители крупного торгово-промышленного капитала обеспечивали приток благотворительных средств в сферу здравоохранения.

Процессы, происходившие в здравоохранении губерний Верхней Волги, отражали общие для центра России тенденции и местную специфику. Региональный «срез» дает материал к анализу курса государственной политики в сфере «народного здравия», помогает понять механизм действия системы здравоохранения и тенденции его развития.

Цель исследования – проследить на примере отдельного региона основные этапы развития государственного и общественного здравоохранения России, выявить его общие и особенные черты. Это позволит определить уровень обеспеченности медико-санитарной помощью населения российской провинции и оценить результативность усилий государства и общества, направленных на решение важнейшей социальной проблемы.

Достижение поставленной цели исследования предполагает решение следующих задач:

– изучение историографии проблемы и формирование источниковой базы;

– реконструкция целостной объективной картины развития здравоохранения в контексте социально-политической жизни России и определение основных этапов процесса;

– определение направленности и целевых установок государственной политики в сфере здравоохранения;

– анализ законодательно-нормативной базы врачебно-санитарного дела;

– изучение механизма государственного управления здравоохранением на губернском уровне и анализ деятельности местных органов медицинского управления;

– оценка основных направлений деятельности органов общественного самоуправления по организации медицинской помощи населению;

– определение роли медицинской общественности в решении проблем здравоохранения;

– исследование процесса становления земской медицины в регионе Верхней Волги, выявление особенностей подходов в решении вопросов обеспечения населения врачебной и лекарственной помощью, противоэпидемической и санитарно-профилактической работы;

– изучение организации врачебно-санитарного дела в городах региона и медицинской помощи фабрично-заводским рабочим;

– рассмотрение частной медицинской практики;

– анализ роли благотворительности в решении проблем здравоохранения;

– изучение процесса формирования корпуса медицинских работников высшего и среднего звена, определение их статуса в системе менявшихся на протяжении исследуемого периода общественно-экономических отношений;

– выявление элементов трансформации традиционной культуры в отношении к рациональной медицине;

– оценка итогов развития гражданского здравоохранения в дореволюционный период и значимости исторического опыта в современных условиях.

Научная новизна исследования определяется тем, что впервые в отечественной историографии осуществлено комплексное изучение процесса становления системы здравоохранения России в период 1775 – 1914 гг. на материале губерний Верхней Волги. История здравоохранения региона реконструирована на основе широкого круга архивных материалов, делопроизводственных документов, статистических и других источников, многие из которых впервые введены в научный оборот.

Впервые дан подробный анализ нормативно-правовой базы медико-санитарной деятельности, показаны сложность и противоречивый характер взаимоотношений государственных и общественных структур, действующих в сфере здравоохранения. Уточнена роль приказов общественного призрения в организации медицинского обслуживания населения. Впервые на местном материале подробно рассмотрены направления земско-медицинского дела, ранее мало привлекавшие внимание исследователей, в том числе санитарная работа, включая меры по защите здоровья детей, организация помощи психическим больным, земская хирургия.

Рассмотрены вопросы организации ведомственной медицины, врачебной помощи фабрично-заводским рабочим, в частности, становление страховой медицины, уделено внимание частному сектору медицинских услуг – все это позволило заполнить пробелы в историографии темы.

Комплексно рассмотрен процесс формирования особой социально-профессиональной группы медицинских работников, их профессиональный, служебный и социальный статус, материальное положение, гражданская позиция; выявлены типы врача-чиновника и врача-общественника. Впервые в отечественной историографии уделено внимание медицинским работникам среднего звена.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования содержащихся в работе материалов, выводов и обобщений при создании фундаментальных работ по социальной истории России, истории здравоохранения, истории культуры дореволюционной России; вузовских курсов и спецкурсов по Отечественной истории и истории медицины. Материалы исследования положены в основу спецкурсов «История здравоохранения Ярославского края», «Медики и медицина в русской литературе» для студентов Ярославского государственного медицинского университета. Выводы исследования могут быть учтены при разработке современной модели здравоохранения.

Теоретическая значимость исследования заключается в комплексной, адекватной современному уровню исторической науки научной разработке одного из важнейших вопросов социальной истории дореволюционной России – истории

здравоохранения, ряд аспектов которой до настоящего времени мало изучены в отечественной историографии.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. В основе государственной политики в сфере здравоохранения лежала заложенная Екатериной II идея государственного попечительства социально уязвимых слоев населения. Эта идея была реализована в учреждении приказов общественного призрения. Приказы, разделив с казной финансовое бремя здравоохранения, стали основным форматом участия сословных учреждений в организации медицинской помощи населению.

2. Власть взяла на себя создание правового поля государственной и негосударственных форм медицинской помощи, деятельности органов управления здравоохранением на общегосударственном и местном уровнях; положила начало государственной организации медицинского обслуживания гражданского населения, инициировала проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий; осуществляла функции администрирования и контроля врачебной и фармацевтической деятельности.

3. Государственную систему здравоохранения конца XVIII – первой половины XIX вв. отличали примитивность организации и управления, многоведомственность, проникновение бюрократизма в лечебное дело, недостаток средств и квалифицированного персонала, ограничение доступа к медицинской помощи определенными группами населения. К середине XIX в. «приказная медицина» исчерпала возможности своего развития.

4. В XVIII – первой половине XIX вв. государство являлось инициатором и локомотивом прогресса медицинской части. С середины XIX в. баланс участия в этом процессе общества и государства менялся. Сдвиг был обусловлен рядом факторов: процессом модернизации страны, в том числе земской и городской реформами, активизацией общественной жизни, распространением либерально-демократических идей в среде интеллигенции, обладавшей большим гуманистическим потенциалом и обостренным сознанием долга перед народом.

5. Одним из важнейших достижений социального развития пореформенной России стали преобразования в системе здравоохранения, связанные, в первую очередь, со становлением земской медицины, оказавшей глубокое воздействие на медицинскую организацию городских самоуправлений и фабричную медицину.

6. Земская медицина существовала параллельно с государственной системой здравоохранения, развивала, наряду с лечебным делом, санитарно-профилактическую работу, приближая медицинскую помощь к населению, прежде всего сельскому.

7. Правительственные органы, действуя по отношению к земским учреждениям как надзирающая и контролирующая власть, занимали непоследовательную позицию: допускали развитие земско-медицинского дела и вместе с тем сдерживали инициативу земств. Объективная заинтересованность обеих сторон в охране «народного здравия» побуждала к сотрудничеству в решении наиболее острых проблем.

8. В губерниях Верхней Волги медицинское дело, и в первую очередь земская медицина, развивалось неравномерно, что обусловлено различием местных условий и потребностей, позицией органов самоуправления, финансовыми возможностями, степенью активности земско-медицинских деятелей, готовностью общества прийти на помощь здравоохранению. Отличительной чертой решения вопросов здравоохранения в регионе является отсутствие единых подходов, слабое взаимодействие земств и городских дум, межуездная разобщенность, ограниченное участие губернских земств в организации медицинского дела на уездном уровне.

9. В течение рассматриваемого периода сформировалась особая социальная группа медицинских работников как составная часть российской интеллигенции, определился профессиональный, служебный и социальный статус специалистов высшего и среднего звена. Передовой отряд медицинской интеллигенции олицетворяли земские врачи. Их отличала активная общественная позиция, обусловленная спецификой профессиональной деятельности. Гражданская самореализация земских врачей выразилась в разнообразных формах общественно-медицинской

деятельности, направленной на улучшение медицинского обслуживания, санитарно-бытовых и, в целом, социально-экономических условий жизни населения.

10. К началу XX в. в Верхневолжском регионе сложилась система здравоохранения, представленная государственными медицинскими структурами, общественной медициной и частным сектором. Вектор развития общественной медицины, занимавшей доминирующие позиции, определялся ходом общественно-политического развития страны.

11. Губернии Верхней Волги, представляя собой типичный аграрно-промышленный регион, отражали общие тенденции развития и характерные черты здравоохранения центральной России.

12. Преобразования в системе здравоохранения XIX – начала XX вв. связанные, в первую очередь, со становлением общественной медицины, – один из важнейших аспектов модернизации российского общества.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации представлены в докладах на региональных, республиканских и международных конференциях: «Роль творческой личности в развитии культуры провинциального города». III съезд Конфедерации историков медицины (международной) (Москва, 2009); «Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность» (ННИИ общественного здоровья РАМН, Москва, 2009); «Гражданское общество в России. История и современность» (ГПА, СПб., 2009); «Социальная история российской провинции» (ЯРГУ, Ярославль, 2009, 2011, 2013); XI Республиканская научная конференция по истории медицины и фармации (ВГМУ, Витебск, 2009); «Великий Волжский путь: человек, пространство, время, документ» (Ярославский филиал РГГУ, Ярославль, 2010, 2011, 2012); XXXII международная годичная конференция Санкт-Петербургского отделения Российского национального комитета по истории науки и техники РАН (СПб., 2011); «Становление государственной медицины в России (XVIII – XX вв.)» (РАМН, Москва, 2012); «Государственная власть и крестьянство в XIX – начале XXI века» (Московский государственный областной социально-гуманитарный институт, Коломна, 2013); «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины» (ННИИ общественного

здоровья РАМН, Москва, 2010, 2011, 2012, 2014, 2015); III (XIII) съезд Российского Общества историков медицины, посвященный 70-летию РОИМ (Москва, 2016); Сточиковские чтения. Международная научная конференция (ННИИ общественного здоровья РАН, Москва, 2017) и др.

Содержание, основные положения и результаты исследования отражены в монографиях: Врачевание и милосердие. Здравоохранение Ярославской губернии в XVIII – середине XIX вв. Ярославль: Аверс Плюс, 2011. 176 с.; От общественного призрения к общественной медицине. Здравоохранение Ярославской губернии во второй половине XIX – начале XX вв. Ярославль: Аверс Плюс, 2013. 270 с.; Государство, общество и решение проблем здравоохранения российской провинции в XVIII – начале XX вв. (по материалам губерний Верхней Волги. Ярославль: Аверс Плюс, 2015. 446 с.; Медицинское сообщество в России. XVII – начало XX века. Saarbrucken: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. 224 с.

По теме исследования опубликованы 47 статей.

Структура диссертации. Цель и задачи исследования определили структуру работы. Диссертация построена по хронологически-проблемному принципу и состоит из введения, четырех глав, заключения, приложений, списка источников и литературы. Приложения включают в себя статистические и справочные материалы, дополняющие результаты исследования.

1. ИСТОРИОГРАФИЯ, ИСТОЧНИКИ И МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задачи и цели настоящего исследования определяются степенью изученности проблемы. Первая глава посвящена оценке степени изученности темы, характеристике источниковой базы, определению методологической основы исследования и научного инструментария. Историография – явление определенного социального пространства и времени[1], следовательно, тематика, методология и методы исследований соотносятся с социально-политическими условиями их создания. В историографии исследуемой темы выделяются три периода: дореволюционный, советский – до середины 1980-х гг., когда обозначился перелом в осмыслении исторического прошлого, положивший начало современному, постсоветскому периоду.

1.1. ДОРЕВОЛЮЦИОННАЯ ИСТОРИОГРАФИЯ

Первый опыт отечественной историографии медицины и здравоохранения России относится к началу XIX в. и принадлежит лейб-медику, профессору повивального искусства Московского университета В.М. Рихтеру. «История медицины в России», написанная на основе архивных данных, официальных документов и других материалов, издана в русском переводе в 1814 – 1820 гг.[2] Она представляет собой систематическое изложение событий, связанных со становлением отечественного медицинского дела, начиная с IX в. до середины XVIII в.

В тот же период появилась работа «О общественном призрении в России»[3]. Автор, А.Д. Стог – директор Хозяйственного департамента Министерства внутренних дел (далее МВД), в ведении которого находились заведения приказов общественного призрения. Первая часть посвящена истории государственной благотво-

---

[1] См.: *Медушевская О.М.* Теория исторического познания: Избранные произведения. СПб.: Университетская книга, 2010. 572 с. С. 158.

[2] *Рихтер В.М.* История медицины в России. Ч. 1-3. М.: Типография Московского Университета, 1814–1820.

[3] *Стог А.Г.* О общественном призрении в России. Ч.1-4. СПб: Министерство полиции, 1818–1831.

рительности и описанию современного автору состояния учреждений общественного призрения. В приложении даны сведения о капиталах, доходах и учреждениях приказов по губерниям. Во 2–4 частях опубликованы законоположения, регламентирующие их деятельность.

Был издан первый сборник официальных документов по управлению медициной, охватывающий период 1640 – 1826 гг.[1] Во вводной статье составитель Е. Петров дал обозрение истории врачебного дела в России.

В целом, в первой половине XIX в. интерес к здравоохранению, которое воспринималось обществом и государством, прежде всего, как область казенной и общественной благотворительности, незначителен.

Дальнейшая разработка истории отечественного здравоохранения относится ко второй половине XIX – началу XX вв. Оформляются основные направления в историографии вопроса: официальное и либерально-демократическое. Характерно, что профессиональные историки остались в стороне от этой темы. Она разрабатывалась, во-первых, высокопоставленными чиновниками МВД: политика в сфере здравоохранения, по мнению правительства, нуждалась в аналитической оценке и корректировке; во-вторых, деятелями практической медицины, хорошо знакомыми с проблемами здравоохранения.

Я.В. Ханыков, государственный деятель, более известный как талантливый географ и картограф, выпустил «Очерк истории медицинской полиции в России»[2] (определение понятия «медицинская полиция» см. 1.6). Ханыков осветил государственную политику в данной сфере, основное внимание уделил организации управления здравоохранением и деятельности медицинской администрации.

Появился ряд работ, посвященных истории МВД. В 1858 – 1863 гг. вышла «История Министерства внутренних дел» в 3-х частях Н.В. Варадинова[3]. Автор –

---

[1] Собрание Российских законов о Медицинском управлении с присовокуплением постановлений Правительства по предмету наук: Медицинской, Фармацевтической, Ветеринарной и принадлежащих к ним Судной Медицины и Полиции Медицинской. Ч. I – III. Составил Е. Петров. СПб., 1826 – 1828.

[2] *Ханыков Я.В.* Очерк истории медицинской полиции в России. СПб.: Тип. МВД, 1851. 114 с.

[3] *Варадинов Н.В.* История Министерства внутренних дел. Ч. I – III. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1859 – 1862.

доктор философии и права, занимал высокие посты в МВД и являлся его официальным историографом. Варадинов выделил направления деятельности МВД и изложил события в четкой хронологической последовательности. На основе официальных источников (Полное собрание законов Российской империи, Свод законов, годовые отчеты МВД, делопроизводственные документы), архивов МВД и других ведомств, данных А.Д. Стога автор познакомил читателя с деятельностью министерства по управлению делами приказов общественного призрения. Включены сведения об эпидемиях и противоэпидемических мероприятиях, оспопрививании, об учреждениях приказов, их финансовых операциях, числе призреваемых, медицинских кадрах и их подготовке, ценная информация по ряду других вопросов.

Положительно оценивая правительственные меры, направленные на упорядочение деятельности приказов общественного призрения, Варадинов признавал неудовлетворительное состояние лечебниц приказов, причиной которого считал «скудость средств, врачебных и денежных, а также недостаток врачей»[1]. Для Варадинова очевиден факт, что приказы, увлекшись финансовыми операциями, отошли от выполнения своей главной, социальной функции. Неудачи в деле оспопрививания автор объяснял предрассудками населения, недостатком медицинских кадров, отмечая при этом «повсеместное охлаждение к этой операции, как со стороны Министерства, так и со стороны местных властей»[2].

Тональность сдержанной критики Варадинова в адрес МВД соответствовала мнению правительственных кругов о необходимости реформировать приказы общественного призрения, что нашло отражение в официальных документах. В докладе «О преобразовании губернских врачебных учреждений», подготовленном Медицинским департаментом МВД в 1862 г., медицинская часть приказов общественного призрения оценивалась следующим образом: «…заведения приказов… не удовлетворяли нуждам населения ни числом, ни распределением, ни внутренней обстановкой, ни средствами к правильному призрению…»[3].

---

[1] *Варадинов Н.В.* Указ. соч. Ч. III, кн. 4, с. 212.
[2] Там же. Ч.I. С. 173-174; Ч.II, кн. 2. С. 147.
[3] Архив судебной медицины и общественной гигиены, издаваемый Медицинским Департаментом. 1865. № 2. С. 14-15.

В очерке начальника отделения Хозяйственного департамента МВД К.А. Мушинского «Устройство общественного призрения в России»[1] дан ретроспективный обзор деятельности приказов общественного призрения в связи с предстоящими реформами. Автор рассматривал приказы как сословные, т.е. общественные, учреждения, явно занижая степень бюрократизации их деятельности.

К столетию МВД вышло художественно оформленное издание «Министерство внутренних дел. Исторический очерк. 1802 – 1902»[2]. Текст составлен сотрудником археографической комиссии С.А. Адриановым. Характер юбилейного издания не предполагал критического осмысления деятельности государства. В хронологической последовательности освещены основные направления деятельности министерства, в том числе в сфере здравоохранения: создание законодательной базы, реформы управления здравоохранением, борьба с эпидемиями, развитие статистики, забота правительства об улучшении положения медицинского персонала и др. В качестве вывода предложен тезис о достигнутых «значительных успехах»[3].

По инициативе директора Медицинского департамента МВД Л.Ф. Рагозина был подготовлен сборник «Общественное и частное призрение в России»[4]. Сборник открывает статья Е.Д. Максимова. Автор осторожно признавал «определенную роль» приказов общественного призрения, благодаря которым система помощи нуждающимся сделалась необходимой принадлежностью государственной и общественной жизни, ее дальнейшую судьбу связывал с либерализацией политической жизни и развитием общественной инициативы в XX в.[5]

Критика политики правительства в сфере здравоохранения прозвучала в работе специалиста в области административного права Н.Я. Новомбергского[6].

---

[1] *Мушинский К.* Устройство общественного призрения в России. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1862. 64 с.
[2] *Адрианов С.А.* Министерство внутренних дел. Исторический очерк. 1802 – 1902. СПб., 1902. 225 с.
[3] Там же. С. 204.
[4] Общественное и частное призрение в России: Сб. статей. Главное Управление по делам местного хозяйства. СПб.: Императорская Академия наук, 1907. 5, 296 с.
[5] *Максимов Е.Д.* Очерк развития и современное положение общественного призрения в России. // Общественное и частное призрение в России. С. 1-68.
[6] *Новомбергский Н.Я.* Развитие врачебно-санитарного управления. СПб.: Сенатская типография, 1907. 19 с.

В 1889 г. Медицинский департамент приступил к регистрации врачей по карточной системе с целью получения точных данных о численности врачебного персонала, обеспеченности населения врачебной помощью, социологических характеристик врачебного сословия. Ключевая роль в осуществлении этого проекта принадлежала В.И. Гребенщикову, врачу, специалисту в области демографической статистики. Занимая должность делопроизводителя отдела статистики Медицинского департамента МВД, Гребенщиков реорганизовал постановку официальной санитарной статистики. Ему и принадлежит первый опыт анализа материалов регистрационных карточек врачей[1]. Автор представил «общий облик» русских врачей, обратил внимание на низкий уровень материального благосостояния большинства из них, значительную разницу в обеспечении врачебной помощью крупных городов и жителей российской глубинки. Исследование важно и как источник статистических данных, также, как и подготовленный В.И. Гребенщиковым справочник «Больницы гражданского ведомства в Российской империи»[2].

Теме благосостояния медиков посвящена докторская диссертация Н.П. Юрьева «К вопросу о материальном положении врачей, служащих по ведомству Министерства Внутренних Дел в губерниях и областях России»[3]. Юрьев, служивший в 1883 – 1885 гг. городовым врачом г. Данилова Ярославской губернии, впоследствии возглавил отделение Медицинского департамента. Его диссертационное исследование состоит из двух частей. В первой автор рассмотрел штаты и размеры жалованья врачей различных структур ведомства МВД в период с 1880 по 1902 гг., вторая часть посвящена пенсионному обеспечению. Юрьев пришел к выводу, что оклады большинства врачебных должностей и пенсии не обеспечивали врачей в материальном отношении[4], особенно отмечено «неустройство положения городо-

---

[1] *Гребенщиков В.И.* Опыт разработки результатов регистрации врачей в России. СПб.: Паровая скоропечатня П.О. Яблонского, 1890. 42 с.

[2] *Гребенщиков В.И.* Больницы гражданского ведомства в Российской империи. СПб.: Тип. Министерства Внутренних Дел, 1892. 74 с.

[3] *Юрьев Н.П.* К вопросу о материальном положении врачей, служащих по ведомству Министерства Внутренних Дел, в губерниях и областях России. СПб.: Тип. Министерства Внутренних дел, 1904. 161 с.

[4] Там же, с. 158–159.

вых врачей» и как следствие – их частая сменяемость и наличие большого количества незамещенных вакансий[1]. Положение врачей в секторе общественной медицины осталось за рамками исследования.

Несколько небольших работ посвящены состоянию здравоохранения в отдельные периоды[2]. Среди них – книга А. Никитина «Краткий обзор медицины в России в царствование императрицы Екатерины II». Она представляет собой своеобразный панегирик императрице, ее государственной мудрости и ревностному усердию ее сподвижников. Предприятия Екатерины II в сфере охраны «народного здравия», пишет автор, «имели счастливый успех и вскоре Россия узрела обильные плоды этого»[3].

Вышеназванные работы отличал добросовестный подход к изложению фактов, скрупулезное внимание к деталям, нарративный характер, лояльная, в целом, оценка политики правительства и очевидное стремление к ее идеализации. Концептуальный подход официальных кругов к здравоохранению как к сфере государственного и общественного призрения не подвергался сомнению.

Взгляды медицинского сообщества на прошлое и настоящее российского здравоохранения формировались в обстановке общественного подъема периода либеральных реформ Александра II, повышенного внимания к социальным вопросам, становления общественной медицины. Авторов из числа профессиональных медиков отличает аргументированный критический подход в оценке официальной политики, внимание к широкому кругу вопросов: организации управления медицинским делом, развитию госпитального дела, лечебным учреждениям приказов общественного призрения, положению с медицинской помощью в городе и на селе, лекарственному обеспечению, санитарному быту населения, профилактике и борьбе с эпидемиями, подготовке медицинских кадров, в том числе вопросу о допуске

---

[1] Там же, с. 33.

[2] *Никитин А.* Краткий обзор медицины в России в царствование императрицы Екатерины II. СПб.: Тип. Опекунского совета, 1855. 82 с.; *Куприянов Н.Г.* История медицины России в царствование Петра Великого. СПб.: Тип. Я. Трея, 1872. 16 с.; *он же.* Исторический очерк состояния медицины в царствование Екатерины II. СПб.: Тип. Я. Трея, 1873. 28 с.; *Колосов Г.А.* Организация и состояние врачебного дела в царствование Александра I. Пг.: Издание «Литературно-медицинский журнал д-ра Окса», 1915. 24 с.

[3] *Никитин А.* Указ. соч. С. 5.

женщин к медицинскому образованию, служебному статусу и материальному положению медиков. Диапазон взглядов – от умеренно либеральных до социалистических. Многие работы имеют публицистический характер.

Либеральная историография представлена, почти исключительно, работами медицинской профессуры. Первый серьезный труд в отечественной исторической литературе, признанный современниками «драгоценным вкладом в историческую науку»[1], – «История первых медицинских школ в России» Я.А. Чистовича, переизданный в 2013 г. в серии «Золотая библиотека медицинской литературы»[2]. Автор, профессор Петербургской медико-хирургической академии, начальник Академии в 1871–1875 гг., в течение 25 лет собирал материал для своего фундаментального исследования. Центральное место в монографии занимает история отечественного высшего медицинского образования (середина XVII – XVIII вв.), воссозданная по материалам Медицинской коллегии (высший орган медицинской администрации). Чистович рассматривал проблему подготовки отечественных кадров как ключевую в решении вопросов обеспечения населения медицинской помощью.

Вторую часть книги составляет исторический очерк медицинского управления в XVIII в. Высоко оценена роль Медицинской коллегии в деле прогресса отечественной медицины, забота ее директора А.И. Васильева о развитии здравоохранения как одной из функций государства. «Прекраснейшим памятником» деятельности Медицинской коллегии» автор назвал учреждение врачебных управ в губерниях (на управы возлагалась задача организации медицинской помощи в провинции), однако «управы с самого начала предназначены были к чиновничьей и исключительно канцелярской деятельности. А в этом то и состояла главная ошибка в организации их»[3], – так точно и емко Я.А. Чистович охарактеризовал основное звено государственной системы здравоохранения.

---

[1] *Барсов Е.В.* К истории Медицины в России. По поводу сочинения: История медицинских школ в России. Я.А. Чистовича. СПб., 1883. 15 с. Оттиск из: Чтения в Обществе истории и древностей российских. М., 1883, кн. 3. С. 93–107. С. 5; См. также: Отзыв о сочинении «История первых медицинских школ в России» профессора Я. Чистовича / Составлено профессором Н. Ивановским. СПб.: Императорская Академия Наук, 1885. 37 с. Книга Я.А. Чистовича получила Уваровскую премию, присуждавшуюся Академией наук за труды по русской истории.

[2] *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. СПб.: Тип. Я. Трея, 1883. 662, CCCLXX с.; *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. В 2 т. М.: Книговек, 2013. 528, 480 с.

[3] *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. СПб., 1883. С. 535.

Занимаясь преимущественно XVIII в., Я.А. Чистович не оставил без внимания современные ему проблемы земской медицины[1]. В статьях Я.А. Чистовича, как и в работах его коллег[2], нашло отражение беспокойство состоянием здравоохранения, критическая оценка официальной политики и ожидание позитивных перемен, которые связывались с развитием земской медицины. Либеральное крыло медицинского сообщества в традициях государственно-юридической школы акцентировало необходимость реформирования высшей медицинской администрации, четкого разделения функций и полномочий властных структур и общественных самоуправлений, совершенствования законодательной базы (главный рычаг развития здравоохранения), в первую очередь принятия санитарного законодательства.

В ряде публикаций дан анализ кризисного состояния аптечного дела и настойчиво проведена мысль о необходимости его реформирования[3].

Общественная (по терминологии эпохи), в первую очередь, земская медицина занимала центральное место в литературе второй половины XIX – начала XX вв. Исследованием этого уникального явления, как правило, занимались врачи-общественники, разделявшие демократические (чаще народнические) взгляды и активно работавшие над созданием системы доступной медицинской помощи населению: практическая деятельность постоянно выдвигала необходимость решения теоретических вопросов и осмысления пройденного пути.

Профессор Казанского университета М.Я. Капустин, имевший опыт работы земским врачом (в Тверской губернии), посвятил анализу земской медицины «Ос-

---

[1] *Чистович Я.А.* Земская медицина. // Медицинский вестник. 1869. №20. С. 157–159; №21. С. 165–171; №33. С. 287–291; №34. С. 295–299 и др.

[2] *Перфильев М.О*. О положении медицинского дела в России. Материалы по данному вопросу. СПб.: Я. Трей, 1889. 187 с.; *Верекундов С.П*. Министерство народного здравия. К истории вопроса. СПб.: Тип. Я. Трея, 1899. 16 с.; *Скворцов И.П.* О соотношениях государственной и местной компетенции в деле охраны народного здоровья. СПб.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева». 1908. 8 с.; *Поляк И.В.* О роли правительственных и общественных органов народного здравия (общая схема устава народного здравия). СПб.: «Т-во худож. печати», 1910. 21 с.

[3] *Загорский Я.* Причины ненормального состояния аптечного дела в России. (Материалы для Гос. Думы). М.: Типо-лит. Т-ва И.Н. Кушнерев и Ко, 1908. 68 с.; *Зайденман Л.О.* Аптечная привилегия. СПб, 1903. 101 с.; *Кёллер Р. Р.* Под сенью предписаний и циркуляров. Правдивое слово властям, обществу и народу по поводу проекта нового аптекарского устава. Изд. 2-е. М.: Русское товарищество печатного и издательского дела, 1906. XLVIII, 197 с.; *Леонтьев Д.А*. Краткий исторический очерк аптечного дела в России. СПб., 1910. 80 с.

новные вопросы земской медицины» и статью «Земская медицина» для энциклопедического словаря[1]. Первая работа была задумана в связи с планами Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова (Пироговским обществом) издания «Земско-медицинского сборника» (см. 1.5). На основании личного опыта автор высказался по поводу ряда «болевых точек» и принципов земской медицины: необходимости замены разъездной системы обслуживания населения на стационарную и упразднения самостоятельного фельдшеризма, бесплатного лечения, в том числе лекарственного, развития больничной сети, в первую очередь на селе, организации акушерской помощи. Автор не скупился на высокие оценки земской медицины: подчеркивал ее общественный характер, «великую и разностороннюю пользу», рассматривал ее как форму общественного служения, породившую в высшей степени симпатичный тип преданного своему делу земского врача[2].

К числу наиболее крупных и известных работ принадлежит «Русская земская медицина», подготовленная московскими санитарными врачами, видными деятелями общественной медицины Е.А. Осиповым, И.В. Поповым и П.И. Куркиным [3]. Она представляет собой обзор развития земской медицины (отдельный очерк посвящен Московской губернии), написанный на основе собранного статистического материала как продолжение «Земско-медицинского сборника». Авторы придавали земской медицине «в высокой степени важное, общенародное значение»[4]. Главной характеристикой земской медицины авторы считали ее общественный характер, подход к здравоохранению как к естественной обязанности общества.

Признавая наличие серьезных проблем (несовершенство законодательной базы, ограниченность земских средств, недостаток врачей и др.), авторы категорически настаивали на необходимости самоуправления, «не стесняемого излишней

---

[1] *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. СПб.: К.Л. Риккер, 1889. 134 с.; *Он же.* Земская медицина. // Энциклопедический словарь. / Под ред. проф. И.Е. Андреевского, К.С. Арсеньева и заслуженного проф. Ф.Ф. Петрушевского. Т. XXIV. СПб.: Изд. Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефрон, 1894. С. 482–491; *Он же.* Главные основания проекта сельской больницы. М., 1874. 22 с.

[2] *Капустин М.Я.* Земская медицина. С. 491.

[3] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Русская земская медицина. Обзор развития. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1899. X, 340, 29 с.

[4] Там же. С.V.

регламентацией и непрестанным административным дозором»[1] и оптимистически оценивали перспективы развития земской медицины: она «успела получить определенные формы, способность широкого действия и необходимую устойчивость для дальнейшего правильного прогресса»[2].

Иной точки зрения придерживался врач, публицист и общественный деятель В.О. Португалов. В наиболее крупной работе – «Вопросы общественной гигиены»[3] с характерной для автора эмоциональностью сформулирован вывод, в целом отражавший позицию левого крыла врачей-общественников: «Лечите людей какими угодно средствами или вовсе не лечите, смертность в том или другом случае будет почти одинакова <…> Мы убеждены, что степень заболеваемости и смертности человечества совершается в силу существующих условий социального быта»[4].

В связи с организацией гигиенических выставок в Дрездене (1911) и Петербурге (1913) З.Г. Френкелем, в будущем выдающимся советским гигиенистом, академиком АМН СССР, написаны «Очерки земского врачебно-санитарного дела»[5]. Очерки – обзоры экспозиции отдела земской медицины по губерниям, дополненный актуальными статистическими данными, – дают представление о содержании и масштабах земско-медицинской деятельности, являются по сути подведением итогов почти полувекового развития.

Ряд работ, затрагивающих различные аспекты и проблемы земской медицины, написаны санитарными врачами Д.Н. Жбанковым и С.Н. Игумновым[6], публицистами, крупными общественными деятелями демократического направления.

---

[1] Там же. С. 177.
[2] Там же. С. IX.
[3] *Португалов В.О.* Вопросы общественной гигиены. СПб.: Тип. А. Моригеровского, 1873. 623 с.
[4] Там же. С. 49.
[5] *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. СП*б.: «Слово», 1913. 228 с.*
[6] *Жбанков Д.Н.* Итоги земской медицины. // Врач. 1894. №18. С. 513-519; №19. С. 546-551; *Он же*. О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1910. 71 с.; *Он же.* Несколько сравнительных данных о земской и сельской медицине. СПб.: Тип. Я. Трей, 1896. 11 с.; *Он же.* Об участии губернских земств в борьбе с эпидемиями. // Врач. 1898 № 41. С. 1185–1191; *Он же.* Нужны ли для земства больницы? // Земский врач. 1889. № 17, 18; *Он же.* О детских яслях-приютах в деревнях в рабочее время. СПб.: Тип. Я. Трей. 1898. 29 с. и др.; *Игумнов С.Н.* Земские врачи теперь и прежде. // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова.1904. № 4. С. 319-336; *Он же*. К вопросу о кризисе земской медицины. // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова.1908. № 3. С. 283–295; *Он же.* Земские вольные аптеки и земская медицина. Харьков: Тип. «Печатное дело», 1908. 6 с.

Обстоятельное исследование земского хозяйства и анализ основных направлений земской деятельности на губернском и уездном уровне с применением метода поуездного статистического анализа – «История земства за сорок лет» – принадлежит Б.Б. Веселовскому. Веселовский – близкий к социал-демократам историк, доктор экономических наук, в советский период (с 1927 г.) – профессор Московского государственного университета. Истории земской медицины посвящен объемный раздел первого тома[1].

Б.Б. Веселовский дал общую оценку состояния здравоохранения России к середине XIX в. Рассмотрены вопросы организации медицинской помощи: разделение функций между губернскими и уездными земствами, источники финансирования и распределение финансовых средств, направления развития и принципы земского медицинского дела, организация психиатрической помощи, решение кадровых вопросов, самостоятельный фельдшеризм, земская санитария, профилактика, лекарственное обеспечение населения, медицинская помощь рабочим и др.

Отмечены наиболее острые проблемы: отсутствие планомерной противоэпидемической работы, слабое развитие санитарной организации, бюрократизм земств, стремление ограничить роль демократического элемента – врачей. Выделены стадии развития земской медицины, определены их характерные черты. Веселовский показал, насколько сложным для земств было принятие решений по вопросам здравоохранения: не было ни опыта, ни готовых рецептов.

Отмечая ведущую роль дворянского элемента в земствах и классовые тенденции в земской медицине (этому вопросу посвящена отдельная работа[2]), Веселовский, тем не менее рассматривал практическую деятельность земств, в первую очередь в сфере здравоохранения, вне социально-политического контекста.

Автором использован огромный земский статистический материал, в том числе и обработанный его предшественниками, документы земств (доклады, журналы заседаний), официальная статистика, материалы съездов Общества русских

---

[1] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1-4. СПб.: О.Н. Попова, 1909 – 1911. Т. 1. С. 267-436.

[2] *Веселовский Б.Б.* К вопросу о классовых интересах в земстве. Вып. 1. СПб.: «Общественная польза». 1905. 164 с.

врачей в память Н.И. Пирогова (Пироговских съездов). Для целей нашего исследования особую ценность представляют материалы по губерниям Верхней Волги: данные о земских расходах на здравоохранение, о сети земских лечебных учреждений, их коечной мощности, оспопрививании и родовспоможении, численном составе медицинского персонала и др.

По заказу пермского земства Веселовский исследовал историю деятельности земских учреждений губернии[1]. Небольшая работа посвящена вопросу пенсионного обеспечения земских, в том числе медицинских служащих[2].

Вторая проблема, привлекавшая внимание демократической медицинской общественности – обеспечение врачебной помощью городского населения. По решению V Пироговского съезда (1894) было проведено исследование городской медицины. Материалы обработал московский санитарный врач А.А. Чертов[3], представивший по этому вопросу доклад VIII Пироговскому съезду (1902) (см. 1.5). В предисловии А.А. Чертов проанализировал ситуацию. Главный вывод – «громадное большинство городов ничего не делают или ассигнуют ничтожные суммы для организации постоянной коечной и амбулаторной врачебной помощи для городского населения», участие городских самоуправлений в организации санитарной части и медицинской помощи во время эпидемий незначительно[4].

По результатам нового исследования состояния городской медицины губернских и наиболее крупных уездных городов в 1912 – 1914 гг., предпринятого по решению XII Пироговского съезда (1912), Д.Н. Жбанков составил «Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России»[5] (см. 1.5). Анализ полученных сведений дал Д.Н. Жбанкову основания для осторожного утверждения, что города «встали на точку зрения самостоятельного устройства санитарного и врачебного

---

[1] *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии (1864 –1913). Тверь: Тверск. губ. земство, 1914. X, 591 с.

[2] *Веселовский Б.Б.* К вопросу о земских пенсионных и эмеритальных кассах. Пенза: Тип. Т-ва А.И. Рапопорт и Ко, 1910. 10 с.

[3] *Чертов А.А.* Городская медицина в Европейской России. Сборник сведений об устройстве врачебно-санитарной части в городах. М.: Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1903. XIV, 272 с.

[4] Там же. С. III.

[5] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1915. XVI, 552 с. Краткий обзор опубликовал журнал Пироговского общества: *Жбанков Д.Н.* Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела // Общественный врач. 1915. № 7-8. С. 449-485.

дела»[1]. Автор отметил, что главное препятствие развития городской санитарной организации и врачебной части – классовый состав городских дум, отстаивавших интересы собственников, и административное вмешательство.

Третья проблема, волновавшая медицинские круги, – организация медицинской помощи фабрично-заводским рабочим. Внимание к ней было привлечено в связи с развитием фабрично-заводского производства. Изучались условия труда и быта рабочих[2]. Наиболее известное исследование фабрик и заводов Московской губернии выполнено Ф.Ф. Эрисманом, А.В. Погожевым и Е.М. Дементьевым в 1879 – 1885 гг.[3] Появились работы обзорного характера, посвященные истории санитарно-фабричного законодательства в России[4]. В очерках А.В. Погожева проведена мысль о необходимости государственного вмешательства в вопросы охраны труда и здоровья рабочих. Ценность работы В.Я. Канеля, активного члена РСДРП, определяется пониманием классового характера фабричного законодательства: «Организация врачебного дела в промышленных предприятиях непосредственно вытекает из основных черт бюрократического режима, из всей совокупности условий больной действительности»[5].

Общий итог развития общественной медицины подвел В.Я. Канель в разделе «Общественная медицина в связи с условиями жизни народа», написанном для многотомного труда по истории России[6]. Автор отказался от «розовых надежд», связанных с земской медициной. Для него очевидна зависимость решения вопросов

---

[1] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. С. VIII.

[2] *Погожев А.В.* Материалы для истории фабричной медицины в России. // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1891. Июль. С. 1-16; 1892. Июль. С. 1-18; *Он же.* Очерки из истории санитарно-фабричного законодательства в России. // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1890. Май. С. 55-87; Июнь. С. 111–130; *Канель В.Я.* Фабричная медицина и бюрократия. М.: «Колокол», 1906, 47 с.

[3] Сборник статистических сведений по Московской губернии. Отдел санитарной статистики. Т.4. общая сводка по санитарным исследованиям фабричных заведений Московской губернии за 1879 – 1885 гг. / Под ред. Ф.Ф. Эрисмана. Ч.1. М., Московское губернское земство, 1890. XXV, 315 с.; Ч.2. / Составлена д-ром Е.М. Дементьевым и проф. Ф.Ф. Эрисманом. М., Московское губернское земство, 1893. X, 516 с.

[4] *Погожев А.В.* Очерки из истории санитарно-фабричного законодательства в России. // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1890. Май. С. 55-87; Июнь. С. 111–130; *Канель В.Я.* Фабричная медицина и бюрократия. М.: «Колокол», 1906, 47 с.

[5] *Канель В.Я.* Указ. соч. С. 4.

[6] *Канель В.Я.* Общественная медицина в связи с условиями жизни народа // История России в XIX веке: В 12 т. Т. 8. СПб.: Изд-во Т-ва Бр. А.и И. Гранат и Ко, 1910. С. 156-262.

здравоохранения от «земских воротил», которые «готовы были то даровать населению врачебную помощь, то безапелляционно отнимать ее у него»[1]. Но если в земстве всегда «громко звучал голос врачей», то в городе проявлялись «ничем не прикрашенные грубые узкоэгоистические стремления» крупных собственников, а фабричная медицина, по мнению автора, «представляет собой лишь сколок господствующего у нас общего порядка»[2]. Вывод Канеля категоричен: «Здоровье народных масс подорвано, и этому способствовала вся обстановка русской жизни <…> Оздоровление народа – эта насущная нужда современности стала вопросом дня»[3].

В работах, посвященных вопросам медицинского быта отмечались уязвимость положения медицинских работников в сфере занятости, низкая материальная обеспеченность, невнимание к их нуждам со стороны правительства и общества[4]. Исследование санитарного врача Москвы П.И. Кедрова «Условия труда и жизни низшего медицинского персонала в России»[5] – первый опыт изучения фельдшеров с использованием статистических данных. Автор пришел к выводу о тяжелом положении вспомогательного персонала в социально-экономической сфере, повлекшем сокращение фельдшерских кадров.

В трудах деятелей общественной медицины дан глубокий анализ состояния здоровья населения, оценка государственной системы здравоохранения, организации медико-санитарной работы в земских губерниях. Выделены основные этапы и проблемы развития земской медицины, связанные с классовым составом земств, недостатком средств, общим низким уровнем социально-экономического и культурного развития деревни. Перспективы ее развития большинство авторов связывали с культурнической, просветительской работой, демократизацией общественных самоуправлений, совершенствованием законодательной базы медицинского

---

[1] Там же. С. 177.
[2] Там же. С. 230, 238.
[3] Там же. С. 262.
[4] *Гуревич А.Б.* Незавидное положение современного врача в материальном и социальном отношениях. (Доклад на VI съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова). Киев: Тип. П. Барского, 1896. 13 с.; *Вигдорчик Н.А.* Расслоение фельдшерского сословия // Журнал общества русских врачей. 1907. № 1. С. 5-19; *Жбанков Д.Н.* О врачах. М.: Типолит. «Русского товарищества печатного и издательского дела», 1903; *Соловьев З.П.* Материальное положение земского врача // Земское дело. 1911. № 9. С. 723-730 и др.
[5] *Кедров П.И.* Условия труда и жизни низшего медицинского персонала в России. СПб.: Изд-во «Медицинского журнала д-ра Окса», 1902. 91 с.

дела. Ряд представителей демократического направления (Н.А. Вигдорчик, Д.И. Жбанков, З.Г. Френкель и др.) решение проблем здравоохранения увязывали с общими задачами социального переустройства России.

Для авторов, многие из которых играли активную роль в развитии общественной медицины, характерна идеализация земской медицины и, напротив, преобладание негативных оценок действий правительства. Работы, фиксирующие позиции непосредственных участников событий, содержат и богатый статистический материал, поэтому являются ценными источниками по теме данного исследования.

В целом, в течение второй половины XIX – начале XX вв. был накоплен огромный массив фактического, в том числе статистического материала. В исследованиях этого периода представлен широкий спектр проблем истории отечественной медицины и здравоохранения. Обозначился общий концептуальный подход: понимание здравоохранения как важной социальной функции, реализация которой напрямую связана с развитием местного самоуправления.

1.2. СОВЕТСКАЯ ИСТОРИОГРАФИЯ

С установлением советской власти концептуальные подходы к изучению истории здравоохранения дореволюционной России, пространство исследований и источниковую базу определяла идеологическая парадигма советского общества. Изучался ограниченный круг проблем, которые признавались актуальными.

Необходимость найти ответы на поставленные жизнью вопросы – речь шла о создании советской системы здравоохранения – обусловила интерес к изучению земской медицины. Вместе с тем образовались обширные лакуны в изучении прошлого, поверхностный взгляд на ряд важных явлений, таких как городская медицина, фабричная медицина, государственная медицина, частная практика, представлявших собой элементы целого, отношения между правительственными, общественными (городскими и земскими) и частными структурами, задействованными в решении вопросов здравоохранения. Медицинское сообщество, процесс его фор-

мирования, положение отдельных категорий медицинских работников в социально-экономическом и культурном пространстве эпохи – эти вопросы также не привлекали внимания исследователей.

Отношение к земской медицине в советский период менялось. Началась переоценка ее достижений прежде всего теми, кто имел дореволюционный опыт работы в этой области, а затем участвовал в создании советской системы здравоохранения – Н.А. Семашко, З.П. Соловьевым и др. В 1920-е гг., отмеченные, в основном, публикацией обзорных работ и журнальных статей[1], Н.А. Семашко писал: «То небольшое, что сделала старая земская медицина, в значительной части устарело, не только по содержанию, но главное – по методам работы, по самому подходу к делу»[2]. Первый нарком здравоохранения РСФСР имел в виду новые социально-экономические условия, новый быт и психологию населения, государственную плановую организацию санитарной работы, поддерживаемую общественной самодеятельностью.

Видное место в советской историографии принадлежит З.П. Соловьеву, автору многочисленных статей по вопросам здравоохранения, в том числе земской медицины. Первое выступление Соловьева в печати относится к 1903 г., периоду его работы санитарным врачом в самарском губернском земстве. Из дореволюционных работ для нас наиболее важны статьи «Пятый губернский съезд врачей и представителей земств Ярославской губернии»[3] (1912) и «Пятидесятилетие земской медицины»[4] (1914). Отмечая препятствия на пути развития земской медицины (сопротивление

---

[1] См., например: *Гуткина А.Я.* Организация здравоохранения в России от Аптекарского приказа до наших дней // Врачебное дело. 1927. № 20. Ст. 1455-1460; *Зильберг И.* На заре профессионального движения аптечных работников. – М.: ЦК Медсантруд, 1926. 59 с.; *Он же.* Профессиональное движение служащих фармацевтов. Период первой русской революции. М.: ЦК Медсантруд, 1930. 45 с.; *Левинштейн И.И.* Этюды по истории фармации. М.-Л.: Московская научно-фармацевтическая ассоциация, 1927. 102 с.; *Он же.* История фармации и организация фармацевтического дела. М.-Л.: Медгиз, 1928. 224 с.; *Он же.* Первые частные аптеки в России // Вестник фармации. 1928. № 3. С. 168-170; *Скороходов Л.Я.* Краткий очерк русской медицины. Л.: «Практическая медицина», 1926. 262 с.; *Сысин А.Н.* Санитарное состояние России в прошлом и настоящем. // Социальная гигиена. Вып. 1. Октябрь, 1922. С. 63-94; Вып. 2. Апрель, 1923. С. 35-59; и др.

[2] *Семашко Н.* Очередные задачи социальной гигиены в России // Социальная гигиена. Вып. 2. Апрель, 1923. С. 7.

[3] *Соловьев З.П.* Пятый губернский съезд врачей и представителей земств Ярославской губернии // Общественный врач. 1912. №2. С. 207-223.

[4] *Соловьев З.П.* Пятидесятилетие земской медицины // Фельдшерский вестник. 1914. №6, с. 179–188; №7, с. 215-223.

дворянства, бюрократии и др.), в 1914 г. Соловьев признавал «колоссальную созидательную работу», «вынесенную на плечах земских медицинских работников», «неподдельную любовь, и искреннюю преданность, и горячую убежденность, и упорную энергию» земских врачей – «идеологов земской медицины»[1]. Завершал статью вывод, ставший классическим: «Здание земской медицины… стоит недостроенное и ждет настоящего хозяина»[2]. Связывая будущее здравоохранения с социализмом, врач-большевик, тем не менее, отдавал должное деятельности земских медиков.

В советское время были опубликованы сборники статей З.П. Соловьева, написанные, в основном, в 1920-е гг.: «Строительство советского здравоохранения» и «Избранные произведения»[3]. В оба сборника вошла статья «Здравоохранение в дореволюционной России»[4], написанная на основе лекций, прочитанных в 1927 г. на кафедре социальной гигиены 2-го МГУ. В статье определены характерные черты дореволюционного здравоохранения: нескоординированность действий органов власти и общественного самоуправления, отсутствие санитарного законодательства, бюрократизм в работе государственных и в значительной степени земских больниц, исключительно тяжелое финансовое положение как государственной, так и общественной медицины.

Автор акцентировал внимание на позиции дворянства, игравшего в земствах ключевую роль: «Большинство земских собраний относились к медицине, как к чему-то такому, что не вытекает из самой природы функций, государственной системой возложенных на земские учреждения»[5]. Съезды врачей и санитарные советы (коллегиальные врачебные органы) Соловьев аттестовал как «наиболее реакционную часть» в структуре земской медицины на том основании, что в этих профессиональных органах не было представителей местного населения[6]. В итоге автор подчеркнул: «… ко-

---

[1] *Соловьев З.П.* Пятидесятилетие земской медицины // Фельдшерский вестник. 1914. №7. С. 217-218, 221.
[2] Там же. С. 223.
[3] *Соловьев З.П*. Строительство советского здравоохранения / Под ред. М. Ландиса. М.: Медгиз, 1932. 336 с.; *Он же*. Избранные произведения/ Под ред. Б.Д. Петрова. М.: Медгиз, 1956. 473 с.
[4] *Соловьев З.П*. Здравоохранение в дореволюционной России // Строительство советского здравоохранения. С. 276-295; Избранные произведения. С. 177-195.
[5] *Соловьев З.П.* Здравоохранение в дореволюционной России // Избранные произведения. С. 192.
[6] Там же. С. 187-188.

нечно, ни о какой идеализации земской медицины <…> речи быть не могло. Она являлась результатом внутренних противоречий всей системы экономических и политических отношений»[1].

Соловьев принизил и исказил уникальную роль земских врачей. Они рассматривались как новая сила, пришедшая на службу растущему капитализму: это «не есть приток, который происходит по идеалистическим побуждениям, под влиянием симпатии к населению, это есть закон, вытекающий из соответствующих государственных форм»[2]. Такая оценка весьма показательна: «земщина» в 1920-е гг. была синонимом мелкобуржуазности, проникшей, в том числе, и в медицину, что и отметил автор[3]. Она знаменовала собой разрыв с позицией, отраженной в статье «Пятидесятилетие земской медицины». Вместе с тем, уместно вспомнить, что практическая деятельность З.П. Соловьева на посту заместителя наркома фактически основывалась на принципах земской медицины (профилактическая направленность, участковое обслуживание, бесплатность, общедоступность медицинской помощи).

Наиболее крупная работа доцента Московского фармацевтического института И.И. Левинштейна, выступавшего по аптечному вопросу еще в дореволюционный период, – «История фармации и организация фармацевтического дела»[4] написана на основе лекций по истории фармации. В главе, посвященной развитию отечественной фармации в дореволюционный период автор рассмотрел производственную деятельность аптек, земское аптечное дело, борьбу аптекарей – частных предпринимателей против земств, тормозящее воздействие аптечной монополии, подготовку фармацевтических кадров, кризис аптечного дела в России.

Характерное для периода 20-х – 50-х гг. XX в. негативное отношение к земской медицине сказалось на оценке Левинштейном усилий земств по организации бесплатного лекарственного обеспечения населения. Автор, игнорируя финансовые проблемы земств, утверждал, что «особого стремления правильно организовать лекарственную помощь у большинства земских самоуправлений не было и

---

[1] Там же. С. 194.
[2] Там же.
[3] *Соловьев З.П.* Против реставраторов «земщины» // Строительство советского здравоохранения. С. 27-33.
[4] *Левинштейн И.И.* История фармации и организация фармацевтического дела. М.-Л.: Медгиз, 1928. 224 с.

дело это развивалось очень медленно и лишь в единичных земствах»[1], отмечал лучшую постановку дела в земских вольных аптеках (аптеках с правом свободной продажи медикаментов) и пришел к выводу, что в земской медицине «лекарственная помощь была организована по чисто классовому принципу: квалифицированная для обеспеченных слоев населения, за деньги, и второсортная – для бедных»[2].

Среди работ, опубликованных в первое послеоктябрьское десятилетие, выделяется «Краткий очерк русской медицины» Л.Я. Скороходова, переизданный в 2010 г. с целью «освежить» историческую память[3]. Оценивая земскую медицину с позиций интеллигента-разночинца, автор особо подчеркнул новаторский подход к организации медицинской помощи населению, не имевший аналогов в мировой практике. С земским периодом Скороходов связывал начало самостоятельного развития медицины в России, высвобождавшейся из-под влияния иностранцев. Уделено внимание борьбе в земствах по вопросам организации медицинской помощи и направлений развития земско-медицинского дела. Затронуты вопросы фабричной и страховой медицины. Критическую оценку получили приказы общественного призрения и медицинское управление в XVIII – XIX вв. в целом.

С середины 1930-х гг. начался переход к систематической работе в области истории медицины. Задачи в этой области определялись в соответствии с принципом партийности, «родовой чертой» советской исторической науки. В 1936 г. один из организаторов здравоохранения, специалист в области социальной гигиены и санитарной статистики Г.А. Баткис и его коллега К.В. Майстрах писали: «Советские историки медицины, пользуясь методом исторического материализма, должны определить предмет изучения, дать свою систематизацию материала, определить периоды и узловые моменты развития истории медицины и закономерности этого развития»[4]. В 1937 г. орган наркомата здравоохранения СССР и РСФСР «Советская медицина» поместил небольшую статью под красноречивым названием: «Изучение

---

[1] *Левинштейн И.И.* История фармации и организация фармацевтического дела. С. 109.
[2] Там же. С. 110.
[3] *Скороходов Л.Я.* Краткий очерк русской медицины. Л.: «Практическая медицина», 1926. 262 с.; *Скороходов Л.Я.* Краткий очерк истории русской медицины / Л. Я. Скороходов; науч. ред. и коммент. М. В. Супотницкого. — М.: Вузовская книга, 2010. 430 с.
[4] *Баткис Г.А., Майстрах К.В.* Об изучении истории медицины // Советский врачебный журнал. 1936. № 15. С. 83.

истории медицины поставить на должную высоту»[1]. Это означало, что особое внимание уделялось методологическим основам истории медицины, подчеркивалась необходимость ее изучения с позиций марксизма-ленинизма не только в связи с практикой здравоохранения, но и задачами идеологической борьбы[2].

Земская медицина, оставаясь в центре внимания исследователей, стала, пожалуй, одной из наиболее политизированных тем в дискурсе периода 1930-х – 1950-х гг. (наряду с вопросом о приоритете советской медицинской науки в период борьбы с космополитизмом). При этом до второй половины 1950-х гг. эта тема не получила серьезной научной разработки советских исследователей.

Упрощенный классовый подход определил оценку земской медицины, данную Баткисом: «По сравнению с ничтожным состоянием медицинской помощи в стране земская медицина была заметным явлением, однако развитие медицинской помощи даже в земских губерниях было незначительным вплоть до Великой Октябрьской социалистической революции»[3]. Автор указывал на «либерально-буржуазную эволюцию» земских врачебных организаций, отметил безуспешность бюрократических попыток государства проявить собственную инициативу в решении медико-санитарных вопросов.

«Правильную большевистскую оценку земской медицины» дал М.И. Барсуков[4], стоявший у истоков советского здравоохранения, с 1945 г. возглавлявший отдел истории советского здравоохранения во Всесоюзном НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения (ныне Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко РАН, ННИИ ОЗ РАН). С точки зрения Барсукова «”земская медицина“ была явлением прогрессивным лишь в сравнении с медициной ”Приказа общественного призрения“, но становилась реакционной не только в условиях советского строя, но и накануне победы Великого

---

[1] *Лордкипанидзе И.Н.* Изучение истории медицины поставить на должную высоту // Советская медицина. 1937. № 5. С. 51-53.

[2] См.: *Петров Б.Д.* Современное состояние и задачи истории медицины // Научная конференция, посвященная истории медицины Сибири. Томск. 21-23 мая 1955 г. Томск: Томский медицинский институт им. В.М. Молотова, 1955. С.3-9.

[3] *Баткис Г.А.* Организация здравоохранения. (Учебник для медицинских институтов). М.: Медгиз, 1948. С. 75.

[4] *Барсуков М.И.* Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1951. 314 с.

Октября»[1]. Идеологическая заданность вступала у Барсукова в конфликт с добросовестным подходом к фактам, что проявилось в явно противоречивых утверждениях. С одной стороны, видный историк писал о высокой оценке медицинской общественностью «огромного опыта земской медицины», ее значимости для теории и практики советского здравоохранения, с другой – называл «клеветническими», «лженаучными» (например, в книге Л.Я. Скороходова) высказывания о влиянии земской медицины на советское здравоохранение[2].

Во второй половине 50-х гг. XX в. наметился поворот в подходах к проблемам истории отечественной медицины. В 1956 г. вышел фундаментальный труд Д.М. Российского «История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. Библиография»[3]. Эта наиболее полная библиография, не потерявшая значения до настоящего времени, охватила практически все работы отечественных авторов и важнейшие документы X до второй половины XX вв. Ценный путеводитель по фондам Центрального государственного исторического архива Ленинграда (с 1992 г. – Российского государственного исторического архива) подготовила Р.Ю. Мацкина[4]. Появление вышеназванных работ – свидетельство возросшего интереса историков медицины к вопросам историографии, к источнику, что обусловило повышение качества исследований.

В течение второй половины 1950-х – 1960-е гг. был опубликован ряд работ по истории общественной, в частности, земской медицины[5]. Отношение к земской медицине постепенно эволюционировало. Подход стал более взвешенным, но при этом оставался политически окрашенным. Круг исследовательских задач включал поиск

---

[1] Там же. С. 28.
[2] Там же. С. 23, 29, 311.
[3] *Российский Д.М.* История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. Библиография. М.: Медгиз, 1956. 938 с.
[4] *Мацкина Р.Ю.* История развития медицины и здравоохранения в России. Обзор документальных материалов. Ред. Б.Д. Петров. М.-Л. 1958. 99 с.
[5] *Заблудовский П.Е.* Медицина в России в период капитализма. Развитие гигиены, вопросы общественной медицины. Под ред.Н.С. Хмелева, Н.А. Виноградова. М.: Медгиз, 1956. 150 с.; *Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И.* Основные черты развития медицины в России в период капитализма: 1861 – 1917. М: Медгиз, 1956. 194 с.; Общественная медицина в России в период революционной ситуации 1859 – 1861 годов. Очерки по истории отечественной медицины середины XIX в. / Под ред. проф. М.П. Мультановского. М.: Медгиз, 1963. 80 с.; *Страшун И.Д.* Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907 – 1917 гг. М.: Медицина, 1964. 205 с. и др.

аргументации для политической оценки земской медицины и вместе с тем углубленное изучение ее достижений в интересах развития советского здравоохранения.

«Грубая ошибка, – писал один из ведущих историков медицины середины XX в. П.Е. Заблудовский, – некритически переносить опыт земской медицины в советские условия, но и ошибочно отвергать наследие дореволюционной медицины, отказаться от использования ее опыта»[1]. К положительным сторонам автор относил значительное увеличение числа врачей и медицинских учреждений на селе; разработку принципов работы сельского врачебного участка, борьбы с эпидемиями, санитарной статистики; изучение профессиональной заболеваемости, появление специализированной медицинской помощи. В то же время Заблудовский указывал на относительную узость задач, поставленных земской медициной, ограниченность ее возможностей, обусловленную преобладанием в среде земских врачей сторонников демократических (народнических) и либеральных взглядов [2]. Автор отмечал общий низкий уровень медико-санитарного дела в городах, слабость ростков фабрично-заводской медицины.

Л.О. Каневский, Е.И. Лотова и Х.И. Идельчик поставили перед собой задачу представить общую картину медицины и здравоохранения второй половины XIX – начала XX вв. Авторы отметили достижения теоретической и клинической медицины, гигиены, эпидемиологии и судебной медицины, медицинского образования, общественной деятельности медиков. Небольшая глава (с. 125–140) посвящена земской, городской и фабрично-заводской медицине. Рассмотрены вопросы охраны здоровья в деятельности большевиков, влияние рабочего движения на политику правительства в области социального страхования. Авторы в целом положительно оценивали земскую медицину как «своеобразную и оригинальную форму обслуживания сельского населения»[3], но отмечали крайнюю недостаточность деятельности городского самоуправления в сфере здравоохранения, слабое развитие родовспоможения, фабричной медицины.

---

[1] *Заблудовский П.Е.* Указ. соч. С. 143.
[2] Там же. С. 80–81, 118, 142–143.
[3] Там же. С. 130.

В опубликованном в 1963 г. под редакцией проф. М.П. Мультановского сборнике «Общественная медицина в России в период революционной ситуации 1859 – 1861 годов. Очерки по истории отечественной медицины середины XIX в.»[1] рассмотрены вопросы борьбы за создание системы медицинского обслуживания для народа: роль медицинской печати, коллегиальных врачебных органов – съездов и медицинских обществ (в том числе деятельность Общества Ярославских врачей[2]), усилия земств по организации подготовки среднего медицинского персонала. Признано, хотя и с оговорками, прогрессивное значение земской медицины.

Роль земских врачей пристально рассмотрел первый историк медицины, избранный в первый состав Академии медицинских наук СССР (1944), И.Д. Страшун в очерках «Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907 – 1917 гг.»[3], написанной с привлечением широкого круга источников (архивных документов, трудов Пироговских съездов и др.). Задача очерков – «проследить нарастание кризиса дореволюционной общественной медицины»[4]. Следуя сложившейся в советской историографии традиции, автор акцентировал внимание на политическом размежевании медицинского сообщества, подчеркнул мелкобуржуазные идеологические установки большинства врачей, недооценку ими способности рабочего класса взять в свои руки постановку медицинской помощи[5]. Центральная мысль книги – признание ведущей роли большевиков в борьбе за демократизацию здравоохранения как составной части революционных преобразований.

К 100-летию земской медицины вышли «Очерки истории русской общественной медицины»[6]. В предисловии редактор П.И. Калью отметил, что несмотря на ограниченность и слабые стороны, обусловленные социально-экономическими

---

[1] Общественная медицина в России в период революционной ситуации 1859 – 1861 годов. Очерки по истории отечественной медицины середины XIX в. / Под ред. проф. М.П. Мультановского. М.: Медгиз, 1963. 80 с.
[2] *В.Н. Емельянов.* Из истории общественной деятельности ярославских врачей // Очерки истории русской общественной медицины. С. 155-159.
[3] *Страшун И.Д.* Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907 – 1917 гг. М.: Медицина, 1964. 205 с.
[4] Там же. С. 3.
[5] Там же. С. 112-114.
[6] Очерки истории русской общественной медицины / Сб. статей под ред. *П.И. Калью*. М.: Медицина, 1965. 298 с.

условиями, «земская медицина сделала очень многое в создании прогрессивной системы медицинского обслуживания населения»[1]. С редактором солидарны П.Е. Заблудовский и А.П. Жук («Столетие общественной медицины в России»[2]) и акад. АМН СССР И.Д. Страшун («Полвека земской медицины (1864 – 1914)»[3]). Давая положительную, в целом, оценку общественной, в первую очередь земской медицины, авторы сборника вместе с тем четко проводили мысль о том, что общественная медицина не решала и не могла решить основную проблему – удовлетворение потребностей в медицинском и санитарном обслуживании[4]. Ценно признание И.Д. Страшуном роли передовой интеллигенции: придя в земство, она «внесла присущие ей черты: глубокую демократичность, горячую любовь к народу и веру в него, стремление работать для народа и через народ»[5].

Сходных позиций придерживался М.М. Левит[6]. «Вся история земской медицины – писал он, – история борьбы передовых врачей с дикими условиями русской действительности, врачей, в основной своей массе не понимавших исторических закономерностей развития общества и потому бессильных», история «самоотверженной работы во имя достижения очень маленьких, очень незначительных местных результатов»[7]. Становление общественной медицины Левит относил к периоду перехода страны к капитализму, к середине XIX в., и связал с революционным движением, в котором принимали участие и медицинские работники. Критически анализируя состояние здравоохранения России, автор показал, что решение вопросов здравоохранения шло в противоборстве демократических и либеральных направлений в общественном движении врачей.

---

[1]Там же. С. 3.

[2] *Заблудовский П.Е., Жук А.П.* Столетие общественной медицины в России // Очерки истории русской общественной медицины. С. 7-29. См. также: *Заблудовский П.Е.* Медицина в России в период капитализма. Развитие гигиены, вопросы общественной медицины / Лекции по организации здравоохранения для врачей под общей редакцией Н.С. Хмелева и Н.А. Виноградова. Лекции VIII, IX. М.: Медгиз. 1956. 150 с.; *Он же.* История отечественной медицины. Ч. 1. М.: М-во здравоохранения СССР. Центральный институт усовершенствования врачей. 1960. 399 с.

[3] *Страшун И.Д.* Полвека земской медицины (1864 – 1914). // Очерки истории русской общественной медицины. С. 30-68.

[4] *Заблудовский П.Е., Жук А.П.* Указ. соч. С. 16.

[5] *Страшун И.Д.* Указ. соч. С. 57.

[6] *Левит М.М.* Становление общественной медицины в России. М.: Медицина. 1974. 231 с.

[7] Там же. С. 4.

Ряд работ посвящен частным вопросам[1]. Среди них, безусловно, важнейшее место принадлежит капитальному труду К.Г. Васильева и А.Е. Сегала «История эпидемий в России» в которой рассматривается период с образования русского государства до 1918 г. Авторы поставили перед собой задачу представить материалы для истории эпидемий, но, помимо этого, решили ряд важных теоретических вопросов. Опираясь на солидную источниковую базу – официальные издания Медицинского департамента МВД, отчеты, статистические материалы, архивные документы и др., Васильев и Сегал убедительно доказали самостоятельное развитие отечественной эпидемиологии. Проанализировав главное направление деятельности правительства в сфере здравоохранения – борьбу с эпидемиями (она, в основном, сводилась к принятию экстренных мер), авторы провели мысль о невозможности реализации необходимых планомерных государственных противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий в условиях существовавшего строя, отметили полное банкротство административных методов, слабость земских (и городских) санитарных организаций, которые не сумели решить вопрос медицинской помощи населению вследствие продворянской политики земств, ничтожно малых расходов на медицину и административного давления на органы самоуправления[2].

Б.П. Палкин[3] проанализировал подготовку медицинского персонала в XVIII в., первые шаги по созданию государственной системы здравоохранения, привел уникальные биографические сведения. В небольшой работе о С.С. Андреевском[4]– враче, талантливом организаторе и администраторе, рассмотрена роль Андреевского в подготовке реформы управления медицинским делом на рубеже XVIII –

---

[1] *Бейлихис Г.А.* Из истории борьбы за санитарную охрану труда в царской России. (Вопросы гигиены и охраны труда в дореволюционной большевистской печати. М.: Медгиз, 1957. 194 с. *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* История эпидемий в России. М.: Медгиз, 1960. 397 с.; *Заблудовский П.Е.* Развитие медицинской статистики. Исторический обзор. Лекция 2. Медицинская статистика в России в XVIII – XIX веках. М.: М-во здравоохранения СССР. Центральный институт усовершенствования врачей. 1974. 28 с.; *Зархин И.Б*. Очерки из истории отечественной фармации. М.: Медгиз, 1956. 127 с.; *Сегал А.Е.* Гриппозные заболевания и борьба с ними в России XVIII – начала XIX веков. // Клиническая медицина. 1950. Т. 28, №10. С. 80–83; *Сигал Б.С.* Первые медико-топографические описания в России. // Вопросы гигиены. работ. Труды Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института. Т.1. Вып. 1. Л., 1949. С. 175–207; *Слонимская И.А.* Участие передовых медицинских работников в революционном движении 1905 – 1907 гг. // Советское здравоохранение. 1955. №5. С. 40-44 и др.

[2] *Васильев К.Г., Сегал А.Е. Указ*. соч. С. 221-224, 274.

[3] *Палкин Б.Н.* Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М.: Медгиз, 1959. 272 с.

[4] *Палкин Б.Н.* С.С. Андреевский (1760 – 1818). М.: Медицина, 1986. 60 с.

XIX вв. Упразднение Медицинской коллегии и передачу медицинского дела в ведение Министерства внутренних дел (1803) автор расценил как разрушение складывавшейся на протяжении XVIII в. стройной системы организации управления медицинской помощи в стране[1].

Крупнейший советский психиатр Т.И. Юдин[2] проследил весь ход развития психиатрической помощи в России, при этом уделив значительное внимание земскому периоду. Рассмотрены достижения каждой из земских губерний с привлечением делопроизводственных документов земств и других материалов. Автор подчеркнул различия в подходах государства и земств к решению этой проблемы.

Политизированный подход к истории отечественного здравоохранения мешал серьезному объективному изучению государственной политики в сфере здравоохранения. Акцентировались негативные стороны в деятельности государства, почти полностью игнорировались положительные моменты. Слабо изучалась нормативно-правовая база здравоохранения, исключение составляло фабрично-заводское и страховое законодательство. К числу таких исключений принадлежит и обзорная статья Р.Я. Бенюмова «К истории медико-санитарного законодательства в России»[3], в которой автор, указывая на классовый характер медицинской помощи в России, отметил и положительное значение государственных медико-санитарных мероприятий. Внимание исследователей было сконцентрировано на общественной медицине (середина XIX – начало XX вв.). Предшествующий период практически оказался за пределами исследовательского интереса.

1950-е – 1980-е гг. характеризуются отказом от однозначно негативной оценки земской медицины. Последняя стала рассматриваться как прогрессивная форма организации медицинской помощи на селе в условиях капитализма, как явление самобытное, значительное и вместе с тем половинчатое, носившее реформистский характер. Роль земских врачей определялась в зависимости от их политической ориентации.

---

[1] Там же. С. 28.

[2] *Юдин Т.И.* Очерки истории отечественной психиатрии. Под ред Б.Д. Петрова. М.: Медгиз, 1951. 479 с.

[3] *Бенюмов Р.Я.* К истории медико-санитарного законодательства в России. // Врачебное дело. 1952. № 8. С. 749-751.

Подчеркивалась роль врачей-большевиков, сочетавших профессиональную медицинскую деятельность с политической борьбой.

Общее, что характеризует работы историков медицины советского периода, – признание антагонистического противоречия между общественно-экономическим строем царской России и здоровьем народа, видение сферы здравоохранения в качестве арены классовой борьбы. Методологическую базу исследований составляла формационная теория.

1.3. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОРЕВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА (КОНЕЦ XX – НАЧАЛО XXI ВВ.)

Повышение интереса к истории отечественного здравоохранения в 1980-е гг. связано, во-первых, с необходимостью пересмотра концепций советской историографии, отказа от идеологических штампов, в частности, в оценке земской медицины. Во-вторых – и это главное – поиски исследователей направляет востребованность прошлого опыта в решении одной из наиболее актуальных и острых социальных проблем современной России – создании системы здравоохранения адекватной возможностям медицинской науки и запросам общества. Острые дискуссии вызывали вопросы страховой медицины. Дореволюционный опыт финансирования и организации медицинской помощи рабочим оказался актуальным, однако объективная картина этого периода в развитии здравоохранения отсутствовала.

Поисками в прошлом ответов на актуальные вопросы дня сегодняшнего объясняется появление в 1990-е – 2000-е гг. работ, посвященных анализу политики российского государства в сфере охранения «народного здравия». Исследования охватили проблемы становления и развития системы здравоохранения и ее управленческих структур, правового обеспечения, практической деятельности центральных и местных органов государственной власти, органов местного самоуправления. Внимание к этой теме представляется своевременным и обоснованным, поскольку в отечественной историографии нет фундаментальных работ, которые бы

всесторонне рассматривали эволюцию государственной политики в данной области. Не снижается интерес к земской медицине.

Традиция навешивать на земскую медицину классовые «ярлыки» оказалась живучей. Так, волгоградский исследователь А.Г. Кацнельбоген, автор работ по истории общественной медицины, уже в конце 1980-х гг. утверждал, что земская медицина – «одна из форм здравоохранения самодержавно-помещичьей России», порождение прежде всего дворянского самоуправления, «помещичья» по своей сущности[1]. В этом видел автор главную особенность земской медицины. Вторую особенность определяли земские врачи, испытавшие на себе влияние демократических идей и «подталкивавшие» земства к развитию медицинской помощи.

Кацнельбоген исследовал общественную медицину как одну из форм общественного движения в решении вопросов здравоохранения[2], связал ее истоки с деятельностью М.В. Ломоносова и определил направления развития: охранительно-аристократическое (приказы общественного призрения) и оппозиционно-демократическое (Н.И. Новиков, А.Н. Радищев, декабристы)[3].

В небольшой по объему работе «История российской медицины»[4] В.О. Самойлов проследил основные тенденции становления и развития российской медицины от возникновения российского государства до 1917 г. Основное внимание Самойлов уделил центральным медицинским органам и столичным учреждениям, развитию научно-медицинских школ, ее выдающимся представителям, научно-медицинским обществам. Здравоохранение российской провинции обрисовано лишь в самых общих чертах. Дана краткая характеристика земской, городской и фабрично-заводской медицины. В отличие от многих исследователей Самойлов вы-

---

[1] *Кацнельбоген А.Г.* Общественная и земская медицина в 60-80-е гг. XIX века. // Клиническая медицина. 1988, №7. С. 148. Спустя 20 лет эту оценку дословно повторил Ю.Н. Малека (См.: *Малека Ю.Н., Захарян А.Г.* Система управления здравоохранением в Российском государстве (XVIII – начало XX веков). Пятигорск, 2008. С. 41-42).

[2] *Кацнельбоген А.Г.* Общественная медицина в России (вторая половина XVIII – начало XIX веков). Волгоград: «Перемена», 1994. 138 с.

[3] Там же. С. 134.

[4] *Самойлов В.О.* История российской медицины. М.: Эпидавр, 1997. 197 с. См. также: *Самойлов В.О.* Петр I и российская медицина: актовая речь, посвященная 300-летию Главного военного клинического госпиталя им. Н.И. Бурденко. М.: ГВКГ, 2008. 27 с.

соко оценил земскую медицину: «Несмотря на обилие препятствий, земства сделали очень много для народного здравоохранения»[1]. В доказательство этого тезиса автор привел данные об увеличении количества больниц и коек, фельдшерских пунктов, численности медицинского персонала к началу XX в. Не забыт автором и «подвиг самоотречения» земских врачей[2].

Углубленной разработкой проблем истории здравоохранения дореволюционного периода занимается отдел истории медицины и здравоохранения ННИИ ОЗ им. Н.А. Семашко. Исследователи поднимают широкий круг вопросов: государственная политика в области здравоохранения и управление медициной, приказы общественного призрения и учреждения приказов, научные медицинские общества и иные формы коллегиальной деятельности медицинских работников, благотворительность в сфере здравоохранения и др. Результаты исследований представлены в публикациях журнала «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины» и других изданий[3], в материалах ежегодных форумов, в частности, на симпозиуме «Развитие государственной медицины в России» (2003)[4] и др. Ответом на запросы времени стало проведение в 1989 г. симпозиума «Страховая медицина. История и современность», издание сборника статей и публикация библиографического указателя работ по теме[5].

В 2005 г. вышла фундаментальная работа заведующего отделом истории медицины и здравоохранения ННИИ ОЗ М.Б. Мирского «Медицина России X – XX

---

[1] Там же. С. 126.

[2] Там же. С. 128.

[3] *Гончарова С.Г., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В.* Становление приказной системы здравоохранения в России в XVIII веке. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 5. С. 59-61; *Егорышева И.В.* Управление здравоохранением в России в первой половине XIX века. // Там же. 2003. № 6. С. 46-49; *Егорышева И.В., Данилишина Е.И.* Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здравия в России. // Там же. 2001. № 1. С. 53-55; *Егорышева И.В., Шерстнева Е.В*. Проблемы управления больницами приказа общественного призрения. // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 4. С. 53-55; *Мирский М.Б., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В., Блохина Н.Н. и др.* Приказная медицина – важный этап в истории отечественного здравоохранения. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 5. С. 53-56 и др.

[4] Развитие государственной медицины в России: материалы симпозиума. Под ред. проф. *О.П. Щепина.* Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН. М.: ННИИ ОЗ РАМН, 2003. 169 с.

[5] Страховая медицина. История и современность. Сб. научных трудов. // ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. М.: ВНИИСГЭ, 1989. 205 с.; Страховая медицина. История и современность. Библиографический указатель. / ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. Сост. Н.П. Воскресенская и др. Под ред. М.Б. Мирского. М.: ВНИИСГЭ, 1990. 24 с.

веков: Очерки истории»[1]. В исследовании, охватившем тысячелетний период, написанном на основе широкого круга источников, значительное место занимают мало исследованные аспекты истории здравоохранения XVIII – начала XX вв.

М.Б. Мирский впервые в отечественной историографии новейшего времени подверг серьезному научному анализу процесс создания государственной системы управления медициной в XVIII в. и последующие в XIX в. реформы системы, роль приказов общественного призрения в развитии гражданского здравоохранения, «приказную медицину». Указывая на серьезные минусы в деятельности приказов – низкое качество медицинской помощи и ее фактическую недоступность для большей части населения, неудовлетворительное состояние лечебных учреждений, недостаток средств, постепенную бюрократизацию деятельности приказов и другие – Мирский вместе с тем рассматривал «приказную медицину» как важный этап в развитии здравоохранения России: главное достижение – создание сети лечебниц. Анализ деятельности государственных органов привел автора к выводу о том, что, стремясь преодолеть недостатки «приказной медицины», власти пошли по пути усиления администрирования и тем самым усугубили кризис всей системы.

Отдельный очерк посвящен земской медицине. Мирский признал эту форму медицинского обслуживания национальным достоянием России и, таким образом, «реабилитировал» земскую медицину. В числе ее замечательных нововведений автор отметил участковое обслуживание населения, бесплатность и общедоступность медицинской помощи, санитарно-профилактическое направление[2]. «Точкой» в дискуссии о значении земской медицины можно считать опубликованную в 2010 г. статью авторитетного специалиста Т.С. Сорокиной. «Опыт земской медицины, – пишет автор, – явился одним из величайших достижений российской общественной медицины. В наши дни он остается примером при разработке систем и программ здравоохранения, как в нашей стране, так и за рубежом»[3].

---

[1] *Мирский М.Б*. Медицина России X – XX веков: Очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. 631 с.
[2] Там же. С. 318.
[3] *Сорокина Т.С.* Земская медицина – приоритет России // Земский врач. 2010. №1. С.10 [Электронный ресурс]. URL: http://logospress-med.ru/data/zvrach/pdf_zvrach/pdf_zvrach_2010/zvr-nomer-1-2010.pdf (дата последнего обращения: 31.01. 2016)

Результаты работы над проблемами истории здравоохранения дореволюционной России отдела истории медицины и здравоохранения ННИИ ОЗ обобщены в коллективной монографии «История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.)»[1]. Авторы – М.В. Поддубный, И.В. Егорышева, Е.В. Шерстнева, Н.Н. Блохина и С.Г. Гончарова поставили задачу не только проследить весь ход развития здравоохранения вплоть до октября 1917 г., но и охватить все стороны процесса, хотя внимание авторов большей частью сосредоточено на здравоохранении Москвы, Петербурга и столичных губерний. Это практически первая работа такого рода. Основное место уделено периоду «приказной медицины» (1775 – 1864 гг.) и земскому периоду. Монография привлекательна комплексным подходом, включением малоизученных аспектов темы, таких как ведомственная медицина, городская и фабричная медицина, поиск путей реформирования здравоохранения в конце XIX – начале XX веков. Без идеологической предвзятости рассматриваются просчеты и достижения в решении важнейшей социальной проблемы.

Монография носит обзорный характер, в силу этого некоторые важные вопросы не получили достаточно глубокой проработки (нормативно-правовая база медицинской деятельности) или остались «за бортом» (проблема лекарственного обеспечения населения, медицинские кадры). Сужен круг источников: не включены богатейшие архивные фонды, в первую очередь, тех структур МВД (Медицинского департамента, Хозяйственного департамента), в ведении которых находилось здравоохранение, официальная статистика, нормативные документы (Устав врачебный, Устав о общественном призрении и др.).

Внимание историков медицины привлекают отдельные отрасли медицины и здравоохранения, история лечебных и образовательных учреждений, региональное здравоохранение, персоналии и другие темы. Работа Г.Л. Микиртичан и Р.В. Суворовой «История отечественной педиатрии»[2] посвящена становлению педиатрии

---

[1] История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / Под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. 244 с.; см. также: Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII – XIX вв. / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. М.: ННИИ ОЗ РАМН, 2012. 152 с.

[2] *Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В*. История отечественной педиатрии. СПб.: СПбГПМА, 1998. 155 с.

как самостоятельной отрасли медицины и развитию сети детских медицинских и социальных учреждений. Продолжается изучение аптечного дела и проблем обеспечения лекарственной помощью в XVII – начале XX вв. Важный вклад в разработку этой темы внес В.М. Сало[1]. В 2007 г. вышла в свет монография «История фармации в России»[2], в которой представлены основные результаты исследований Сало: анализ аптечного законодательства, развитие аптечной сети России, устройство и порядок деятельности аптек, земское аптечное дело, деятельность Российского фармацевтического общества, научные достижения в области фармации и др. Отдельные вопросы разрабатываются в диссертационных исследованиях[3].

Принципиально важно привлечение профессиональных историков к изучению проблем истории медицины и здравоохранения. Одной из первых к исследованиям в этой области подключилась Г.Н. Ульянова. В коллективной монографии Россия в начале XX века» ее перу принадлежит глава «Здравоохранение и медицина»[4]. Автор проанализировала причины высокой смертности в рассматриваемый период, дала краткий, но емкий разбор основных форм организации медицинской помощи – земской, городской и фабричной медицины, рассмотрела некоторые аспекты правового положения врачей. Более подробно Г.Н. Ульянова остановилась на роли благотворительности в организации медицинской помощи населению.

В течение короткого времени был опубликован ряд исследований, в которых разрабатывались вопросы государственной политики в сфере здравоохранения.

---

[1] *Сало В.М.* Устройство и оборудование аптек первой половины XIX в. // Фармация. 1974. № 6. С. 45-47; *Он же.* Деятельность земств по лекарственному обеспечению населения // Фармация. 1982. № 2. С. 61- 64; *Он же*. Аптечная реформа 1701 г. // Фармация. 1989. № 5. С. 88- 91; *Он же.* Состояние аптечной сети в России в первой половине XIX в. // Фармация. 1990. № 4. С. 89-92; *Он же.* Порядок открытия аптек и отпуска лекарств в первой половине XIX века // Фармация. 1992. № 1. С. 78-80; *Он же.* Аптечное законодательство в России в начале XX в., правила открытия аптек // Фармация. 1992. № 2. С. 77-79 и др.

[2] *Сало В.М.* История фармации в России. М.: Издательство «Литтерра», 2007. 256 с

[3] *Злодеева Е.Б.* Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России (конец XIX- начало XX вв.). Дисс. …канд. ист. наук. М., 2004. 292 с.; *Карпенко И.В.* Становление организации и тактики медицинской службы в России в 1620-1918 гг. Дисс. …канд. мед. наук. – М., 2008. 195 с.; *Коротеева Н.Н.* Становление и развитие российской фармации в XVI – начале XX вв. Дисс… докт.ист.наук. Курск, 2011. 486 с. и др.

[4] *Ульянова Г.Н.* Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века / Под ред. акад. А.Н. Яковлева. М.: Новый хронограф, 2002. С. 624-651.

В.Ю. Кузьмин поднял актуальную тему взаимодействия власти и общества в решении вопросов медицинского обеспечения населения[1]. В докторской диссертации «История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности (1864 – февраль 1917 гг.)» автор вышел за заявленные хронологические и тематические рамки, избрав отправной точкой своего исследования середину XVII в. – начальный период законотворческой деятельности государства по медицинской части, который он рассматривает как предысторию создания нормативно-правовой базы земской медицины и правового обеспечения медицинской деятельности. Рассмотрено медицинское законодательство – этот вопрос в отечественной историографии ранее практически не поднимался, роль медицинских общественных организаций (медицинских обществ, съездов) в формировании «облика» земской медицины, земская медицина мирного и военного времени, благотворительность как форма участия общества в решении проблем здравоохранения.

Через весь текст проходит центральная тема: роль власти и общества в создании системы здравоохранения и отношение власти к общественным инициативам в этой сфере. Связка «государство – общественное самоуправление» представлена на уровне «центральная власть – земство». Автор не ставит задачу анализа отношений на местном, губернском уровне: разделение функций между губернским правлением, включая медицинское отделение губернского правления – с одной стороны, земствами и городами – с другой в организации медицинской помощи и противоэпидемической деятельности. Не рассматривается влияние земско-медицинской общественности и медицинского сообщества в целом (давление «снизу») на модернизацию нормативно-правовой базы здравоохранения, в том числе аптечного законодательства и – главное – на поиск государством путей реформирования здравоохранения в конце XIX – начале XX вв.

Главный вывод В.Ю. Кузьмина – признание «достаточно эффективного руководства» формированием земской медицины со стороны государства и активной

---

[1] *Кузьмин В.Ю.* Земская медицина в России в мирное и военное время (1864 – 1917 гг.). Самара: Перун, 2000. 310 с.; *Он же.* Власть, общество и земская медицина (1864 – 1917 гг.). Самара: Издательство «Самарский Университет», 2003. 391 с.; *Он же.* История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности (1864 – февраль 1917 гг.). Дисс. … док. ист. наук. Оренбург, 2005. 512 с.;

роли общественности в этом процессе[1]. Первая часть тезиса спорна, данный вопрос рассматривается в третьей главе настоящего исследования.

Работа А.Н. Пищиты и Н.Г. Гончарова, посвященная историческим и организационно-правовым аспектам регулировании здравоохранения в России, охватывает весь период существования российской государственности, начиная со средних веков до настоящего времени. В книге содержится краткий обзор основных нормативно-законодательных актов и конкретных организационно-правовых форм управления здравоохранением[2].

Исследование нормативно-правовой базы медицинской деятельности, процесса формирования и развития системы органов управления здравоохранением в 1830–1917 гг. предпринято Н.И. Пристансковой[3]. Анализируя земский период, Пристанскова проследила роль земских учреждений (и отчасти городских самоуправлений) в организации медицинской помощи населению.

Ю.Н. Малека и А.Г. Захарян оценили деятельность государства по развитию системы управления здравоохранением в XVIII – начале XX вв. как систематическую, скоординированную с общественными организациями и органами местного самоуправления работу, направленную на обеспечение всех граждан общедоступной, квалифицированной медицинской помощью[4]. Этот вывод не выдерживает критики, что мы постараемся доказать в ходе нашего исследования.

Принципиально важной для целей нашего исследования является статья А.Р. Соколова «Приказы общественного призрения: история полувековой деградации»[5]. Автор отследил процесс превращения приказов – органов государственной и общественной благотворительности, первоначально пользовавшихся доверием

---

[1] *Кузьмин В.Ю.* История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности (1864 – февраль 1917 гг.). Дисс. … док. ист. наук. С. 449-450.

[2] *Пищита А.Н., Гончаров Н.Г.* Эволюция правового регулирования здравоохранения в России. М.: ЦКБ РАН, 2007. 131 с.

[3] *Пристанскова Н.И.* Правовое регулирование врачебно-санитарной деятельности в Российской империи (XIX – начало XX вв.). СПб., 2007. 171 с.;

[4] *Малека Ю.Н., Захарян А.Г.* Система управления здравоохранением в российском государстве (XVIII – начало XX веков. Пятигорск, 2008. С. 42.

[5] *Соколов А.Р.* Приказы общественного призрения: история полувековой деградации. // Клио. СПб.: Нестор. 2003. №3 (22). С. 132-142.

общества (это доказывалось многочисленными пожертвованиями на нужды медицинских, богоугодных и просветительных учреждений), в кредитно-финансовые структуры и противодействие этому процессу со стороны государства путем жесткого регламентирования их деятельности и полного подчинения МВД, что привело к потере самостоятельности и изменению самой природы этих учреждений.

Некоторые аспекты формирования профессионально-социальной группы медиков затронуты в исследованиях по социальной истории России, опубликованных в советский и постсоветский период[1]. Анализу сословного состава и профессионального и служебного статуса врачей в XIX в. уделил внимание И.В. Зимин[2]. В коллективной работе Е.А. Вишленковой, С.Ю. Малышевой и А.А. Сальниковой в рамках истории повседневности на материале Казанского университета реконструирована история университетской корпорации, ее традиции, культура, стиль и качество жизни студента и преподавателя[3]. Вопросам формирования врачебного сообщества посвящены статьи Е.А. Вишленковой[4]. В целом, к настоящему времени тема остается слабо изученной.

Начиная со второй половины XX в., внимание исследователей стала привлекать региональная история здравоохранения. Количество исследований особенно возросло в постсоветский период в связи с общим повышением интереса к краеведению, при этом внимание уделялось почти исключительно земской медицине[5].

---

[1] *Лейкина-Свирская В.Р.* Интеллигенция в России во второй половине XIX в. М., 1971. 368 с.; *Она же.* Русская интеллигенция в 1900 – 1017 гг. М., 1981. 285 с. *Булгакова Л.А.* Интеллигенция в России во второй четверти XIX века. Л., 1983. 26 с.; *Иванова Н.А.*, *Желтова В.П.* Сословное общество Российской империи (XVIII – начало XX века). М.: Новый хронограф, 2009. 741 с.

[2] *Зимин И.В.* Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). СПб., 2004. 367 с.; *Он же.* Медицинская интеллигенция в сословной структуре Российской империи XIX века // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 6. С. 49-51 и др.

[3] *Вишленкова Е.А., Малышева С.Ю., Сальникова А.А.* Terra Universitatis. Два века университетской культуры в Казани. Казань, 2005. 500 с.

[4] *Вишленкова Е.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя государства (Россия, первая половина XIX века) // Ab Imperio. 2011. №2. С. 47-79; *Гатина З.С., Вишленкова Е.А.* Система научной аттестации в медицине в России в первой половине XIX в. // Вестник СПбУКИ. 2014. №1 (18). С. 168-178.

[5] *Федотов Н.П., Мендрина Г.И.* Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1975. 260 с.; *Низамова М.С.* Казанское земство в конце XIX-начале XX вв. – местное самоуправление и земское общественное движение. Дисс. … канд. ист. наук. Казань, 1995. 198 с.; *Арутюнов Ю.А.* Земская медицина в Московской губернии во второй половине XIX - начале XX вв. Дисс …канд. ист. наук. – М., 2000. 247 с.; *Гончарова О.А.* История становления и развития системы здравоохранения в Горном Алтае в XIX-XX вв. Дисс … докт. ист. наук. – Томск, 2002. 459 с.; *Истомина С.Ю.* Земское здравоохранение в Тамбовской губернии (1864-1918 гг.). Дисс …

Начало изучения истории здравоохранения Верхневолжского региона было положено еще в последней четверти XIX в.[1] Из работ, вышедших в советский период, необходимо отметить «Материалы научной конференции, посвященной 100-летию первого съезда земских врачей Тверской губернии»[2]. В сборнике при участии Б.Д. Петрова, Ю.П. Лисицына, М.М. Левит и других известных историков медицины рассмотрена роль съездов земских врачей в решении вопросов медицинского обеспечения населения, участие медицинского персонала, включая женщин-врачей в революционной деятельности. В книге профессора Ярославского государственного медицинского института В.И. Беляева[3] дан краткий обзор здравоохранения Ярославского края со времени открытия учреждений приказа общественного призрения, значительное внимание уделено земскому периоду.

В XXI в. опубликованы популярные работы по истории здравоохранения Ярославского края[4]. Научный интерес представляет работа Б.Р. Лозинского «Вопросы народного здравия в изданиях Ярославского Губернского земства (1865 – 1917)»: в ней собраны сведения о публикациях материалов по вопросам земской медицины в «Вестнике Ярославского земства» и приложениях к этому изданию[5].

канд. ист. наук. Тамбов, 2003. 167 с.; *Шестова Т.Ю*. Становление и развитие здравоохранения на Урале в XVIII - начале XX вв. (на материалах Вятской, Пермской, Оренбургской губерний). Дисс … докт. ист. наук. – Курган, 2005. 488 с.; *Третьяк А.С*. История земской медицины и ветеринарии в Центральном Черноземье: 1865-1914 гг. Дисс … канд. ист. наук. – Курск, 2009. 221 с.; *Краснобородько К.А.* Становление и развитие земской медицины в Курской губернии в середине XIX – начале XX вв. Дисс. …канд. ист. наук. – Курск, 2011. 226 с.; *Шуляк Е.В.* Земская медицина и ветеринария в Уфимской губернии (1875-1914). Автореферат дисс… канд. ист. наук. Тюмень, 2014. 26 с. и др.

[1] *Невский М.А.* Очерк медицинской части Костромской губернии (по результатам осмотра медицинской части). Кострома: Губернская типография, 1879. 180, 14 с.; *Корженевский С.Н.* Земская медицина в Тверской губернии. Тверь: типо-лит. Н.М. Родионова, 1903. 162 с.; *.Липинский М.А.* Холерные эпидемии в Ярославской губернии (1830-1872). Ярославль, 1885; *Сычугов С.И.* Деятельность Владимирского губернского земства по обеспечению народного здравия. Владимир: Губернская земская управа, 1888. 61 с.; Исторический очерк Ярославской губернской земской фельдшерской школы по поводу 25-летия ее существования. Ярославль: Губернская земская управа, 1898. 21 с.; *Голосов А.А*. 50-летний юбилей общества Ярославских врачей и волжской лечебницы (1861-1911. Ярославль, 1913. 86 с. и др.

[2] Материалы научной конференции, посвященной 100-летию первого съезда земских врачей Тверской губернии. Калинин: Минздрав РСФСР, Московский медицинский стоматологический институт, 1971. 103 с.

[3] *Беляев В.И.* Здравоохранение Ярославля в прошлом и настоящем. Ярославль, 1961. 138 с.

[4] 225 лет на благо здоровью. История ярославского здравоохранения за 225 лет / Под ред. *В.Н. Осинцева*. Ярославль: «Полиграфия», 2003. 71 с.; *Колодин Н.Н.* Ярославские эскулапы. В 3 т. Ярославль, 2008–2010; *Лозинский Б.Р.* Съезды земских врачей Ярославской губернии. Ярославль, 2002. 190 с.; *Он же.* Земская медицина в уездах Ярославской губернии. Ч. 1-2. Ярославль, 2003-2005; *Он же.* Ярославская губернская земская больница. Ярославль, 2005. 180 с. и др.

[5] *Лозинский Б.Р.* Вопросы народного здравия в изданиях Ярославского Губернского земства (1865 – 1917). Ярославль, 2009. 287 с.

В монографии Т.И. Волковой «Российское земство и социокультурная модернизация страны в начале XX века (по материалам губерний Центральной России)»[1]. В отдельной главе рассматривается земская модель организации медицинской помощи населению региона (с. 74–123). Автор акцентировала внимание на роли земств в решении комплексной задачи – социально-культурной модернизации страны, на формировании в массовом сознании позитивного «образа» рациональной медицины и отношения к здоровью как к ценности.

В работе коллектива ивановских исследователей О.В. Тюриной, К.Е. Балдина, Е.К. Баклушиной и др.[2] на основе архивных данных рассмотрены основные этапы развития здравоохранения Иваново-Вознесенска, начиная со второй половины XIX в. до настоящего времени. В первой главе, охватывающей интересующий нас период, реконструирована история лечебных учреждений Иваново-Вознесенского промышленного района: становление городской и фабрично-заводской медицины, роль частной благотворительности.

Ряд работ посвящен вопросам развития здравоохранения Тверской, Владимирской и Костромской губерний[3].

Отечественная историография конца XX – начала XXI вв. – взгляд на дореволюционное здравоохранение со значительной исторической дистанции. Усилия современных исследователей сконцентрированы на ликвидации остающихся «белых пятен», обобщении полученных результатов, поиске и включении в научный оборот новых источников, прежде всего официальных документов, архивных материалов и мемуарной литературы. Рассматривая историю здравоохранения в дореволюционный период, как в региональном, так и в общероссийском измерении,

---

[1] *Волкова Т.И.* Российское земство и социокультурная модернизация страны в начале XX века (по материалам губерний Центральной России). Ярославль: Издательское бюро «ВНД», 2012. 228 с. См. также: *Волкова Т.И.* Становление и развитие земского здравоохранения в Ярославской губернии (1865 – 1917 гг.). Ярославль: ООО «Лия», 2001. 128 с.

[2] *Тюрина О.В., Балдин К.Е., Баклушина Е.К., Кашманова Г.Н., Поляков Б.А., Околотин В.С., Корсун В.П.* История здравоохранения Ивановской области. Иваново: ИвГМА, 2011. 207 с.

[3] *Корсун В.П.* Развитие земской медицины и ветеринарии в конце XIX – начале XX вв.: на материалах Владимирской и Костромской губерний. Дисс… канд.ист.наук. Иваново, 2007. 243 с.; *Куковякин С.А.* Земская медицина Вятской и других северных губерний Европейской России. Киров: «Вятка», 1998. 208 с.; *Фролова И.А.* Русская общественная медицина. Земская медицина в России и в Тверской губернии. Тверь: Губернская медицина,1999. 80 с.; *Жданов Г.Н.* История медицины Зубцовского края. Зубцов, 2009. 147 с. *Ильин А.И.* Успеть увидеть прошлое. Из истории здравоохранения владимирского края. Владимир: изд-во ИП Журавлева, 2009. 155 с. и др.

исследователи, в основном, концентрируют внимание на земском здравоохранении. Господствовавшие в советское время оценки подверглись пересмотру. Новый концептуальный подход проявился в признании земской медицины в качестве оригинальной формы медицинского обслуживания и ее важной роли в социально-культурной модернизации российского общества. Возрос интерес к исследованию государственной политики, хотя к настоящему времени этот аспект слабо изучен. Опубликованы первые комплексные исследования дореволюционного здравоохранения. Доминирующие позиции в историографии по-прежнему занимает формационная теория, но появляются работы, написанные в русле антропологически ориентированной истории (исследования Г.Н. Ульяновой, авторского коллектива под руководством К.Е. Балдина и др.).

При анализе государственной политики и деятельности общественных самоуправлений в сфере здравоохранения мы опирались на исследования специалистов по истории земства[1] и истории государственных учреждении дореволюционной России[2].

1.4. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДОРЕВОЛЮЦОННОЙ РОССИИ В ЗАРУБЕЖНОЙ ИСТОРИОГРАФИИ

Зарубежные исследователи до настоящего времени не проявили заметного интереса к истории медицины и здравоохранения дореволюционной России как таковой. В общих трудах, изданных в разное время, рассматривались достижения в области теоретической и практической медицины, охраны здоровья населения в

---

[1] *Богатырева О.Н.* Губернская администрация и земское самоуправление. Вторая половина XIX – начало XX века // Вопросы истории. 2004. № 8. С. 99–112; *Жукова Л.А.* Земское самоуправление и бюрократия в России: конфликты и сотрудничество. 1864-1917 гг. М.: Хронограф, 1998. 180 с.; *Лаптева Л.Е.* Земские учреждения в России. М., 1993. 132 с.; *Она же.* Принципы организации местного самоуправления в Российской империи // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2003. № 1 (194). С. 96-127. [Электронный ресурс]. URL: http://council.gov.ru/activity/analytics/analytical_bulletins/25564; *Лаптева Л.Е. Шутов А.Ю.* Из истории земского, городского и сословного самоуправления в России. М.: Издательство РАГС, 1999. 320 с.

[2] *Ерошкин Н.П.* Государственные учреждения России в дореформенный период. 5-е изд. доп. М.: РГГУ, 2008. 672 [33] с. *Он же.* Местные государственные учреждения дореформенной России (1800 – 1860 гг.). Учебное пособие. М.: МГИАИ, 1985. 98 с.

странах Западной Европы и США, о России речь шла лишь в связи с именами Н.И. Пирогова, И.И. Мечникова и И.П. Павлова[1].

Редактор «Оксфордского справочника по истории медицины»[2] Майкл Джексон отмечал ориентацию исследователей преимущественно на изучение медицинской традиции стран Запада. Одной из задач редактируемого им издания М. Джексон считал «инициирование исследований истории медицины регионов, слабо представленных в современной историографии»[3], в частности, Восточной Европы. На решение этой задачи нацелена небольшая глава «История медицины в Восточной Европе, включая Россию», написанная Мариусом Турда (M. Turda)[4].

М. Турда обозначил общие контуры охвата национальными научными сообществами круга вопросов истории медицины России/СССР и бывших стран социалистического содружества, уделяя последним основное внимание. Турда отметил направленность современных, освобожденных от идеологического диктата исследований как на изучение малоизвестных страниц национальной истории, так и на широкое обсуждение вопросов истории медицины в целом[5].

В фундаментальном исследовании эпидемии чумы в России XVIII в. Джона Т. Александера (J.T. Alexander), профессора Канзасского университета[6], значительное место отведено истории становления здравоохранения России. Прослежен курс государственной политики и определявшие его факторы (необходимость обеспечения медицинской помощью армии и флота и борьбы с эпидемиями), организация управления здравоохранением, причем отмечено отсутствие нормативно-правовой базы деятельности властных органов. Приведены данные об изменении численности, национальном составе, профессиональном и служебном статусе врачей.

---

[1] См., например: Castiglioni A. A history of Medicine. N.Y., 1941. 1013, XLI pp.; Major R.H. A history of Medicine. Vol. 1-2. Oxford, 1954; King L.S. The Medical World of the eighteenth century. Chicago, 1958. 346 pp.; Green R., ed. History of Medicine. N.Y., 1988; Porter R., ed. The Cambridge History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 416 pp.

[2] The Oxford Handbook of the History of Medicine. Ed. by M. Jackson. Oxford: Oxford University Press, 2013.

[3] Ibid. P. 14.

[4] Turda M. History of Medicine in Eastern Europe, Including Russia. The Oxford Handbook of the History of Medicine. P. 208-224.

[5] Ibid. P. 209.

[6] Alexander J.T. Bubonic Plague in early modern Russia: Public Health and Urban Disaster. Oxford: Oxford University Press, 2003. 387 pp.

Монография написана с привлечением широкого круга источников, в том числе архивных материалов, работ выдающихся представителей медицины, общественных и политических деятелей России XVIII в. (Екатерины II, Н.Л. Бидлоо, А.Ф. Шафонского, А.Т. Болотова и др.).

Автор изучил процесс создания Медицинской коллегии (1763), ее структуру, персональный состав, задачи, которые ставились Екатериной II перед новым органом. Александер пришел к заключению, что, вопреки надеждам императрицы, «Медицинская коллегия не выработала ни устойчивой политики, ни эффективного управления» сферой здравоохранения. В числе причин указываются конфликты между руководством и членами Коллегии – иностранцами (первый русский в составе Коллегии появился в 1785 г.), недостаток средств. «Серьезные проблемы, стоявшие перед медициной империи не могли быть разрешены только методами административной реформы»[1], – резюмирует исследователь, связывая неудачи в этой области с низким уровнем социального и культурного развития общества.

В большей степени внимание зарубежных специалистов привлекают процессы, происходившие в общественно-политической жизни во второй половине XIX – начале XX вв., участником которых была и медицинская интеллигенция. Эти процессы рассматриваются в русле модернизационной парадигмы.

Нэнси М. Фриден (N.M. Frieden) в монографии «Русские врачи в эпоху реформ и революции. 1856 – 1905»[2], используя материалы архивных документов и периодические издания, проанализировала эволюцию медицинского сообщества, процесс формирования корпоративного сознания, изменение социальных ролей врачей, рост их авторитета в контексте общественно-политического развития во второй половине XIX – начале XX вв. Поскольку в силу экономической необходимости большинство врачей служили, врач в России представлял собой тип государственного служащего.

---

[1] Ibid. P. 45.

[2] Frieden N. Russian Physicians in an Age of Reform and Revolution. 1856-1905. Princeton: Princeton University Press, 1981. 379 pp.

В условиях жесткого государственного контроля, как отмечает автор, российские врачи, в отличие от своих западных коллег, к середине XIX в. не получили автономии в сфере профессиональной деятельности и определенного юридического статуса. Именно этим обстоятельством Фриден объясняет общественную позицию медицинского сообщества: «поскольку они [врачи – *Е.С.*] не могли воспроизводить более привычные модели профессиональной реализации (в решении вопросов лицензирования медицинской практики, врачебной этики, образования, занятости, профессионального объединения) они сделали акцент на социальную активность»[1]. С этим утверждением трудно согласиться: идеи общественного служения были близки врачам уже в XVIII в. Эта важнейшая компонента самосознания имманентно присуща российской интеллигенции.

Голод и эпидемия холеры в 1890-е гг. привели, по мнению американской исследовательницы к усилению внимания медицинского сообщества к социальным проблемам[2]. Вклад врачей в общее благосостояние – запуск программы сельского здравоохранения (имеются в виду важное достижение в развитии земской медицины – создание сети сельских больниц).

Н. Фриден, отслеживая политизацию медицинской интеллигенции (в частности, Пироговского общества) по мере нарастания политического кризиса в России, отмечает приверженность медиков пути реформ. Даже на пике революционных событий 1905 г., пишет автор, большинство земских врачей занимало умеренные позиции: они предъявляли требования улучшения санитарных условий фабричного труда, в школе, на селе, оздоровления городов[3].

1905 г. положил конец надеждам на конституционное развитие общества, что, по мнению автора, оказало негативное воздействие на медицинское сообщество. Отмечается деморализация во врачебной среде, потеря Пироговским обществом своего влияния, кризис земской медицины[4].

---

[1] Ibid. P. 314.
[2] Ibid. P. 180.
[3] Ibid. P. 316.
[4] Ibid. P. 320.

Доведя исследование до конца первого десятилетия XX в., Н. Фриден не включила в сферу своего внимания 1910-е гг., когда земская медицина получила импульс для дальнейшего развития, когда врачи и представители среднего медицинского персонала демонстрировали сознание своего гражданского долга в рядах общественных организаций и политических партий.

Джон. Ф. Хатчинсон (J.F. Hutchinson) посвятил свою работу «Политика и общественное здоровье в революционной России. 1890 – 1918»[1] проблеме реформирования системы здравоохранения в общем контексте модернизации страны. Источниковая база исследования включает официальные документы, периодику, в том числе медицинские издания, труды Пироговских съездов, мемуары, публицистику (произведения П.Н. Милюкова, В.В. Шульгина и др.). В монографии критически оценивается рутинная бюрократия, правовая неразбериха и дублирование в деятельности органов медицинского управления, что, как замечает автор, характерно для царской администрации. Хатчинсон высоко оценил «смелые инициативы» земств и городов, много сделавших для улучшения доступного для населения медицинского обслуживания, но эти достижения были неравномерны и не распространялись на большую часть России, к тому же возможности молодых органов самоуправления были ограничены центральной властью[2].

Значительное внимание уделил Хатчинсон медицинской интеллигенции (главы 2 и 3): отметил ее зависимость от государства, отсутствие защищающей ее права легальной организации, распространение в среде врачей-общественников, возглавляемых Пироговским обществом, оппозиционных царскому режиму настроений и революционных идей, размежевание по вопросу о путях развития здравоохранения.

Автор проанализировал точку зрения «традиционалистов» – земских врачей, призывавших возродить идеалы земской медицины 1860-х гг. и не признававших

[1] Hutchinson J.F. Politics and Public Health in Revolutionary Russia. 1890-1918. The John Hopkins University Press. Baltimore & London. 1990. 253 pp.
[2] Ibid. P. 197.

за правительством значительной роли в решении проблем здравоохранения. Отдавая должное стремлению врачей-общественников к обновлению России, Хатчинсон расценивает эти призывы как «популистский энтузиазм», который не соответствовал духу модернизации, не учитывал достижения и инновации в области здравоохранения: развития специализации в медицине, организации больничных касс с участием рабочих, внедрения новых технологий оздоровления городов[1]. Исследователь обращает внимание на растущее признание роли государства в деле охраны здоровья на Западе, поэтому одобрительно отзывается о работе правительственной комиссии Г.Е. Рейна, которая подготовила создание централизованного министерства здравоохранения[2].

Н.М. Фриден и Дж.Т. Хатчинсон убедительно доказали, что гигиена как область медицинских знаний и идеи охраны здоровья населения оказали влияние на формирование российской медицинской культуры. Ее важной составляющей была традиция общественной (земской) медицины. Врачи, опираясь на свои знания и опыт, ставили на повестку дня как медицинские, так и социальные проблемы, но их деятельность сковывалась социально-политическими условиями России.

* * *

Обзор историографии показал неравномерность изученности различных аспектов темы. Длительное время здравоохранение считалось «заповедной зоной» специалистов с медицинским образованием. Преимущественным вниманием исследователей пользовалась земская медицина, причем подходы к ее анализу и оценке диктовались политическими и идеологическими соображениями. Оставались в тени другие формы медицинского обслуживания населения, в первую очередь городская и фабричная медицина. Односторонне освещалась деятельность государства в сфере здравоохранения. Фрагментарно рассматривались вопросы положения медицинских работников в социально-экономической сфере. Отсутствовал комплексный подход.

---

[1] Ibid. P. 50, 77, 199.

[2] Ibid. P. 107. Комиссия под председательством академика Г.Е. Рейна (1912-1916) занималась вопросами пересмотра санитарного законодательства и подготовкой реформы здравоохранения.

Сегодня история здравоохранения не воспринимается как область узкокорпоративных интересов медицинских работников, это – неотъемлемая составляющая политической, социальной и культурной жизни общества. К ее изучению подключаются профессиональные историки (И.В. Зимин, В.Ю. Кузьмин, Г.Н. Ульянова и др.), что способствует повышению качества исследований, открывает возможности новых методологических подходов.

Углубленное внимание проявляется к всестороннему взвешенному анализу государственной политики в сфере здравоохранения, роли органов общественного самоуправления и частных лиц как единиц социума в разработке теоретических и решении практических вопросов здравоохранения.

Обозначился переход от нарративной истории к анализу социальных и культурологических аспектов, прежде всего в русле «новой социальной истории». Это открывает возможности дальнейшего расширения тематических горизонтов, в частности, перспективным представляется анализ взаимоотношений власти и общественных институтов, том числе врачебных обществ в решении вопросов здравоохранения; изучение процесса формирования медицинского сообщества (включая корпус среднего медицинского и фармацевтического персонала), развитие самосознания и политическое самоопределение медиков; исследование изменений социальной среды в ходе модернизации: появление новых ценностных ориентаций и освоение новых поведенческих практик, связанных с пониманием значимости здоровья и признанием рациональной медицины.

1.5. ИСТОЧНИКОВАЯ БАЗА ИССЛЕДОВАНИЯ

Источниковая база диссертационного исследования сформировалась в процессе изучения широкого круга опубликованных и неопубликованных документов, периодических изданий и иных материалов. При этом учитывалось, что источник является не только носителем информации непосредственно по теме исследования,

но и содержит скрытую информацию об общекультурном контексте, в котором развиваются события, в который «вписываются» те или иные нововведения, о степени их востребованности обществом.

Первая группа источников – опубликованные официальные документы.

Медицинская деятельность детально регламентировалась. В Полном собрании законов Российской империи[1] представлены законодательные акты: указы (именные, объявленные из Сената, сенатские), высочайше утвержденные мнения Государственного Совета, устанавливающие новые учреждения в сфере здравоохранения, определяющие их функции, структуру, штаты, принципы деятельности. Таковы, например, именной указ от 12 ноября 1763 г. «Об учреждении Коллегии Медицинского факультета с разделением оной на два Департамента и о бытии оной в особливом ведении Ея Императорского Величества»[2], высочайше утвержденное мнение Государственного Совета «О штате врачебных отделений губернских правлений» от 14 октября 1869 г.[3] В разъяснение практики применения закона издавались правила, положения, уставы и др., как, например, «Правила испытания врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок» от 18 декабря 1845 г.[4]

Важнейшие правоприменительные акты второй половины XVIII в. – Инструкция Медицинской коллегии, аптекарская такса, первые уставы для медиков и Инструкция для врачебных управ – вышли отдельными изданиями[5].

Медицинское законодательство, основы которого были заложены в XVIII в., совершенствовалось в соответствии с уровнем развития медицины, социально-политическим, культурным развитием страны в целом. В течение первой половины

---

[1] Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое (1649 – 1825) (ПСЗРИ – 1). СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830; Собрание второе (1825 – 1881) (ПСЗРИ – 2). СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830 – 1884; Собрание третье (1881 – 1913) (ПСЗРИ – 3). СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1885 – 1916.

[2] ПСЗРИ – 1. Т. XVI. № 11964.

[3] ПСЗРИ – 2. Т. XXXXIV, ч.2. СПб., 1873. № 47511.

[4] ПСЗРИ – 2. Т. XX, ч.2. СПб., 1846. № 19529.

[5] Медицинская коллегия. Инструкция Коллегии медицинской. Утверждена ноября 12 дня 1763 года. СПб., 1763; Оценка лекарствам. При том: Устав аптекарский. Устав повивальным бабкам. Устав о должной плате медицинским чинам. СПб., 1789. б/с; Инструкция о должностях медицинских чинов, Медицинской коллегией сочиненная. СПб., 1797. 18 с.

XIX в. юридическая база медицинской деятельности и здравоохранения постепенно обретала четкие формы. Ее совершенствование привело к кодификации правовых норм в Уставе о общественном призрении и Уставе врачебном издания 1857, 1892 и 1905 гг., включенных в Свод законов Российской империи[1].

Устав о общественном призрении регламентировал деятельность приказов общественного призрения и благотворительных учреждений, находящихся в непосредственном заведовании министра внутренних дел. Устав врачебный определял порядок местного медицинского управления, аптечной деятельности, обязанности медицинского персонала, регулировал работу медицинских учреждений приказов, учреждений других ведомств и территорий, находящихся под особым управлением. В Устав редакции 1892 и 1905 гг. включены нормативы работы лечебных учреждений местных самоуправлений (земских и городских) – по положению они были приравнены к государственным лечебным учреждениям, а также частных заведений. В особый раздел выделено управление сельской врачебной частью губерний, в которых не было введено земское положение.

С 1863 г. законы по мере их поступления в Сенат публиковались в «Собрании узаконений и распоряжений правительства, издаваемом при Правительствующем Сенате»[2], в том числе документы, касающиеся деятельности земств в сфере здравоохранения, правила проведения противоэпидемических мероприятий. Особую значимость имеет постановление Комитета Министров 1866 г. «Об устройстве при фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений»[3], не кодифицированное и не вошедшее в Полное собрание законов Российской империи.

---

[1] Уставы о общественном призрении. Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части. // Свод Законов Российской империи. Т. XIII. СПб.: Тип. Второго Отделения Собственной Е.И.В. Канцелярии, 1857. С. 1–294, 1–387; Устав о общественном призрении. Устав врачебный. // Свод Законов Российской империи. Т. XIII. СПб.: Издание Кодификационного отдела при Государственном Совете, 1892. С. 1–192, 1–347; Устав о общественном призрении. Устав врачебный. // Свод законов Российской империи. Т. XIII. СПб.: Государственная типография, 1905. С. 1–349.

[2] Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемом при Правительствующем Сенате. СПб.: Типография правительствующего Сената. 1863 – 1917.

[3] Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемом при Правительствующем Сенате. 1887. Первое полугодие. СПб., 1887. Ст. 126. С. 212.

В настоящем исследовании использованы тематические сборники законодательных актов, относящихся к медицинской деятельности и здравоохранению, дополненные правительственными распоряжениями, инструкциями и др.[1] Доктор медицины П.Ф. Крамер свел воедино и опубликовал инструкции к правилам санитарного надзора за речным судоходством (13.07.1890), дополнительные наставления и правила, сопроводив их собственным предисловием[2].

Большую ценность представляет сборник «Врачебно-санитарное законодательство в России», подготовленный специалистом в области медицинского законодательства, делопроизводителем Управления Главного Врачебного Инспектора МВД Н.Г. Фрейбергом[3]. Законодательные акты дополнены правительственными распоряжениями и важными для понимания этих документов комментариями.

Медицинское законодательство обеспечивало правовую базу гражданской отрасли здравоохранения – государственной, общественной (земской, городской) и частной медицинской помощи: определяло структуру управления медицинским делом на общероссийском и региональном уровнях; правовую основу деятельности медицинской администрации, медицинских учреждений и медицинского персонала; его профессиональный, служебный и социальный статус, материальное обеспечение; регламентировало взаимные отношения между медицинской администрацией, общественными самоуправлениями, медицинскими работниками.

---

[1] Собрание российских законов о медицинском управлении с присовокуплением во-первых, краткого устройства в России врачебной части, и во-вторых, постановлений правительства по предмету наук медицинской, фармацевтической, ветеринарной и принадлежащих к ним судной медицины и полиции медицинской. С 1640 по 1826 г. вкл. Сост. служащий Лейб-гвардии и Уланском полку, 8-го класса д-р мед. Е. Петров. Ч. 1-3. Ч. 1. С 1640 по 1730 годы. СПб.: Тип. Правительствующего Сената. 1826. XXXIV, XXX, 378 с.; Сборник законоположений для врачей, ветеринаров, фармацевтов, акушерок и фельдшеров. Вып. 1–2 / Сост. П. Илинский. СПб., 1887; Устав медицинской полиции / Сост. А.Е. Рябченко. Издание неофициальное. СПб.: тип А.С. Суворина, 1892. 511 с.; Устав Врачебный. Издания 1905 г. и по продолжении 1912 и 1913 гг. и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненные постатейными разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями / Сост. Л.А. Колычев. Изд. неофициальное. Пг.: Издательство юридического книжного магазина В.П. Анисимова, 1915. 658 с.; Устройство общественного призрения в России. (Составлено в Хозяйственном Департаменте Министерства внутренних дел). // Государственный Совет. Департамент Законов. Материалы. Т. 25.Часть 2 (1863). Д.5. СПб. 1863. 56 с.

[2] *Крамер П.Ф.* Противохолерные мероприятия, выработанные Медицинским департаментом Министерства внутренних дел. Астрахань: «Астраханский вестник». 1892. 23 с.

[3] Врачебно-санитарное законодательство в России. 2-е переработанное и дополненное издание / Сост. Н.Г. Фрейберг. СПб.: «Право», 1908. 608 с.; *Н.Г. Фрейберг.* Врачебно-санитарное законодательство в России. Вып. 2-ой (дополнение к изданию 1908 года). СПб.: «Право», 1910. 96 с.

Законодательная деятельность государства позволяет прояснить ряд важных вопросов, в частности, степень заинтересованности властей в создании эффективной системы медицинской помощи населению, отношение к активности земств и городских самоуправлений в сфере здравоохранения, степень подготовленности общества к проведению лечебных, санитарно-профилактических, противоэпидемических и иных мероприятий.

Распоряжения правительства, нормативные акты, правила, инструкции и другие документы, отражающие государственную политику в сфере здравоохранения, опубликованы в ведомственных изданиях[1]. По приказанию министра внутренних дел составлен «Сборник циркуляров и инструкций Министерства Внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 года»[2]. В первом томе помещены распоряжения, относящиеся к устройству присутственных мест и обязанностей должностных лиц, в том числе в сфере общественного призрения. В шестой том включены распоряжения, инструкции и циркуляры по приказам общественного призрения, касающиеся делопроизводства приказов и подведомственных учреждений, имущества, капиталов устройства и работы больниц, фельдшерских школ, установления платы за лечение и др. В приложении даны штатные расписания канцелярий и заведений приказов по губерниям, Устав лечебных учреждений гражданского ведомства (1851). Седьмой том содержит нормативно-распорядительные акты по врачебной части, касающиеся деятельности врачебных управ, работы больниц, аптек, медицинского персонала.

Значительное количество нормативно-распорядительных документов содержится в архивных источниках: указы, циркуляры, формы отчетности, штатные рас-

---

[1] Журналы особых совещаний, происходивших при Медицинском Департаменте с 21 по 30 апреля 1886 г. СПб., 1886; Памятная книжка для медицинских чиновников на 1863 год. Медицинский департамент военного министерства. СПб., 1863–1864.

[2] Сборник циркуляров и инструкций Министерства Внутренних Дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 года. Т. 1–8. . Т. 1. Ч. 1. Распоряжения, относящиеся до благоустройства присутственных мест и обязанностей должностных лиц ведомства Министерства внутренних дел. СПб.: Министерство Внутренних Дел, 1854. 320 (656) с.; Т. 6. Ч. XII. Распоряжения, относящиеся до общественного призрения. СПб.: Министерство Внутренних Дел, 1857. 257 (680, 56) с.; Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. СПб.: Министерство Внутренних дел, 1858. 315 (255, 73) с.

писания и др. Эти документы, в основном, сосредоточены в Российском государственном историческом архиве (РГИА): в фондах Медицинского департамента (Ф. 1297) и Медицинского совета (Ф. 1294) МВД, Комитета Министров (Ф. 1263). В фонде 4-го отделения Министерства юстиции нами найдено дело, определяющее порядок надзора за губернскими врачебными управами (Ф. 1405. Оп. 60. Д. 5035). «Указ из медицинской канцелярии о разрешении открытия аптеки в городе Ярославле аптекарю Дуропу» (1740) находится в Государственном архиве Ярославской области (ГАЯО), фонд Ярославской губернской ученой архивной комиссии (Ф. 582. Оп. 1. Д. 985). Документ проливает свет на историю появления первой вольной (частной) аптеки в Ярославле и отражает озабоченность имперских властей отсутствием медицинской помощи населению российской провинции.

Вторую группу источников составили опубликованные статистические материалы, информационно-аналитические и обзорные издания, подготовленные различными ведомствами.

С 1856 г. началась публикация официальных отчетов Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Нами изучены отчеты за 1855, 1856, 1859, 1876, 1879, 1885, 1888, 1889, 1896 – 1901, 1910 – 1911, 1913 и 1914 годы.[1]

Отчеты за период с 1856 по 1902 гг. не имели четкой структуры, за недостатком средств частично печатались в профильном журнале Медицинского департамента МВД (см. ниже), затем выходили отдельными изданиями, причем отчеты за

---

[1] О состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи в 1855 году. СПб.: Типография Императорской Академии наук, 1856. 271 с.; Отчет о состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1856 год. СПб.: Типография Императорской Академии наук, 1857. 360 с.; Отчет о состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1859 год. СПб.: Типография Я. Трея, 1861. 502, XXXIVс.; Отчет Медицинского Департамента за 1876 год. СПб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1877. 104 с.; Отчет Медицинского Департамента за 1879 год. // Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистики. 1881. Т. 2. Приложение. С. 1–234; Отчет Медицинского Департамента за 1885 год. // Вестник судебной медицины и общественной гигиены. 1888. Т. 1. Приложение. С. 1–195, XL; Отчет Медицинского Департамента за 1888 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1891. 146, 198 с.; Отчет Медицинского Департамента за 1889 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1891. 188, 213 с.; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1896 – 1901 гг. СПб.: МВД, 1905. 89, 114 с.; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1910 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1912. 112, 267 с.; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. Пг.: «Труд», 1915. VII, 74, 333 с; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Пг.: МВД, 1916. VIII, 63, 211 с.

1896 – 1901 гг. были переработаны по системе, предложенной В.И. Гребенщиковым, и переизданы. Новая форма отчетности включала статистику рождаемости и смертности, заболеваемости (в том числе эпидемическую статистику), данные об обращаемости за медицинской помощью, о лечебных учреждениях, аптеках, медицинских учебных заведениях, медицинском персонале, о расходах на лечебную, противоэпидемическую и санитарно-профилактическую деятельность и другие показатели по России в целом и по отдельным административным единицам.

В изданиях представлены далеко неполные и неточные данные (в частности, в отчете за 1913 г. нет данных по 10 административным единицам, в отчете за 1914 г. – по 18, в том числе по Москве, Петрограду и их губерниям). Собранные материалы освещают деятельность только подчиненных МВД медицинских учреждений, не включена информация о медицинской части иной ведомственной принадлежности. Ценность отчетов Медицинского департамента определяется тем, что они – единственный источник сводных данных, позволяющий отследить состояние здравоохранения в динамике. В качестве приложения к отчету Медицинского департамента за 1892 и 1895 гг. опубликованы отчеты о санитарном состоянии городов[1].

«Обзор деятельности земств по медицинской части», подготовленный МВД, содержит статистические данные о расходах губернских и уездных земств по статьям здравоохранения: на содержание лечебных учреждений, медицинского персонала, санитарные, профилактические и противоэпидемические мероприятия; сведения о коллегиальных медицинских органах, деятельности лечебных заведений, численности медицинского персонала и др.[2]

Сборник «Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году» составлен фабричным ревизором Е.М. Дементьевым по результатам обследования 14 247 частных предприятий, подлежащих надзору фабричной инспекции. Изда-

[1] Медицинский департамент. Краткий очерк санитарного состояния городов России в 1892 году. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1895. 108 с.; Отчет Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел. Санитарное состояние городов в 1895 году. СПб.: Типография Министерства внутренних Дел, 1899. 339 с.

[2] Обзор деятельности земств по медицинской части. По данным за 1898 год. // Обзор деятельности земств по народному образованию, медицинской части, ветеринарной части и содействию экономического благосостояния населения. СПб.: Министерство внутренних дел, 1907. 307 с. С. 51-129.

ние включает статистический обзор организации врачебной помощи и сводные статистические таблицы, содержащие сведения о фабричных лечебных учреждениях, степени обеспеченности рабочих медицинской помощью, расходах владельцев предприятий на медицину[1].

К аналитическим изданиям относятся подготовленное Хозяйственным департаментом МВД «Устройство общественного призрения в России»[2] и Министерством государственных имуществ «Обозрение деятельности Министерства Государственных имуществ по заведыванию государственными крестьянами и южными поселянами с 1838 по 1866 год»[3].

Издания информационного характера – «Труды Высочайше разрешенного съезда по обсуждению мер против сифилиса в России», проведенного под председательством Директора Медицинского департамента Л.Ф. Рагозина и «Постановления и заключения редакционных комиссий съезда врачей, принимавших участие в борьбе с эпидемией холеры 1892 г.» – являются источниками для изучения санитарно-профилактической и противоэпидемической деятельности правительства[4].

Источником информации по монастырской медицине является сборник «Сведения о лечебных заведениях, имеющихся при монастырях ведомства Православного Вероисповедания»[5].

---

[1] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. Составил Е.М. Дементьев. СПб.: Министерство торговли и промышленности, 1909. 180 с.

[2] Устройство общественного призрения в России (составлено в Хозяйственном Департаменте Министерства внутренних дел). // Государственный Совет. Департамент Законов. Материалы. Т. 25.Часть 2 (1863). Д.5. СПб. 1863.

[3] Обозрение деятельности Министерства Государственных имуществ по заведыванию государственными крестьянами и южными поселянами с 1838 по 1866 год, представленное Государю Императору в марте 1867 года Министром Государственных Имуществ. // Сельское хозяйство и лесоводство. Журнал Министерства Государственных Имуществ. СПб., 1867. Январь-апрель. Ч. XCIV. С. 3-128.

[4] Постановления и заключения редакционных комиссий съезда врачей, принимавших участие в борьбе с эпидемией холеры 1892 г. Санкт-Петербург //Саратовский санитарный обзор (земско-медицинский журнал). 1892. Т. II. № 9–10; Труды Высочайше разрешенного съезда по обсуждению мер против сифилиса в России, бывшего при Медицинском Департаменте с 15 по 22 января 1897 г. под председательством Директора Медицинского департамента Л.Ф. Рагозина. СПб., 1897. Т. 1.

[5] Сведения о лечебных заведениях, имеющихся при монастырях ведомства Православного Вероисповедания. СПб.: Синодальная типография, 1908. 64 с.

Третью группу источников составили делопроизводственные, в основном, архивные документы 6 отечественных центральных и местных архивов: Российского государственного архива древних актов (РГАДА), Российского государственного исторического архива (РГИА), Государственного архива Ивановской области (ГАИО), Государственного архива Костромской области (ГАКО), Государственного архива Ярославской области (ГАЯО) и Рыбинского филиала ГАЯО (РбФ ГАЯО).

РГАДА хранит документы Медицинской канцелярии (Ф. 346) и Медицинской коллегии (Ф. 344), государственных органов, возглавлявших «медицинскую часть» России соответственно в 1721 – 1763 и 1763 – 1803 гг. В диссертации использованы дела, содержащие скупые сведения о назначениях врачей в города региона, об открытии аптеки в Ярославле – одной из первых в российской провинции.

В РГИА сосредоточены фонды органов государственной власти, управлявших здравоохранением в XIX в. – начале XX вв. Функции упраздненной Медицинской коллегии перешли созданному в 1803 г. Министерству внутренних дел (1811 – 1819 гг. медицинское управление находилось в руках Министерства полиции). В структуре министерства были образованы Медицинский департамент и Медицинский совет. В 1812 г. появилась должность Генерал-штаб-доктора по гражданской части, в руках которого сосредоточилось управление здравоохранением. В 1836 г. канцелярия Генерал-штаб-доктора вошла в состав Медицинского департамента МВД. Нами изучены дела фондов этих структурных подразделений, а также Хозяйственного департамента, Департамента Общих дел и Главного Управления по делам местного хозяйства МВД.

Фонд Хозяйственного департамента МВД (Ф. 1287) включает дела, относящиеся к хозяйственной и финансовой деятельности учреждений приказов общественного призрения, медицинских учреждений общественных самоуправлений и иной принадлежности: отчеты приказов, дела, касающиеся устройства больниц и ведения больничного хозяйства, медицинского и обслуживающего персонала.

Фонды Департамента Общих дел (Ф. 1284), Главного Управления по делам местного хозяйства (Ф. 1288), Медицинского департамента (Ф. 1297) и Канцелярии

Генерал-Штаб-Доктора гражданской части (Ф. 1299) располагают материалами по истории здравоохранения регионов (рапорты, доклады, отчеты врачебных управ, заключения по результатам ревизий медицинских учреждений, справки, формуляры медицинских чиновников и т.п.). Большой интерес представляет служебная междуведомственная переписка: она позволяет отследить бюрократическую процедуру и мотивы принятия решений по тем или иным вопросам, проясняет характер отношений между различными звеньями управления медицинским делом, между губернской администрацией и центром – с одной стороны и органами местного самоуправления – с другой. Дополнительную информацию по этим вопросам дают документы фонда Комитета Министров (Ф. 1263).

Медицинский совет, помимо прочего, занимался разработкой инструкций и других нормативных документов, сбором медико-топографических описаний губерний – эта деятельность отражена в делах фонда 1294.

В фонде 1149 (Государственный Совет. Департамент Законов) наше внимание привлекли материалы по вопросу об изменении служебного и образовательного статуса вспомогательного медицинского персонала в связи с развитием земско-медицинской организации.

Вопросами здравоохранения в XIX веке занимались различные властные структуры. Медицинский совет Министерства духовных дел и народного просвещения оказывал помощь в организации врачебного дела, разрабатывая проекты разного рода нормативных документов (Ф. 733 – Департамент народного просвещения Министерства духовных дел и народного просвещения). В фонде 4-го отделения Министерства юстиции (Ф 1405) нами найдено дело, определяющее порядок надзора за губернскими врачебными управами.

На Министерство государственных имуществ было возложено попечение о государственных крестьянах, в том числе и организация медицинской помощи. Фонд Министерства госимуществ (Ф. 383) располагает сведениями об организации медицинской помощи и медицинских кадрах в казенных селениях.

Главное управление водяными и сухопутными сообщениями МВД (позднее Министерство путей сообщения) решало вопросы оказания медицинской помощи

«нижним чинам», занятым в судоходстве. Фонд Штаба Корпуса инженеров путей сообщения (Ф.200) и фонд Министерства путей сообщения (Ф. 229) включают деловую переписку между этим ведомством и губернскими правлениями, связанную с учреждением лечебниц для судорабочих в Тверской и Ярославской губерниях (строительство, материальное обеспечение больниц, заключения инспекторских проверок и др.).

Вопросы организации медицинской помощи фабрично-заводским рабочим – создание больничных касс в соответствии с пакетом законов о социальном страховании 1912 г. отражены в делах фонда Министерства торговли и промышленности (Ф. 23).

В диссертации использованы документы фонда гр. Шереметевых (Ф. 1088. Оп. 7): это материалы главной конторы по вотчинам Владимирской, Костромской и Ярославской губерний, в том числе касающиеся оказания медицинской помощи крестьянам.

Материалы вышеперечисленных фондов РГИА в совокупности позволяют сделать выводы о состоянии здравоохранения и тенденциях его развития в России в целом и на уровне регионов, дают необходимые сведения о медицинской помощи во Владимирской, Костромской, Тверской и Ярославской губерниях на протяжении исследуемого периода, механизме принятия решений на местном уровне, характере взаимоотношений между губернской администрацией и центром, благотворительности в сфере здравоохранения, медицинских кадрах и другим вопросам.

Элементом губернской организации стали созданные в ходе административной реформы 1775 г. приказы общественного призрения. В 1797 г. в результате реформы управления медициной в губерниях были учреждены врачебные управы (с 1865 г. – врачебные отделения губернского правления). Деятельность Ярославского приказа общественного призрения и губернской медицинской администрации Ярославской и Костромской губерний отражена в делах ГАЯО и ГАКО.

Фонд приказа общественного призрения (Ф. 83) ГАЯО содержит дела, охватывающие период с учреждения приказа в 1778 г. до его ликвидации и передачи заведений и капитала органам земского самоуправления в 1865 г. Это, в основном,

информация о финансовых операциях приказа. Функционирование заведений приказа – больницы, «дома для сумасшедших», воспитательного приюта и других – проиллюстрировано в значительно меньшей степени.

Подробно документирована деятельность ярославского губернского медицинского управления – врачебной управы (ГАЯО. Ф. 86) и врачебного отделения (ГАЯО. Ф. 1150). В фонд 86 вошли дела за период 1797 – 1864 гг.: указы и предписания руководящих органов, официальные журналы, отчеты врачебной управы, отчеты и рапорты уездных врачей, материалы инспекций больниц и аптек, формулярные (послужные) списки медицинских чинов; сведения о развитии родовспоможения, оспопрививания, о заболеваемости населения, санитарно-эпидемиологической обстановке в регионе и т.п.

Документы дают дополнительные сведения о нормативной базе деятельности медицинских учреждений и медперсонала, позволяют изучить организацию и формы медицинской помощи, вопросы финансирования здравоохранения, характер взаимоотношений между органами центрального медицинского управления, врачебной управой и учреждениями губернского и уездного уровней (вертикальные и горизонтальные связи), механизм принятия решений, взаимоотношения в местном медицинском сообществе. Отсутствие строгих требований к ведению документации, свободная форма изложения позволяют дать оценочные характеристики ситуации в здравоохранении и почувствовать «дыхание» эпохи.

Реорганизация органов управления медицинским делом на высшем уровне в начале XIX в. повлекла за собой перестройку работы губернских врачебных управ. Документы фонда 86 дают возможность отследить эволюцию врачебной управы, утратившей свою относительную самостоятельность, превращение этого органа в структурное подразделение губернской администрации и процесс постепенной бюрократизации всей его деятельности. Произошли изменения в формах ведения делопроизводственных документов: закрепление формуляров, применение типовых бланков отчетов и др. Единообразная форма отчетности исключала какие-либо произвольные дополнения, но строго учитывала интересовавшие Медицинский департамент показатели, число которых постоянно возрастало.

Фонд содержит важные сведения о врачах, вспомогательном медицинском персонале: материальном положении и социальном статусе «медицинских чинов», дает ценный биографический материал.

Дополнительную информацию о начальном периоде развития медицины в провинции предоставляют фонды Ярославского наместнического правления (ГАЯО. Ф. 77), Канцелярии ярославского губернатора (ГАЯО. Ф.73) и Ярославского губернского правления (ГАЯО. Ф.79). Документы Ярославского губернского оспенного комитета (ГАЯО. Ф. 628) за 1816 – 1829 гг., затем Ярославского губернского комитета общественного здравия – 1852 – 1896 гг. (ГАЯО. Ф. 634) позволяют судить о проблемах организации противоэпидемической и профилактической работы, о трудностях внедрения оспопрививания.

Работу над документами, относящимися к концу XVIII – первой половине XIX вв., осложняет их плохая сохранность (плесень, выцветшие чернила, утрата фрагментов текста).

Документы фонда 1150 ГАЯО – циркуляры МВД, журналы заседаний врачебного отделения, медицинские отчеты по губернии; отчеты земских, фабричных лечебных учреждений; протоколы ревизии аптек и больниц; списки медицинских работников и регистрационные карточки, дела о зачислении на службу и увольнении; дела об открытии аптек и частных лечебных заведений; сведения об эпидемиях и мерах борьбы с эпидемиями; ведомости о числе больных, родовспомогательных пособиях, оспопрививании и т.п.; переписка, рапорты, жалобы и др. Документация велась по установленной форме, индивидуальное начало, комментарии, оценки представленной информации практически отсутствуют.

В ГАКО, фонды которого серьезно пострадали в результате пожара, документы, относящиеся к дореволюционному периоду, немногочисленны. В процессе работы над темой были изучены дела фонда Костромской губернской врачебной управы (Ф. 204) и фонда Врачебного отделения Костромского губернского правления (Ф. 135).

Широкий круг вопросов, охватываемых делопроизводственной документацией официальных учреждений в совокупности с документами органов местного

самоуправления, позволяет достаточно полно восстановить целостную картину организации здравоохранения в провинции во второй половине XIX – начале XX вв.

Особое место в этой группе источников занимает делопроизводственная документация частных промышленных предприятий, имеющая отношение к решению вопросов организации медицинской помощи фабрично-заводским рабочим. Нами использованы архивные материалы ГАИО (фонды больничных касс Товарищества Покровской мануфактуры – Ф. 100, Ситце-печатной фабрики Товарищества Куваевской мануфактуры – Ф. 108 и Товарищества мануфактур Н. и Л. Гандуриных – Ф. 409) и ГАЯО (документы Торгово-промышленного Товарищества Ярославской Большой Мануфактуры – Ф. 674). Это уставы и протоколы общих собраний, заседаний правления и ревизионной комиссии больничных касс, созданных при промышленных предприятиях в соответствии с пакетом законов о социальном страховании 1912 г. Уставы некоторых больничных касс опубликованы[1].

В уставах определены задачи и принципы деятельности касс, порядок управления, права и обязанности участников кассы и владельцев предприятий. Вопросы организации медицинской помощи в большинстве случаев остались открытыми. В протоколах собраний зафиксированы решения о составе правления кассы, размерах взносов и пособий по временной нетрудоспособности, финансовые отчеты, изменения в уставе. Кроме того, архивные фонды содержат информацию о работе фабричных больниц, сведения о заболеваемости и производственном травматизме.

Вышеназванные документы позволяют осветить практически неизученный вопрос – становление страховой медицины.

Разнообразные по характеру документы органов местного самоуправления составили *четвертую группу источников*.

---

[1] Устав Больничной кассы при фабриках Товарищества Большой Костромской Льняной Мануфактуры. Кострома: Тип. М.Ф. Риттер, 1913. 32 с.; Устав общей больничной кассы типографий и гильзовых предприятий г. Ярославля. Ярославль, 1914. 24 с.

Нами изучены опубликованные материалы съездов земских врачей и представителей земств Владимирской, Костромской, Тверской и Ярославской губерний[1], периодические издания губернских санитарных бюро – врачебно-санитарные хроники и врачебно-санитарные обзоры[2], отчеты земских больниц[3], доклады[4], уставы[5], очерки деятельности земских медицинских учреждений, подготовленные

---

[1] Извлечение из постановлений и докладов первого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии; Извлечение из постановлений и докладов второго съезда земских врачей Владимирской губернии; Извлечение из постановлений и докладов третьего съезда врачей Владимирского земства; Извлечение из постановлений и докладов четвертого съезда земских врачей Владимирской губернии; Извлечение из протоколов и докладов V съезда земских врачей Владимирской губернии; Извлечение из протоколов и докладов VI съезда земских врачей Владимирской губернии; Извлечение из протоколов и докладов VIII съезда земских врачей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1882-1896; Программа занятий девятого съезда врачей Владимирской губернии; Программа занятий десятого съезда врачей Владимирской губернии; Программа занятий одиннадцатого съезда членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части во Владимирской губернии; Программа занятий двенадцатого съезда членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части Владимирской губернии. Владимир: Типография Владимирской земской управы, 1899-1907. Костромской губернский съезд врачей. Протоколы съезда земских врачей Костромской губернии с 15 по 21 февраля 1893 года; … 20 – 27 февраля 1895 года; … 10 – 20 сентября 1896 года. Кострома: Губернская типография, 1893 – 1896; Труды IX губернского съезда. Свод постановлений IX губернского съезда врачей Костромской губернии и краткие сведения по его организации. 1906. – Кострома: Губернская типография, 1906; Труды X губернского съезда. Вып. 3. Кострома: Губернская типография, 1909. Протоколы губернского съезда земских врачей. 7 – 9 июля 1871 года. Тверь; Протоколы IV съезда; Протоколы V съезда..; Протоколы VI съезда ..; Протоколы VII съезда ..; Протоколы заседаний VIII съезда; Протоколы заседаний IX съезда … Тверь: Губернская земская управа, 1971 – 1887; Десятый губернский съезд врачей Тверского земства Тверь: Губернская земская управа..; Одиннадцатый губернский съезд … Тверь: Губернская земская управа, 1889, 1893; Постановления XII съезда врачей Тверской губернии 2 – 9 июля1896 года. Тверь: Типография губернского земства, 1896; Тринадцатый губернский съезд врачей Тверского земства 20 – 28 августа 1898 года; Четырнадцатый съезд … Тверь: Типография губернского земства, 1898, 1901; Постановления XV съезда представителей и членов земских учреждений Тверской губернии по врачебно-санитарной части. – Тверь: Типография губернского земства, 1903; Программа занятий XVI съезда земских врачей и представителей земских учреждений Тверской губернии. – Тверь: Типография губернского земства, 1914. Труды третьего губернского съезда земских врачей. Вып. 1–4; Труды четвертого губернского съезда … Кн. 2–4; Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 1–3; Труды VI съезда врачей и представителей земств … Т. 1–4. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1900–1915.

[2] Отчеты санитарного бюро и санитарных врачей за 1903 год. Кострома: Губернская типография, 1903. 148 с.; Врачебно-санитарная хроника Ярославской губернии за 1903 год; … за 1904 год. №10–20; … за 1905 год. №1–18. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1903 – 1905; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1912. Вып.1 –7; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1913. Вып. 1–7; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 1–5; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1915. Вып. 1–3; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1916. Вып. 1–4; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1917. Вып. 1. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1912 – 1917.

[3] *Лебедев И.С.* Медицинский отчет по психиатрическому отделению за 1908 год. Кострома: Губернская типография, 1909. 40 с.; Медицинские отчеты по Костромским заведениям общественного призрения и общий обзор деятельности губернских земских врачей за 1889 – 1890 гг. Кострома, 1891. 163 с.; Медицинский отчет по психиатрической колонии «Никольское» за 1911 год. Кострома: Типо-литография А.Н. Чемоданова, 1912. 65 с.; *Тихов П.* Общий отчет по больнице. Отчет по хирургическому отделению из медицинского отчета врачей Костромской губернской больницы. Кострома: Губернская типография, 1902. 44 с.; Медицинский отчет по Краснинской межуездной больнице за 1911 год. Ярославль: Губернская земская управа, 1912. 73 с. и др.

[4] Доклад Комиссии, избранной губернским земским собранием сессии 1899 г., по реорганизации психиатрического отделения. Доклад № 151. Кострома, 1901. 30 с.; Призрение душевнобольных Ярославским губернским земством. / Доклад врача А.А. Малинина. Ярославль: Губернская Земская Управа. 1902. 49 с. и др.

[5] Устав земских лечебных заведений Костромской губернии. Кострома: Губернская типография, 1867. 51 с.;

врачами[1], и др. В этих публикациях нашел отражение весь спектр проблем, связанных с развитием здравоохранения второй половины XIX – начала XX вв.: трудности становления земской медицины, ограниченность финансов, разъездная и стационарная системы обслуживания, больничная и амбулаторная помощь, лекарственное обеспечение, организация медицинской помощи на промышленных предприятиях и в городах, санитарно-профилактическая работа, борьба с эпидемиями, непростые отношения врачей и земств, кадровые вопросы, материальное положение медицинских служащих и т.д. Выявленная информация дает возможность реконструировать процесс выработки оптимальных решений, сравнить развитие земской медицины в Верхневолжских губерниях, определить общие черты, отметить специфику, в целом восстановить картину земской медицины в изучаемом регионе.

Для анализа деятельности земств и городов в сфере здравоохранения привлечены документы местных архивов. В Государственном архиве Ярославской области и филиале архива в г. Рыбинске (РбФ ГАЯО) хранятся материалы Отдела народного здравия Ярославской губернской земской управы (Ф. 485), Ярославской городской управы (Ф. 509), фонды Рыбинского уездного земства (Ф. 10), Рыбинской уездной земской больницы (Ф. 68), Рыбинской городской общественной больницы (Ф. 69), Рыбинской городской больницы для судорабочих (Ф. 70). Это постановления земских управ и городских дум, доклады, справки по различным вопросам здравоохранения, отчеты медицинских учреждений, протоколы заседаний санитарно-исполнительных комиссий. Документы РбФ ГАЯО позволяют проанализировать состояние медицинской помощи на уровне уезда.

Устав родовспомогательного и учебного родовспомогательного заведений имени Ф.В. Чижова, состоящих в ведении Костромского уездного земства в гор. Костроме. Кострома: Губернская типография, 1902. 16 с. и др.

[1] *Потемкин П.С.* Аваевская больница в Твери. – Тверь: Типография Губернского правления, 1900. 16 с.; *Апушкин А.А.* Призрение душевно-больных в Костромской губернии. Кострома, 1911. 9 с.; Колония для душевнобольных в селе Бурашеве Тверского губернского земства. Тверь: Типография губернского земства, 1884. 3 с.; Исторический очерк Ярославской губернской земской фельдшерской школы по поводу 25-летия ее существования. Ярославль: Губернская земская управа, 1898. 21 с.; *Френкель З.Г.* Врачебно-санитарная организация в Костромской губернии в 1905 году. Кострома: Тип. Т.П. Андрониковой, 1906. 37 с. и др.

Материалы о деятельности органов самоуправления и благотворителей по созданию лечебной базы содержатся в фондах думы Вознесенского посада и Иваново-Вознесенской городской управы (ГАИО. Ф. 1, Ф. 2), в фонде Костромской губернской земской управы (ГАКО. Ф. 205).

Выводы, полученные на основе анализа местных источников (как архивных, так и опубликованных документов), сопоставленные с общероссийскими данными из отчетов Медицинского департамента МВД, материалов, собранных Пироговским обществом (см. ниже), исследования Б.Б. Веселовского и др. позволяют сделать заключение о типичности ситуации с обеспечением медицинской помощью в губерниях Верхней Волги.

Пятая группа источников – документы и материалы медицинских обществ и общественных организаций медицинской направленности.

Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова (Пироговское общество) являлось методическим и идеологическим центром по разработке теоретических и практических вопросов общественной, в первую очередь земской медицины. По постановлению IV Пироговского съезда (1891) был подготовлен «Земско-медицинский сборник»[1]. Программа сбора сведений, собранных в 369 уездах 34 губерний, составлена комиссией, в состав которой, в частности, входили такие видные деятели общественной медицины, как Ф.Ф. Эрисман и Е.А. Осипов. Общая сводка материалов для сборника сделана Д.Н. Жбанковым. Материалы включали сведения об организации лечебного дела, оспопрививания, санитарной организации, участии врачей в управлении медициной, сведения о лечебных учреждениях, расходах на медицину, медицинском персонале по состоянию на 1888 г. Материалы по губерниям подготовили земские врачи – статистических бюро еще не было, и сведения не в полной мере отражали ситуацию. Так, Ярославское земство не представило информацию по Рыбинскому и Угличскому уездам.

По решению V Пироговского съезда (1894) Правление Общества разработало программу для сбора материалов об организации врачебной и санитарной части в

[1] 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. 1–6. М., 1890-1892.

городах земской России и разослало ее в городские управы. Пироговское общество интересовали вопросы устройства врачебной помощи, санитарной части, объем расходов на здравоохранение и их доля в городском бюджете. Информацию прислали врачи 258 губернских, уездных и безуездных городов. Собранные материалы обработал московский санитарный врач А.А. Чертов[1] (см. 1.1).

IX Пироговский съезд (1904 г.) принял «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах» в качестве методического руководства по устройству городской медицинской организации[2].

По решению XII Пироговского съезда (1912) было предпринято новое исследование устройства медицинской части в городах (всего изучено положение в 224 городах с населением 20 тыс. и более). Материал собирался в течение 1912 – 1913 гг., обработку поручили Д.Н. Жбанкову (см. 1.1). В составленный им сборник[3] включены сведения о лечебных учреждениях и заведениях общественного призрения, коечной мощности больниц, организации помощи на дому, численности медицинского персонала, санитарных мероприятиях и санитарном благоустройстве городов. Сводные таблицы отразили важнейшие цифровые данные (расходы на врачебно-санитарную часть, санитарные мероприятия и др.).

Разносторонняя деятельность Ярославского общества врачей зафиксирована в его уставных документах и ежегодных отчетах[4]. Использованы материалы протоколов заседаний Общества Костромских врачей[5].

---

[1] *Чертов А.А.* Городская медицина в Европейской России. Сборник сведений об устройстве врачебно-санитарной части в городах. М.: Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1903. XIV, 272 с.

[2] Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах. // Доклады Правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова и состоящих при нем комиссий IX Всероссийскому съезду врачей. М.: Товарищество «Печатня С.П. Яковлева». 1904. С. 76-82.

[3] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1915. XVI, 552 с.

[4] Устав Лечебницы для приходящих больных, устроенной Обществом врачей. 1862. Ярославль, 1904. 8 с.; Устав Ярославского общества врачей. Ярославль, 1911. 15 с.; Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей и отчеты по лечебнице Общества врачей. 1897 – 1904 годы. Ярославль, 1899 – 1905.

[5] Протоколы заседания Общества Костромских врачей за декабрь 1891 и январь 1892 годы. Кострома: Губернская типография, 1892. 14 с.; Протокол заседания Общества Костромских врачей за 1912 год. Кострома: Губернская типография, б/г. 46 с.

В диссертационном исследовании использованы документы действовавших на территории региона отделений Красного Креста, Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом, благотворительной организации «Трудовая помощь»[1].

Шестая группа источников представлена периодическими изданиями – официальными, общественных организаций и частными. Написанные по горячим следам событий, газетные и журнальные статьи несут в себе ярко выраженный эмоциональный настрой, отражают культурный колорит эпохи.

В 1865 г. по инициативе директора Медицинского департамента МВД, профессора Медико-хирургической академии Е.В. Пеликана появилось профилированное издание департамента. Его первоначальное название – «Архив судебной медицины и общественной гигиены, издаваемый Медицинским Департаментом» (4 тома в год). Формат журнала включал официальный отдел (указы, циркуляры МВД, нормативные документы и др.), отделы судебной медицины, общественной гигиены, критики и библиографии, хронику. Журнал сыграл видную роль в пропаганде идей новой отрасли медицины – научной гигиены. Первоначально журнал редактировал известный гигиенист лейб-медик И.В. Бертенсон. В разное время редакторское кресло занимали видные гигиенисты и эпидемиологи С.П. Ловцов, Г.И. Архангельский, М.И. Галанин, бывший земский врач М.С. Уваров.

С 1872 г. в связи с публикацией ряда статей радикальной социалистической направленности редактор С.П. Ловцов был уволен. Под редакцией Г.И. Архангельского в 1872 – 1881 гг. трижды в год журнал выходил под названием «Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистики». На его страницах освещались, в основном, теоретические вопросы медицины.

---

[1] Костромской Отдел Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом. Кострома, б/г. 6 с.; Отчет Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии за 1905 год. Ярославль: Типо-литография Э.Г. Фальк, 1906. 132 с.; … за 1911 год. Ярославль: Типография Ярославского исправительного арестантского отделения, 1912. 122 с.; Устав Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии. Ярославль: Губернское правление, 1901. 14 с.; Ярославский Городской лазарет Красного Креста. Ярославль: Типо-литография Г.А. Петрашевского, 1906. 20 с.

В 1882 г. формат и название журнала вновь изменились: «Вестник судебной медицины и общественной гигиены» (4 книжки в год); с 1889 г. выходил ежемесячный «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины». Последний номер вышел в апреле-мае 1917 г. Была расширена программа журнала с целью ознакомления читателей, прежде всего врачей, живущих в провинции, с успехами практической медицины, общественной гигиены и здравоохранения, официальными документами. В качестве приложения публиковались ежегодные Отчеты Медицинского департамента (до 1903 г.). С 1904 г. журнал в законодательном порядке был выведен из делопроизводства МВД и издавался при Управлении главного врачебного инспектора, созданного вместо Медицинского департамента.

В журнале в качестве сотрудников редакции и авторов принимали участие высокопоставленные медицинские чиновники (Н.Е. Мамонов, В.И. Гребенщиков, К.К. Толстой и др.), крупные ученые (В.С. Снегирев, Ф.Ф. Эрисман, И.П. Скворцов и др.), известные деятели общественной медицины (А.В. Погожев, З.П. Соловьев, Н.И. Тезяков и др.)

На страницах журнала отразилась русская и зарубежная медицинская мысль, вопросы организации здравоохранения европейских стран. Регулярно освещались проблемы земской и городской медицины. Публиковались обзоры Пироговских съездов и материалы секционных заседаний, аналитические и информационные статьи об устройстве сельской медицинской части, состоянии аптечного дела, санитарном состоянии фабрик и санитарно-фабричном законодательстве, призрении психических больных, статистические материалы, обсуждались проблемы борьбы с заразными и эпидемическими болезнями, положения медицинского персонала, медицинского образования. В официальной части были представлены нормативные документы (Устав Лечебных заведений ведомства Министерства внутренних дел, нормальные уставы фельдшерской и повивальной школ и др.), содержание законодательных актов (например, «О порядке приобретения звания повивальных бабок», 1900 г.). Отдел хроники информировал о важнейших событиях медицинской жизни. Характерно стремление журнала уловить потребности и настроения медицинской общественности.

Во второй половине XIX в. наблюдался рост числа периодических медицинских изданий, что отмечал Д.Н. Жбанков: 47 изданий выходило в 1881 – 1890 гг., 62 издания в 1891 – 1900 гг., но большая часть просуществовала недолго[1]. Наиболее ценными для настоящего исследования являются «Московская медицинская газета» и «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» («Общественный врач»), «Врач», «Земский врач».

Еженедельник «Московская медицинская газета» (1858–1878) – первое медицинское публицистическое издание, с 1861 г. орган Общества русских врачей в Москве. Основатель и издатель – выдающийся врач-клиницист и общественный деятель Ф.И. Иноземцев. Еженедельник возник на волне общественного подъема середины XIX в. Иноземцев и его соратник С.А. Смирнов ставили цель объединить врачей, дать им трибуну для обмена опытом в научной и общественной деятельности, тем самым содействовать улучшению медицинского обслуживания населения. Редакция стремилась привлечь широкий круг корреспондентов, в том числе из провинции – земских, уездных, городовых врачей. Печатались выдающиеся представители медицинской науки и практической медицины – С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.А. Тольский, Е.А. Осипов, Л.Ф. Змеев и др.

Отражая взгляды демократически настроенной части медицинской интеллигенции, «Московская медицинская газета» впервые подняла проблемы общественной медицины, выступала с жесткой критикой государственной системы здравоохранения. На ее страницах в ходе острой полемики разрабатывались вопросы организации и основные принципы земской медицины, проблемы развития аптечного дела, улучшения врачебного быта, отношение земских деятелей к «третьему элементу» – земским медицинским работникам и др. Еженедельник освещал деятельность Общества русских врачей в Москве и провинциальных обществ, помещал материалы съездов земских врачей, одна из рубрик посвящена земской медицине.

[1] Жбанков Д.Н. Материалы к истории русской медицинской прессы в 1792 – 1924 гг. (Статистический обзор). Харьков: Научная мысль, 1927. С. 4.

«Московская медицинская газета» дает информацию по истории начального периода Ярославского общества врачей: здесь опубликованы первые отчёты о работе Общества и организованной им лечебницы для приходящих больных и др.

Все вышесказанное определяет уникальность материалов «Московской медицинской газеты» для решения поставленных в диссертации задач.

В 1870-е гг. интерес подписчиков к еженедельнику постепенно падал, издание стало испытывать серьезные финансовые трудности и в 1878 г. прекратило существование.

«Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» (1895 – 1908, Москва) стал издаваться с образованием постоянного Правления Общества. Периодичность издания в 1895 – 1900 гг. – три раза, с 1896 – четыре раза в год. Редактировал журнал основоположник отечественной психиатрии проф. С.С. Корсаков. В числе авторов – деятели общественной медицины: Н.А. Вигдорчик, Д.Н. Жбанков, С.Н. Игумнов, П.И. Куркин, З.П. Соловьев, А.А. Чертов.

Первоначально журнал знакомил с деятельностью правления Общества (публикация протоколов заседаний правления), с работой Пироговских съездов, затем содержание расширилось: появились статьи, хроника. В период первой русской революции журнал разрабатывал вопросы, имеющие общественно-политическое значение: земская и фабричная медицина. Большое внимание уделялось страховой медицине и оценке фабричного законодательства, положению врача в условиях развития капитализма, вопросу об аптечной монополии. Помещались корреспонденции с мест. С февраля 1909 г. издание было приостановлено за «крайне вредное в политическом отношении направление»[1], затем стало выходить два раза в месяц с новым названием – «Общественный врач» (1909 – 1916) под редакцией И.В. Попова, которого сменил К.И. Шидловский.

---

[1] *Беляева Л.Н., Зиновьева М.К., Никифоров М.И.* Библиография периодических изданий России. 1901 – 1916. Под общей ред. *В.М. Барашенкова, О.Д. Голубевой, Н.Я. Морачевского.* Т 2. Л.: Государственная ордена Трудового Красного Знамени Публичная библиотека им. М.Е. Салтыкова-Щедрина, 1959. С. 507.

Журналы «Архив судебной медицины и общественной гигиены» («Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины»), «Московская медицинская газета», «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» («Общественный врач») изучены методом сплошного просмотра.

Выборочно привлечены материалы еженедельников: «Друг здравия», «Врач», «Земский врач», «Врачебная газета», «Медицинский вестник».

«Врач» (1880 – 1901) – газета демократического направления, охватывала в своих публикациях все отрасли клинической медицины, общественной и частной гигиены, врачебного быта. Редактировал издание профессор Военно-медицинской академии, публицист В.А. Манассеин, его сменил Е.В. Светловский.

«Медицинский вестник» (1861 – 1885) с либеральных позиций освещал вопросы, поставленные общественным развитием России, в частности, медицинского обслуживания населения, положения врачей, реформы медицинского образования. Первый редактор-издатель газеты – Я.А. Чистович.

При работе над темой исследования использовались материалы местной (ярославской) печати. На страницах еженедельника «Ярославские губернские ведомости» мы находим объявления о частных медицинских услугах, информацию о первой операции под наркозом, об Обществе врачей и отчеты Лечебницы для приходящих больных, материал по медицинской статистике губернии. Освещены первые шаги ярославского земства в сфере здравоохранения: передача земствам лечебных учреждений приказов общественного призрения, земские сметы.

В 1872 – 1907 гг. выходил ежемесячный «Вестник Ярославского земства». Журнал предоставил свои страницы для освещения вопросов здравоохранения: помимо отчетов земских управ, протоколов губернских и уездных земских собраний (рассматривавших, помимо прочего, и вопросы земской медицины), журнал публиковал отчеты губернской земской больницы, материалы о санитарных и противоэпидемических мероприятиях, популярные статьи на медицинские темы, сообщения об устройстве врачебных и фельдшерских пунктов, деятельности лечебных учреждений и др. В «Вестнике» помещены материалы I-го и протоколы заседаний

II-го съездов земских врачей губернии[1]. В 1907 г. с наступлением реакции журнал был закрыт.

Ярославская периодика изучалась выборочно.

Седьмая группа источников – документы личного происхождения – представлена прежде всего мемуарами З.Г. Френкеля – врача-гигиениста, общественного и политического деятеля, активного участника событий 1917 г.[2] В 1896 – 1909 гг. автор служил земским врачом в Петербургской, Вологодской и Костромской губерниях, в частности, в 1904 – 1909 гг. возглавлял врачебно-санитарную организацию Костромского губернского земства. Для нас особенно важны воспоминания, относящиеся к этому периоду. Высокая степень достоверности этого источника подтверждается архивными и другими материалами. С позиций человека, находившегося в центре событий, Френкель описал повседневный напряженный труд земского врача, состояние сельского здравоохранения, сопротивление земств решению санитарных вопросов, сложности взаимоотношений с губернской администрацией. Мемуары Френкеля, написанные живым, эмоционально окрашенным языком – яркая иллюстрация документального материала.

С.И. Мицкевич – врач-большевик, один из первых организаторов советского здравоохранения. В «Записках врача-общественника (1888 – 1918)»[3] Мицкевич представил портретную галерею как выдающихся представителей медицинской науки, так и многих деятелей земской медицины, с которыми его связывала дружба и совместная работа, в том числе и в Тверской губернии.

В очерке И. Денисова (псевдоним земского врача И.И. Добровольского) «На земской службе»[4] отражен личный опыт автора, работавшего в начале 1870-х гг. в Даниловском уезде Ярославской губернии, и настроения земской интеллигенции второй половины XIX в.

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1873. № 15-16; 1890. № 221-222.

[2] *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. / Публ., сост., коммент. и вступит. ст. Р.Б. Самофал. СПб.: «Нестор-История», 2009. 696 с.

[3] *Мицкевич С.И.* Записки врача-общественника (1888-1918). М.: Медицина, 1969. 239 с.

[4] *Денисов И.* На земской службе. // Наше наследие. 1997. № 42. С. 58-73.

Источники личного происхождения фиксируют психологические реакции участников событий, мотивацию поведения, отражая мировосприятие социальной группы в целом. Через тексты, созданные людьми изучаемой эпохи, понимается мир социума.

Необходимое подспорье исследования – *справочные издания*[1].

В качестве иллюстративного материала привлекались *произведения художественной литературы*.

В совокупности источники обладают достаточной репрезентативностью и дают возможность комплексного системного изучения поставленных в диссертационном исследовании проблем и решения поставленных задач.

Введение в научный оборот пласта архивных документов позволяет открыть новые страницы истории здравоохранения Верхневолжского региона. Наряду с этим материал представляет несомненную ценность для изучения в целом отечественной медицины и здравоохранения.

1.6. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Специфика темы и характер источниковой базы определяют методологию и методы исследования. В качестве базовой используется макротеория модернизации, понимаемая как процесс перехода от традиционного общества к индустриальному. Современной наукой признана познавательная эффективность модернизационной парадигмы при изучении процессов в социальной сфере[2]. В этих рамках разрабатываются различные методологические подходы.

---

[1] Памятная книжка для медицинских чиновников на 1863 год. Спб.: Изд. Медицинского департамента Военного Министерства. 1863 – 1864. 399 с.; Памятная книжка Костромской губернии на 1857 год. Кострома: Губернская типография, 1857. 63 с.; Памятная книжка Ярославской губернии на 1862 год. Ярославль: Губернская типография, 1863. [9], 45, [2], 127, [3], 476, [2] с. и др.

[2] *Побережников И.В.* Модернизация: теоретико-методологические подходы // Экономическая история. Обозрение / Под ред. Л.И. Бородкина. Вып. 8. М., 2002. С. 146-168. [Электронный ресурс]. URL: http://www.hist.msu.ru/Labs/Ecohist/OB8/poberej.htm (дата последнего обращения: 4.12.2015).

Ведущие тенденции современной исторической науки восходят к французской Школе «Анналов», оформившейся в середине XX в. С деятельностью «Анналистов» связано преобразование исторической науки в традиционном ее понимании в «новую историческую науку», «в науку о человеке в том его конкретном социальном и ментальном облике, который он обретал в разные эпохи своего развития»[1], в антропологически ориентированную историю («новая социальная история»). Историки группы «Анналов» ставили задачу преодоления преграды между материальной и духовной сторонами общественного развития, задачу исторического синтеза («тотальности») как новой исследовательской стратегии. «История призвана охватить общественную жизнь людей в ее полноте, в их взаимосвязях, со всех сторон»[2], – резюмировал подходы М. Блока и Л. Февра, основоположников этого направления, А.Я. Гуревич.

Продолжением традиций Школы «Анналов» стала общая реконструкция социума изучаемой эпохи. Поворот в гуманитарном знании в 1980-х гг. к проблемам культурного опыта привел к оформлению интегрирующего социокультурного подхода – комплексного анализа субъективного и объективного, микро- и макроструктур в человеческой истории[3]. Социальная история, по мнению специалиста в области методологии Л.П. Репиной, стала выполнять интегративную функцию в системе исторических дисциплин[4].

В отечественной историографии в русле модернизационной парадигмы интегративный социокультурный подход к истории России реализован в вышедших на рубеже XX – XXI вв. фундаментальных трудах А.С. Ахиезера[5] и Б.Н. Миронова[6]. С точки зрения методологии эти труды представляют для нас особый интерес.

---

[1] *Гуревич А.Я.* Исторический синтез и Школа «Анналов». М.: «Индрик», 1993. С. 6-7.
[2] Там же. С. 96.
[3] *Репина Л.П.* Историческая наука на рубеже XX – XXI вв.: социальные теории и историографическая практика. М.: Кругъ, 2011. С. 184.
[4] Там же. С. 67, 69.
[5] *Ахиезер А.С.* Указ. соч.
[6] *Миронов Б.Н.* Указ. соч.

А.С. Ахиезер разработал системную теорию общественного развития. В ее основании лежит признание цикличности социокультурной динамики как естественно-исторического механизма, усложненного линейным прогрессивным движением. Ахиезер фокусирует внимание на процессе воспроизводственной деятельности конкретно-исторического субъекта (сообщества, общества), направленной на преодоление постоянно возникающих социально-культурных противоречий[1]. В этой связи автор настаивает на необходимости рассмотреть культуру как «специфическую форму реальности, имеющую первостепенное значение для понимания механизмов исторической деятельности – от воспроизводящей общество и государственность до формирующей повседневность»[2].

Б.Н. Миронов предложил концепцию социальной модернизации России имперского периода как непрерывного поступательного процесса (далеко не завершенного к 1917 г.), суть которого состояла в том, что происходил «генезис личности, малой демократической семьи, гражданского общества и правового государства»[3]. Лидерство в этом процессе, по Миронову, в целом, принадлежало государству, которое обеспечивало социальное развитие по большей части в сотрудничестве с общественностью[4]. Социальная реальность исследуется автором через структуры повседневности – реконструкцию ментального макроконтекста событийной истории. Прошлое рассматривается сквозь призму дихотомий: традиция/современность, неподвижность/подвижность[5].

Одним из важнейших социальных институтов является здравоохранение как социальная функция медицины, т.е. система социально-экономических, политических, правовых, культурных и иных мероприятий, направленных на сохранение и повышение уровня здоровья населения. Изучение истории здравоохранения представляет собой пример междисциплинарного подхода, поскольку лежит на пересе-

---

[1] *Ахиезер А.С.* Указ. соч. С. 53-58, 344.
[2] Там же. С. 54.
[3] *Миронов Б.Н.* Указ. соч. Т. 2. С. 289.
[4] Там же. С. 211.
[5] Там же. Т. 1. С. 13.

чении исследовательских полей истории – в традиционном ее понимании – и истории медицины. С позиций «новой социальной истории» история медицины концептуализируется как часть истории общества[1], при этом медицина понимается в широком смысле – как отрасль культуры. Новые подходы в этой области получили развитие в работах современных зарубежных исследователей. Общество социальной истории медицины, основанное в Великобритании в 1970 г., обратилось к изучению всего спектра проблем истории медицины в их взаимосвязи с историей развития общества с использованием для этого техник «новой социальной истории»[2]. Пионером в этой области стал Р. Портер[3].

Тема диссертационного исследования предполагает рассмотрение истории развития здравоохранения как многомерного процесса, обусловленного как объективными, так и субъективными факторами и проявляющегося в конкретных событиях и явлениях, психических и поведенческих реакциях людей, сознательной деятельности коллективных и индивидуальных акторов по созданию новой социальной реальности. Принципиальной установкой является взгляд на здравоохранение как на целостный организм, в котором все элементы находятся во взаимосвязи и взаимодействии. Такое понимание нацеливает на применение комплекса методологических подходов.

В русле традиционного исторического нарратива ставится задача реконструкции событийного ряда в развития системы здравоохранения: нормативно-правовой базы, органов управления здравоохранением, медицинских учреждений, корпуса медицинских работников в контексте модернизационных процессов. Обращение к истории событийной означает сосредоточение внимания на политических, социальных и культурных механизмах, ее направляющих и составляющих ее основание.

---

[1] См. *Афанасьева А.Э.* История медицины как междисциплинарное исследовательское поле // Историческая наука сегодня: теории, методы, перспективы / Под ред. Л.П. Репиной. Изд. 2-е. М.: Издательство ЛКИ, 2012. [Электронный ресурс].URL: publications.hse.ru/view/74051717. С. 421. (дата последнего обращения 10.12.2015).

[2] Там же. С. 422.

[3] См., например: *Porter R.,* ed. The Cambridge History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

В русле антропологически ориентированной социальной истории предполагается изучение социальных институтов здравоохранения и связанных с ними социальных групп, форм оказания медицинской помощи, социальных функций медицинских учреждений, ментальности, систем ценностей и социального поведения медицинских работников, представителей других социальных слоев, всего комплекса взаимоотношений общества и власти в сфере здравоохранения в неразрывном единстве.

Исследовательская стратегия построена на «принципе взаимодополнительности микро- и макроисторического подходов»[1], признанном современной историографией. Этот принцип позволяет увидеть «большое в малом».

Микроисторический подход осуществляется в рамках локальной истории. Локальное измерение – в нашем случае на уровне региона – в контексте более общих процессов позволяет видеть детали: деятельность местных властных структур, сообществ, людей – коллективных и индивидуальных акторов, их место и роль в исторических процессах. Выявление конкретного содержания осуществляемых в регионе взаимодействий с учетом интегрирующей деятельности «центра», признание глубокой взаимосвязи регионального и общероссийского позволяет понять природу этих процессов, более общие черты макроистории, выйти на общероссийское пространство. Реконструкция отдельных элементов, таким образом корректирует представления о картине в целом. Процессы, происходившие в одном отдельно взятом регионе Верхней Волги, носили черты общего – всей системы гражданского здравоохранения России. Вместе с тем, рассматривая Верхневолжский регион как часть целого, как сегмент социально-географического пространства империи, один из центральных регионов земской России, мы имеем возможность логически выстроить целостную конструкцию. История целого в данном случае репрезентирована в частном. При этом выделяются особенности, присущие данному ре-

[1] Историческая наука сегодня: теории, методы, перспективы. С. 10.

гиону, обусловленные его климатическими и географическими условиями, уровнем экономического развития и характером хозяйственной деятельности, культурными традициями и бытовым укладом.

В предмет микроистории включается история повседневности. «В центре внимания истории повседневности конкретные участники исторического процесса, являющиеся одновременно и объектами идеологических воздействий, социального дисциплинирования, властных манипуляций и т.п., и (в то же время) преобразователями действительности – думающими и переживающими»[1]. В диссертационном исследовании ставится задача углубить анализ за счет изучения реакций на события, мотивов поведения, каждодневных индивидуальных и коллективных практик, типизировать биографическое.

Методология исследования базируется на диалектическом методе научного познания, ведущими принципами которого выступают *объективность и историзм*.

Нарушение этих принципов, что нередко имело место в прошлом, проявлялось наиболее очевидно в односторонней оценке государственной политики в сфере здравоохранения, земской медицины, в сужении спектра тем исследований.

Принцип историзма требует постижения сути изучаемых событий и явлений для понимания их преемственности, взаимосвязей, определенной повторяемости, логики и направленности развития. При исследовании процесса становления и развития здравоохранения в регионе Верхней Волги факты и явления рассматривались во взаимосвязи с общим процессом развития здравоохранения, в контексте политического, социально-экономического и культурного развития российской провинции с учетом специфики отдельных периодов и региональных особенностей, поскольку в объективной реальности общее, особенное и единичное тесно переплетаются. Объективность достигается путем сопоставления, перепроверки данных различных источников с целью максимального приближения к исследуемой объективной материальной и духовной реальности.

---

[1] *Пушкарева Н. Л.* Предмет и методы изучения «истории повседневности» // Этнографическое обозрение. 2004. №5. С. 12. [Электронный ресурс]. URL: journal.iea.ras.ru/archive/2000s/2004/Pushkareva_2004_5.pdf. (дата последнего обращения: 6.12 2015).

Инструментарий диссертации представлен и традиционными общенаучными методами комплексного исследования: *причинно-следственного анализа, системного анализа и структурно-функционального анализа*. Общенаучные методы направлены на выявление сущности изучаемых объектов.

Причинно-следственный анализ направлен на выявление предпосылок и следствий тех или иных явлений, их взаимосвязи и взаимообусловленности, определения внутренней логики и вектора развития объекта изучения. Так, прослеживается связь между ростом угрозы внутренней безопасности России вследствие распространенности эпидемических и острозаразных заболеваний и принятием правительством нормативных актов, административно-организационных и практических мер борьбы с эпидемиями.

Объект исследования – здравоохранение Российской империи представляло собой многоуровневую систему. Познание любой системы предполагает рассмотрение ее структуры и функций в органическом единстве. Как система здравоохранение включало подсистемы: государственное, земское, городское здравоохранение, сферу частных медицинских услуг и некоторые другие. Каждая из них имела определенную структуру, функции, взаимодействовала с другими системами (координация и субординация их структур и функций). Естественным образом выделялись уровни иерархии: общегосударственный (в настоящем исследовании выступает как надсистема), региональный, губернский, уездный. Площадкой развития различных форм и видов медицинской помощи являлось пространство губернии и уезда. На этих уровнях наиболее отчетливо проявлялись основные черты и закономерности исследуемых объектов, и, следовательно, может быть познана сущность рассматриваемой реальности в целостности, в совокупности и единстве составляющих ее элементов. Но реконструкция изучаемой реальности предполагает наличие фундамента из элементов (нерасчленимых далее носителей свойств системы) на низшем уровне, каковыми представляются медицинские управленческие структуры, медицинские организации и отдельные учреждения.

Специфика предмета и объекта исследования, а также источниковой базы определила основные методы исторического исследования: *описательно-повествовательный, историко-сравнительный, историко-типологический, историко-системный*.

Исходным методом исследования стал *описательно-повествовательный*. Характеристика факта, явления, выявление признаков, индивидуальных черт объектов исследования дает материал для обобщающих выводов, в частности, о характере государственной политики в сфере здравоохранения, роли органов медицинского управления, о деятельности земско-медицинских организаций, лечебных учреждений и т.д. Путем описания реконструировалась историческая реальность, создавался образ исторического субъекта – индивидуального (врач) или коллективного (медицинское сообщество).

Метод использовался для раскрытия причинно-следственных отношений, определяющих динамику и особенности развития как отдельных элементов, так и системы здравоохранения в целом, «вертикальных» и «горизонтальных» связей между субъектами, действующими в исследуемой сфере: органами государственной власти, общественными организациями, учреждениями, для характеристики единичного, особенного и общего. Как элемент описания использовались количественные показатели. В частности, численность медицинских работников, количество лечебных учреждений, объем расходов на медицину – важные показатели обеспеченности населения медицинской помощью.

Описание объекта исследования – основа для *историко-сравнительного метода*. Его применение обусловлено наличием сходного, повторяющегося и индивидуального в изучаемой исторической реальности. Метод использовался для сравнения различных периодов в развитии отечественного здравоохранения: периода «приказной медицины» (последняя четверть XVIII – середина XIX вв.) и земский период (1860-е – 1917 гг.). Это сравнение показало их различия (степень участия общества в решении вопросов здравоохранения, развитости сети медицинских учреждений, доступности медицинской помощи для населения, ее характер, объем

и качество и т.д.) и вместе с тем преемственность (сохранение за государством законодательных, административно-распорядительных, контрольных функций, использование принципов организации госпитального дела, преемственность в организации профилактической и противоэпидемической работы и др.).

Историко-сравнительный метод широко применялся для анализа разных вариантов локально-регионального развития. Сравнивались однопорядковые, сопоставимые во времени, пространстве и по своей социально-культурной сущности явления и процессы: организация медицинской помощи земствами, городскими самоуправлениями, владельцами промышленных предприятий, деятельность коллегиальных врачебных органов и др. в губерниях изучаемого региона. Количественные и качественные показатели сравнивались с общероссийскими данными. В зависимости от конкретных условий – характера экономической деятельности населения, уровня развития промышленности и городского хозяйства, финансовых возможностей и др., а также субъективных факторов, в частности, общественной позиции земских медицинских служащих, степени заинтересованности гласных земских собраний и городских дум в решении социальных проблем – здравоохранение в губерниях Верхней Волги развивалось неравномерно, имело как общие черты, так и отличительные особенности. Так, общими в земской медицине были принципы участкового обслуживания, общедоступности и бесплатности. Но в одних губерниях преобладала разъездная система медицинского обслуживания, в других – стационарная, по-разному решались вопросы лекарственного обеспечения населения и т.д. Обладая своеобразием, эти явления отражали общую суть, что позволяет рассматривать их как однопорядковые.

Выявление общих сущностных признаков объектов и явлений осуществлялось *историко-типологическим методом*. Применение данного метода позволило классифицировать исследуемые объекты, будь то органы медицинского управления, медицинские учреждения, съезды врачей или санитарно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, выявить их качественную определенность и отнести их к государственному или общественному здравоохранению, или частной медицине на основе совокупности присущих им признаков. В итоге мы определяем

качественно отличные формы организации медицинской помощи населению. Применение историко-типологического метода позволило установить процессы и явления характерные для здравоохранения земских губерний России в целом.

Системный характер здравоохранения означает, что все реалии, события и процессы, происходящие в этой сфере, имеют не только причинно-следственные отношения, но также связаны функционально между собой и с другими общественными системами. Для изучения здравоохранения как целостной системы, рассмотрения не отдельных ее аспектов, а комплекса основных черт применялись *историко-системные методы*. Системные методы анализа характеризуются целостностью и комплексностью. Знание о системе как таковой получалось методом структурного анализа: выявление характера взаимосвязи компонентов системы и их свойств. Применением функционального анализа решается задача выявления функций данной системы в иерархии систем, где она функционирует в качестве подсистемы.

Здравоохранение рассматривалось в горизонтальных временных срезах, то есть применялся синхронный (одновременной) анализ. Для раскрытия процесса развития был необходим и диахронный (разновременный) анализ – изучение сущностно-временных изменений. В частности, выявлялась динамика отдельных элементов системы (например, развитие фельдшерского и акушерского образования) и совокупности элементов на фоне развития более широкой системы, по отношению к которой исследуемая система выступает как подсистема (профилактика, санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая работа, специализированная помощь и т.д. – как элементы в системе земской медицины).

Помимо основных, привлекались и другие методы исследования. В современной антропологически ориентированной социальной истории новое место занял *биографический метод.* Биография конкретного человека как единицы социума, персональная история существенно важна для понимания вопроса о роли отдельных личностей в создании новой реальности и позволяет конкретизировать и персонифицировать исторический процесс, в данном случае на примере отдельных представителей медицинского сообщества. Биографический метод использовался

и как средство типизации для характеристики различных социально-профессиональных групп медицинских работников (государственных и земских служащих).

Статистический метод использовался при определении параметров количественных изменений, необходимых для оценки качественного состояния здравоохранения: уровень заболеваемости и смертности, обращаемость населения за медицинской помощью, обеспеченность медицинским персоналом, больничными койками и др.

Специфика темы исследования, непосредственно связанного с областью медицины, потребовала применения *метода терминологического анализа* для определения содержания основных дефиниций.

Прежде всего, необходимо уточнение понятий «медицина» и «общественная медицина». Термин «медицина» в дореволюционный период понимался как медицинская деятельность и организация медицинского дела. Понятия «здравоохранение» и «медицина» употреблялись как равнозначные. Под «общественной медициной» по второй половине XIX – начале XX вв. понималась как общественная деятельность врачей, направленная на обеспечение медицинской помощью широких слоев населения и развитие санитарно-профилактического направления, так и система лечебных учреждений, созданных местным самоуправлением, в первую очередь земская медицина. Деятелей общественной медицины обозначали терминами «общественные врачи» или «врачи-общественники».

Вопрос о соотношении понятий «общественная медицина» и «земская медицина» поднимали многие исследователи, писавшие о земской медицине: в XIX в. – Е.А. Осипов, П.И. Куркин и др., в XX в. – М.М. Левит, М.Б. Мирский, Т.С. Сорокина и др. Он носит дискуссионный характер и сводится к следующему: тождественна ли общественная медицина земской медицине (и некоторым иным формам негосударственной медицинской помощи) и деятельности врачебных обществ земского периода или под общественной медициной следует понимать общественно-медицинскую деятельность медицинских работников и других кругов интеллигенции по улучшению медико-санитарного обслуживания населения и связывать это

явление с развитием прогрессивной общественно-политической мысли. В последнем случае «земская медицина» подпадает под понятие «общественная медицина».

М.М. Левит предложил следующее определение понятия «общественная медицина»: «деятельность медицинских работников и представителей заинтересованных слоев общества, направленная на улучшение медико-санитарного обслуживание населения, на борьбу с массовыми заболеваниями, осуществляемая по их инициативе в дополнение или вместо соответствующей работы государственных учреждений»[1]. Рассматривая земскую медицину в значительной степени как «детище» общественной, Левит отказался от идентификации этих понятий[2]. Это определение легло в основу дефиниции «общественной медицины» в «Большой медицинской энциклопедии» (3-е издание) как деятельности передовых представителей медицинских работников и различных слоев общества, осуществляемую на общественных началах, направленную на улучшение медико-санитарного обслуживания населения и борьбу с массовыми заболеваниями[3].

В настоящем исследовании понятие «общественная медицина» подразумевает медицинскую помощь, организованную общественными самоуправлениями – земствами и городскими думами и общественно-медицинскую деятельность врачей и медицинских работников среднего звена.

Медицинская полиция в XVIII – XIX вв. определялась как «совокупность мер предупреждения болезней и вообще всего, что угрожает здоровью и жизни»[4], то есть комплекс санитарно-гигиенических, профилактических, противоэпидемических и других мероприятий, направленных на защиту общественного здоровья.

Применение в настоящей работе комплекса основных общенаучных методов и методов исторического исследования способствует всестороннему и полному изучению темы.

---

[1] *Левит М.М.* Указ. соч. С. 11.
[2] Там же. С. 12, 16.
[3] Большая медицинская энциклопедия. Издание третье / Гл. ред. акад. Б.В. Петровский. М.: Советская энциклопедия, 1981. Т. 17. С. 180.
[4] Энциклопедический словарь. Ф.А.Брокгауз и И.А.Ефрон. Т. XVIIIa. СПб., 1896. С. 891-892.

2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРИЗРЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ XVIII – ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX В.

В главе анализируются концептуальные подходы правящей элиты к вопросам «народного здравия» и основные направления деятельности государства по созданию системы здравоохранения на материалах губерний Верхневолжского региона.

2.1 ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТЬЮ

Призрение нетрудоспособных – дряхлых, больных, детей-сирот – уходит корнями в средние века: частная и церковная благотворительность имела в виду не только общественно значимые цели, но и рассматривалась как необходимое условие личного нравственного здоровья. С усилением центральной власти появилось государственное призрение.

Впервые идея государственного призрения была сформулирована в Стоглавом Соборе[1]. Тогда же, в XVI в., получили развитие некоторые санитарно-полицейские противоэпидемические меры, главным образом, карантины[2]. В XVII в. происходило постепенное развитие и специализация помощи нуждающимся. В акте 1682 г. (не получил утверждения и не осуществлен из-за смерти царя) устанавливались формы призрения: шла речь об организации богаделен и госпиталей[3]. В богадельню определялись престарелые, увечные, «скорбные» (т.е. больные), неимущие, взрослые и дети, в том числе подкидыши. Сведений об оказании какой-либо медицинской помощи в богадельнях не имеется. Предоставлялся лишь приют, кормились же призреваемые «подаянием от доброхотных дателей».

С благотворительностью и общественным призрением тесно связаны первые шаги в развитии здравоохранения региона Верхней Волги. Так, в «Перечневой

---

[1] *Максимов Е.Д.* Очерк развития и современного положения общественного призрения в России. // Общественное и частное призрения в России. Сб. статей. Министерство внутренних дел. Главное Управление по делам местного хозяйства. СП.: Типография Императорской Академии наук. 1907. С. 8.
[2] *Мирский М.Б.* Указ. соч. С. 102.
[3] Там же. С.10.

описи города Ярославля 1630 года», опубликованной в «Ярославских губернских ведомостях», содержатся сведения о двух богадельнях[1]. В Сметной книге Ярославля 7177 (1669) г. описано редкое по тому времени учреждение – частная больница – «двор князя Офанасия Ивановича Лобанова-Ростовского, а в нем живут больные люди: в избе …»[2]. В больничном княжеском дворе насчитывалось 10 изб. К концу XVII в. относятся сведения об Игнатьевской богадельне (1684) и «богадельне, что у земского двора» (1687)[3].

Более или менее последовательно меры государственного призрения стали проводиться в жизнь уже в XVIII в. Указы Петра I от 21 и 31 января 1712 г. объявляли об «учинении» по губерниям «шпиталетов» «для самых увечных таких, которые ничем работать не могут ни стеречь также зело престарелым. Также прием незазрительной и прокормление младенцем, которые не от законных жен рождены...»[4]. В 1714 г. и 1715 г. последовали указы об устройстве при церквях приютов для незаконнорожденных, о приискании «искусных жен» для ухода за младенцами, назначении жалования кормилицам и содержания детям[5]. В «Регламенте или Уставе Главного Магистрата» (1721) вновь поднимался вопрос о больницах: «А гошпиталям быть ради призрения сирых, убогих, больных и увечных, и для самых престарелых людей обоего пола. И такие домы построить Магистратам земским иждивением (т.е. на средства из местных бюджетов – *Е.С.*), впредь со временем сыскав к тому, такожь и на пропитание оных людей средство»[6]. Несмотря на то, что первостепенной заботой власти было обеспечение медицинской помощью действующей армии, Петр I положил начало развитию собственно гражданской медицины как отрасли государственной политики и сделал первые шаги по созданию его законодательной базы.

---

[1] Ярославские губернские ведомости. 1861. № 33. С. 257.
[2] Цит. по: *Головщиков К.Д.* История города Ярославля. 1889. С. 138-139.
[3] См. *Лествицын В.* Ярославские богадельни в 17 и 18 столетиях. // Ярославские губернские ведомости. 1872. № 2. С. 12.
[4] Полное Собрание Законов Российской империи. Собрание первое (1649 – 1825). СПб., 1830 (ПСЗ РИ – 1). Т. IV. № 2477. См. также: Т. IV. № 2470.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. V. № 2856; Т. № 2953.
[6] ПСЗ РИ – 1. Т. VI. № 3708.

В 1737 г. по представлению архиатра[1] И.Б. Фишера императрица Анна Иоанновна подписала именной указ, который предусматривал назначение лекарей (лекарь – официальное звание врача до 1917 г.) в города, расположенные поблизости от Москвы и Санкт-Петербурга, и в «прочие знатные города империи» «для пользования обывателей в их болезнях». В число «знатных» вошли имевшие статус провинциальных Владимир, Кострома, Тверь, Ярославль, Переславль Залесский, Суздаль и Углич. Содержание лекарей возлагалось на городские общества: «…а жалование от городов им производить от ратуш до двенадцати рублей на месяц с свободною (т.е. бесплатной – *Е.С.*) квартирою…»[2]. Этим же указом разрешалось открывать вольные аптеки «под смотрением» Медицинской канцелярии. На должность городовых врачей назначались медики «из старых бывших в службе лекарей, которые хотя к полевым службам (т.е. к военной службе – *Е.С.*) не в состоянии, но точию пользованию больных еще способны»[3]. Указ плохо исполнялся из-за недостатка лекарей. «Определены в городах Ярославле и Новегороде… городские лекари; а в протчих городах за недостатком лекарей еще определить неково»[4], – зафиксировано в документах Медицинской канцелярии. Назначенный в Ярославль лекарь (его имя нам неизвестно) в городе долго не задержался. В 1741 г. назначение в Ярославль получил лекарь Боденринтер (Боденрейтер)[5], он, по-видимому, проработал в городе до 1755 г.

В Твери врач появился задолго до указа Анны Иоанновны: в 1726 г. в город был направлен Лев Кононович Емельянов «для пользования разных чинов больных» при доме архиепископа Тверского и Кашинского. Емельянов начал службу в 1719 г. подлекарем во флоте, затем в той же должности служил в Морской академии, был произведен в лекари. Твери он прожил до 1746 г., когда «из-за непроизводства жалования» подал в отставку. Получив «апшид» – отставку, отправился в

[1] Архиатр – должность руководителя всей «медицинской части» в России в 1716 – 1762 гг.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. X. № 7245.
[3] Там же.
[4] РГАДА. Ф. 346. Оп. 1 ч. 1. Кн. 41. Д. 312. Л. 560.
[5] Там же. Л. 578 об.

Петербург «для исходатайствования» места и подал прошение на имя императрицы: «за верную и беспорочную службу и для нынешней моей старости определить в город Углич городовым лекарем…дабы я при нынешней моей старости мог иметь себе с домашними моими пропитание»[1]. Искомую должность с жалованием 12 руб. в месяц и «со свободною квартирой» Емельянов получил. В указе о назначении, подписанном архиатром А. Лестоком, Емельянов обязывался «в том городе и в принадлежащих ко оному дистриктах (здесь: территории – *Е.С.*) в пользовании обывателей в их болезнях поступать со всяким прилежанием как искусному и доброму лекарю надлежит»[2].

Городские магистраты медиков принимали неохотно. Жалование им выплачивалось с задержкой. «Присутствие лекаря в городе, – писал Я.А. Чистович, – считалось роскошью, без которой обходились отцы и деды, стало быть, могли обойтись и потомки»[3]. В 1741 г. в связи с невыплатой жалованья тверскому лекарю был подтвержден указ 1737 г. о необходимости содержать врачей в городах «неотменно и без всяких отговорок от ратуш»[4]. В 1756 г. последовал сенатский указ: «по силе объявленного Именного 1737 года Указа… в показанных городах ежели где лекарей не определено или хотя и были определены, да выбыли, то по усмотрению Медицинской канцелярии определить оных немедленно и содержать всегда…». Городские магистраты под угрозой штрафа обязывались жалование лекарям платить «без всякого задержания, також и квартирою довольствовать их…неотложно»[5].

К середине XVIII в., по данным Я.А. Чистовича, в числе 26 городов России, имевших постоянных лекарей, оказались все «знатные города» региона. В Угличе с 1746 г. служил Л.К. Емельянов, во Владимире – Joh. Zederkopff (И. Зедеркопф), с 1749 г.; в Костроме – Joh. Locher (И. Лохер), с 1750 г.; в Твери – Philipp Storr (Ф. Стор), с 1752 г.; в Суздале – Crist. Fried. Sonderr (Х.Ф. Сондер), с 1753 г., в Переславле – Fried. Rampau (Ф. Рампау), с 1753 г.; в Ярославле – Pet. Howy (П. Гове), с

[1] РГАДА. Ф. 346. Оп. 1 ч. 3. Кн. 99. Д. 543. Л. 46 об.
[2] Там же. Л. 50.
[3] *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. СПб., 1883. С. 557.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XI. № 8437.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. XIV. № 10527.

1755 г.[1] Кроме того, приезжали врачи со специальными полномочиями. Так, в 1743 г. в Ростовском уезде боролись с «поветрием» (эпидемией) откомандированные из Москвы доктор Боений и лекарь Карпов[2]. В 1756 г. московская медицинская контора направила доктора Маунзея для лечения жены сосланного в Ярославль герцога Бирона[3]. С 1757 г. Бирона пользовал Гове.

Несмотря на назначение городовых врачей, медицинская помощь населению фактически отсутствовала. Известный писатель, поэт и краевед Л.Н. Трефолев в очерке «Ярославль при императрице Елизавете Петровне» писал: «При императрице Елизавете Петровне у нас медицина вообще не процветала; в Ярославле же она была совершенно забыта. Правда, здесь жил один эскулап, городской лекарь Гове; но, занимая в то же время должность домашнего врача при ссыльном курляндском герцоге Бироне, он был озабочен недугами его светлости гораздо сильнее, чем здоровьем обыкновенных смертных – ярославских горожан… Волей-неволей, чтобы облегчить свои страдания, ярославцы прибегали к знахарям и …коновалам!.. Судебная медицина была также в загоне. …Лекарь Гове свидетельствовал, да и то не всегда, тела скоропостижно или насильственно умерших мужчин; мертвых же баб и девок осматривали …женщины! Делалось это в видах скромности и целомудрия»[4].

Импульс развитию здравоохранения был дан Екатериной II. В числе достижений екатерининского времени в этой области – создание Медицинской коллегии (вместо Медицинской канцелярии) и упорядочение медицинского дела, развитие медицинского образования, открытие воспитательных домов и, наконец, учреждение приказов общественного призрения.

Внимание к этой сфере не случайно. Идея государственного попечения об общественном благе соответствовала духу Просвещения, и потому была близка императрице. Эту идею Екатерина II сформулировала в 1767 г. в знаменитом

---

[1] *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. С. 557.
[2] См.: РГАДА. Ф. 344. Оп.1 ч.1. Кн. 37. Д. 45.
[3] См.: РГАДА. Ф. 344. Оп.1 ч. 4. Кн. 200. Д. 208.
[4] *Трефолев Л.Н.* Исторические произведения. Ярославль, 1991. С. 40-41.

«Наказе». Согласно «закону естественному» «… надлежит попечение иметь о здравии граждан»[1]. Здоровье населения рассматривалось императрицей как вопрос государственной безопасности. К числу «предприятий, касающихся до пользы общей» императрица отнесла санитарно-полицейские меры и устроение больниц[2].

Медицинская коллегия была учреждена в 1763 г. Перед Коллегией ставилась задача сохранения врачеванием народа в империи и заведения российских докторов, лекарей и аптекарей[3].

Приказы общественного призрения создавались в губерниях и наместничествах в ходе административной реформы 1775 г. как независимые от губернских правлений коллегиальные учреждения государственной благотворительности с участием выборных представителей от сословий[4] (по два представителя от дворянства, купечества и сельских обществ, с 1801 г. – по одному представителю). Они должны были, по замыслу императрицы, объединить усилия всех сословий в организации помощи социально незащищенным группам населения. На приказы возлагалась обязанность устраивать и содержать школы и богоугодные заведения: больницы, сиротские приюты, богадельни, «дома для сумасшедших» (отделения для психических больных), пенитенциарные учреждения – смирительные и работные дома. До 1803 г. приказы подчинялись Сенату и управлялись общим присутствием под председательством губернатора. Заседания проводились в период от Рождества до Страстной недели Великого поста, остальное время губернатор распоряжался в приказе практически единолично[5].

На нужды каждого приказа общественного призрения при его учреждении Екатерина II единовременно выделяла капитал в 15 тыс. руб., причем приказы получили финансовую самостоятельность и могли приумножать капитал привлечением благотворительных средств и «законными» финансовыми операциями: выдавать ссуды под залог, принимать под проценты вклады от частных лиц[6]. Помимо

---

[1]ПСЗ РИ – 1. Т. XVIII. № 12949. Ст. 267.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XVIII. № 13075. Ст. 554.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XVI. № 11965.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XX. № 14392. Гл. I. Ст. 38, 378, 380-393.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. XX. № 14392. Гл. XXV. Ст. 379; Гл. XXIX. Ст. 429.
[6] Там же. Ст. 382.

кредитно-залоговых операций, приказы получали доходы от основанных ими коммерческих предприятий. В пользу приказов взимались отдельные виды штрафов и пеней, им передавались проценты с различных сумм (залоговых, исковых и др.), поступавших в присутственные места временно до решения судебных дел; плата за лечение, за содержание в богадельнях некоторых категорий призреваемых и т.д.

Первый приказ общественного призрения был учрежден в Новгороде в 1776 г., затем, в 1778 г., – Тверской и Ярославский приказы, в 1779 г. – Владимирский и Костромской. За период 1776 – 1779 гг. приказы учредили в 7 губерниях и наместничествах, в 1780 г. – в 11, включая Санкт-Петербургскую губернию, в 1781 г. появились еще 17 приказов. Московский приказ общественного призрения открылся в 1782 г.[1]

Одновременно с учреждением приказов общественного призрения вводились должности уездных докторов и лекарей – по одному на уезд, а также подлекарей (помощников лекарей) и лекарских учеников – по два на уезд. Однако обеспечить выполнение этого положения из-за нехватки специалистов было невозможно. В Ярославской губернии, например, медицинские чины были назначены только в губернский город, да и там штаты удалось заполнить лишь наполовину[2]. В 1786 г. Екатерина II именным указом разрешила губернатору А.П. Мельгунову «определять на Докторские места лекарей, а знающих подлекарей на лекарские, в прочем Мы, – писала императрица, – не оставим изыскать средства по снабдению Губернии врачебными чинами»[3].

Надзор за медицинскими учреждениями, в том числе лечебными заведениями приказов, и работой лекарей входил в обязанности Медицинской коллегии[4] (до 1803 г.). Однако практически Коллегия не имела возможности реализовать эти функции. Данное обстоятельство побудило главного директора Медицинской коллегии барона А.И. Васильева реформировать управление медицинским делом. По

---

[1] Вестник судебной медицины и общественной гигиены. 1888. Т. 2. С. 213.
[2] *Серебреников С.* Об открытии Ярославского наместничества в 1777 году. Исследования и описания по предметам истории, этнографии, статистики и топографии. // Ярославские губернские ведомости. 1861. № 7. С. 49.
[3] ПСЗ РИ – 1 Т. XXII. № 16331.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XVI. № 11965.

его поручению член Коллегии С.С. Андреевский подготовил проект закона о создании в губерниях врачебных управ, которые должны были стать «блюстителем здравия всей губернии по воинской и гражданской части».

Закон вступил в силу 19 января 1797 г. Врачебные управы были подчинены Медицинской коллегии, тем самым обеспечивалась связь центра с провинцией и в результате – более эффективное управление «медицинской частью». Штаты врачебной управы включали инспектора, оператора (хирурга), акушера и письмоводителя. Инспектор, оператор и акушер, в звании не ниже доктора медицины или штаб-лекаря, избирались «по долговременному и усердному служению, и по знаниям, доказанным на самих опытах», как правило, из числа военных медиков, вышедших в отставку за выслугой лет или по состоянию здоровья[1].

Деятельность врачебной управы регламентировалась «Инструкцией о должностях медицинских чинов»[2]. Инструкция обязывала управу осматривать больницы, расположенные на подведомственной территории, содержание больных, медикаменты, «все казенное по медицинской части и должности медицинских чинов», аптеки (казенные и частные): «нет ли в чем упущения или беспорядка, и что можно безпосредственно поправить, то немедленно и исполнить». На этот орган возлагалась борьба со знахарством, пресечение незаконной медицинской практики и незаконной торговли медикаментами, проведение судебно-медицинских экспертиз, санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, санитарно-гигиенический и ветеринарный контроль, составление медико-физических описаний. По запросу Медицинской коллегии (с 1803 г. – МВД) управа подбирала семинаристов «для определения в медицинскую науку»[3].

Управа осуществляла как общий надзор за больницами, так и особо – за медицинской частью (исполнением служебных обязанностей и поведением медицинского персонала, ведением документации, качеством лечения, материальным обеспечением и санитарным состоянием лечебных учреждений), собирала информацию

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIV. № 17743.
[2] Инструкция о должностях медицинских чинов, Медицинской коллегией сочиненная. СПб., 1797. 18 с.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Д. 1. Л. 129-130.

о малоизученных и эндемических болезнях. Члены управы проводили медицинские освидетельствования, принимали участие в судебных следствиях, в работе рекрутских присутствий и приказа общественного призрения – при решении вопросов, касающихся больницы. Первоначально губернским медицинским чиновникам также предоставлялось право аттестации аптекарских чинов[1].

В обязанности инспектора входило наблюдение «за порядком и течением дел в управе», ведение документации, осмотр лазаретов и госпиталей, городских торговых и питейных заведений и др. Оператору и акушеру инструкция предписывала оказание специализированной медицинской помощи. Их обязанности как членов управы инструкцией не прописывались. По распоряжению инспектора оператор и акушер занимались проведениям судебно-медицинских экспертиз и ветеринарных осмотров, разрешением конфликтных ситуаций, выезжали в очаги инфекций и эпизоотий для принятия необходимых мер. Ревизию аптек, согласно инструкции, проводили по очереди все члены управы. В случае необходимости оператор и акушер заменяли городового врача[2].

Необходимо отметить, что врачебная управа располагала весьма ограниченными властными полномочиями. Решение многих практических вопросов зависело от гражданских и/или военных властей, на авторитет и административный ресурс которых управа могла рассчитывать. В свою очередь ведомственная подчиненность управы Медицинской коллегии не мешала губернатору оказывать на нее давление: медицинские чиновники работали под его «смотрением».

Ежегодный бюджет каждой врачебной управы определялся в сумме 2.060 руб. Финансирование осуществлялось через губернскую казенную палату по третям года по следующим статьям: жалование членам управы и письмоводителю, канцелярские и транспортные расходы («прогонные деньги»)[3].

Внутренний распорядок работы врачебной управы предусматривал ежедневное, кроме воскресных и праздничных дней, обязательное присутствие членов

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXI. № 24682.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIV. № 17743.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XLIV, ч. 2. Книга штатов. № 17743.

управы для рассмотрения текущих вопросов: поступивших из Медицинской коллегии актов ведомственного управления (указов, циркуляров, распоряжений), предписаний губернского правления, отчетов, донесений и жалоб уездных лекарей, утверждения протоколов медицинских освидетельствований, судебно-медицинских экспертиз и т.п. По ним принимались необходимые решения и готовились предписания – медицинскому персоналу, отношения – в губернские и уездные учреждения. В Коллегию врачебная управа входила с рапортами и отчетами. Составлялись ежемесячные, полугодовые и годовые отчеты[1].

Закон 1797 г. вводил новое штатное расписание медицинского персонала в губерниях. В губернских и уездных городах полагался городовой лекарь и два лекарских ученика (старший и младший). Учреждались должности повивальных бабок: старшей и младшей – в губернском городе и младшей – в уездном[2].

В соответствии с законом 1797 г. медицинский персонал получал жалование из казны и числился на постоянной государственной (коронной) службе, существовавшая ранее контрактная система отменялась. Все «медицинские чины» находились в непосредственном подчинении врачебной управы. Управа рассматривала вопросы о зачислении медиков на службу и увольнении, кадровых перестановках, наградах или наложении взысканий, повышении в чине и др., представления по этим делам направлялись в высшие инстанции (Медицинскую коллегию, затем в МВД), где и принималось решение.

К обязанностям городового лекаря относилось все, что касалось «общественного здравия» в городе и уезде. Поэтому первое время наравне бытовали два термина – «городовой лекарь» и «уездный лекарь», постепенно за должностью закрепилось наименование «уездного лекаря» (должность собственно городового лекаря введена в 1840-е гг.). Уездный (городовой) лекарь являлся представителем медицинской власти в уезде. Круг его обязанностей был широк: в ведении лекаря находилась местная больница, он осуществлял надзор за работой повивальных бабок,

---

[1] См.: ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 1, 5, 9, 10 и др.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXIV. № 17743.

боролся с эпидемическими заболеваниями, эпизоотиями, вел учет заболеваемости, проводил судебно-медицинские экспертизы[1].

Модернизация государственной машины в начале XIX в. охватила и управление медициной (см. Приложение 2). 30 декабря 1803 г. Александр I утвердил доклад министра внутренних дел гр. В.П. Кочубея «О новом образовании медицинского управления», в котором предлагалось упразднить Медицинскую коллегию, ее функции передать в ведение 3-ей Экспедиции Министерства внутренних дел[2], позднее преобразованной в Медицинский департамент. В 1805 г. управление медицинским делом разделилось на три самостоятельные части: гражданскую, военную и морскую. Военные госпитали выводились из-под контроля врачебной управы[3].

В 1811 г. медицина, как сфера, имеющая отношение к внутренней безопасности, передавалась вновь образованному Министерству полиции. Медицинский департамент Министерства состоял из трех отделений: 1) устройство медицинского управления, 2) медицинские потребности и заготовления, 3) финансирование и ревизия. Для обсуждения вопросов медицинского управления создавался Медицинский Совет (высший научно-медицинский орган)[4].

В 1812 г. вводилась должность генерал-штаб-доктора гражданской части (ранее эта должность появилась в военном и морском ведомствах), который стал главным инспектором практической, судебной медицины и медицинской полиции[5]. Ему подчинялись губернские врачебные управы, медицинская часть приказов общественного призрения, служащие и вольнопрактикующие врачи, все лечебные учреждения, аптеки, оспенные комитеты, карантины, заведения при минеральных водах. В свою очередь генерал-штаб-доктор подчинялся министру полиции. Первым этот пост занял лейб-медик А.А. Крейтон. После ликвидации Министерства полиции в 1819 г. медицинское управление в том же виде возвратилось в МВД[6].

---

[1] РГИА. Ф. 1294. Оп. 3, св. 1. Д. 8. Л. 10-11 об.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXVII. № 21105.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XXVIII. № 21870.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXI. №. 24687. Ч. I. Гл. IV. Ст. 21-30; Гл. V. Ст. 31-49.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXII. № 25037.
[6] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXVI. № 27964.

Приказы общественного призрения в ходе реформы 1803 г. передавались ведение Хозяйственного департамента МВД[1]. Хозяйственный департамент контролировал финансовую деятельность приказов, состоящие в их ведении образовательные и богоугодные заведения, устанавливал штаты приказов и подведомственных им учреждений. Власти уделяли приказам серьезное внимание. В царствование Александра I (1801–1825) было принято 49 указов о приказах общественного призрения (23 направлены на регулирование их кредитно-финансовой деятельности)[2].

К началу XIX в. приказы общественного призрения сосредоточили в своих руках значительные финансовые средства, причем оборотные капиталы приказов во многих случаях значительно превышали их собственные. Так, к 1816 г. Владимирский приказ располагал 111 810 руб. собственного капитала и 177 620 руб. оборотного, собственный капитал Костромского приказа составлял 67 250 руб., оборотный – 206 180 руб., собственный капитал Тверского приказа достиг 428 690 руб., оборотный – 355 420 руб., собственный капитал Ярославского приказа общественного призрения составлял 267 420 руб., оборотный – 692 840 руб.[3] Приказы Тверской и Ярославской губерний хотя и относились к числу богатых, но значительно отставали от Московского приказа с 661 020 руб. собственного и 1 547 970 руб. оборотного капитала[4].

По данным МВД, в 1814 г. собственные капиталы всех действовавших на тот период приказов составляли 8 390 000 руб., «посторонние» – 14 232 000 руб.[5] (официальный «биограф» МВД Н.В. Варадинов отмечал ненадежность этих сведений[6]). В 1840 г. капиталы приказов общественного призрения (собственные и вклады) достигли 45 918 528 руб. 45 ½ коп. серебром[7]. Они размещались в государственных

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXI. № 24687. Гл. II.
[2] *Соколов А.Р.* Указ. соч. С. 133.
[3] *Стог А.Д.* Указ. соч. Ч. 1. Приложения. Приложение № 3. Табель о состоянии приказов общественного призрения в 1816 году.
[4] Там же.
[5] *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч. II, кн. 1. С. 349.
[6] Там же. С. 403.
[7] Там же. Ч. III, кн. 2. С. 578. В результате денежной реформы 1839 – 1843 гг. главным платежным средством становился серебряный рубль, который обменивался на бумажные ассигнации. 1 руб. сер. = 3, 6 руб. ассигнациями.

облигациях, облигациях Главного общества российских железных дорог, в различных фондах. Прибыли от кредитных операций стали самыми существенными источниками доходов. В начале 1800-х гг. приказы открывали суконные фабрики для удовлетворения нужд военного ведомства. С развитием частного предпринимательства необходимость в них отпала, и с 1820-х гг. фабрики постепенно закрывались[1]. В 1846 г. приказы получили разрешение открывать сберкассы для мелких вкладчиков, и к 1852 г. в России действовало 42 таких сберкассы[2].

Происходило совмещение социальных и финансово-кредитных функций, и в течение первой половины XIX в. приказы постепенно превратились в финансово-кредитные учреждения[3]. Сфера деятельности, ради которой они были созданы, отступила на второй план, что, например, получило отражение в архиве Ярославского приказа общественного призрения: из 1418 дел архивного фонда приказа 1360 (95,91%) – дела о финансовых операциях (получение и возврат вкладов, начисление и выдача процентов по вкладам, выдача займов и т.п.)[4].

Финансовая самостоятельность приказов постепенно ограничивалась. Без разрешения МВД приказы не имели права осуществлять дорогостоящие проекты. Им предписывалось размещать капиталы в Государственном заемном банке под 6% годовых, вводились новые правила об обороте капиталов, порядке делопроизводства, в составе приказов была учреждена должность непременного члена, которому поручалось наблюдение за правильностью делопроизводства, счетоводством и отчетностью[5].

В первый период царствования Николая I законодательная активность, регулирующая функционирование приказов общественного призрения, возросла. За 10 лет (1826 – 1836) было принято 198 указов, положений, правил и других норматив-

---

[1] Там же. Ч. II, кн. 1. СПб., 1859. С. 109; Ч. II, кн. 2. СПб., 1862. С. 412.
[2] Там же. Ч. III, кн. 3. С. 703.
[3] См.: *Соколов А.Р.* Указ. соч. С. 132-142.
[4] Подсчитано по: ГАЯО. Ф. 83. Оп. 1, 2, 3.
[5] *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч. I. СПб., 1858. С. 169; Ч. II, кн. 1. С. 109; Ч. II, кн. 2. С. 74, 143.

ных документов, касающихся финансов, ведения документации, управления учреждениями приказов[1]. Деятельность приказов детально регламентировалась. В частности, в 1826 г. Николай I в указе губернаторам «Об устроении заведений по части приказов общественного призрения» предписывал «не ставить кроватей одну подле другой, а отделять их между собой промежутками, в которые бы помещались столики... окна же в комнатах больниц снизу до трети их высоты... закладывать дощатыми плотными ставнями»[2].

Александр II именным указом от 26 декабря 1859 г. прекратил финансовую деятельность приказов[3]. Для компенсации финансовых потерь казна ежегодно стала выделять на их нужды 850 тыс. руб.[4] Эти средства МВД распределяло между приказами, которые сосредоточили свое внимание на благотворительности.

Основная доля средств приказов шла на здравоохранение. В 1852 г., по данным МВД, совокупные расходы всех приказов на больницы составили 1 703 614 руб. 52½ коп., или 79,25% общих затрат. Другой весомой статьей расходов было содержание «домов умалишенных» – 86 538 руб. 77 ½ коп.[5]

Реформа центрального медицинского управления повлекла за собой перестройку работы губернских врачебных управ. Решением В.П. Кочубея этот орган в хозяйственно-административном отношении переподчинялся гражданскому губернатору и включался в состав губернского правления[6]. Таким образом, de jure закреплялось положение, ранее зачастую существовавшее de facto. Внешняя сторона этой субординации выражалась в изменении формы связей: губернское правление относилось в управу с указами и предложениями (предписаниями), управа же могла входить в губернское правление с рапортами и представлениями. Губернатор, ежегодно инспектируя медицинскую часть и получая отчеты врачебной

---

[1] Подсчитано по: ПСЗ РИ-2. Общий алфавитный указатель ко Второму полному собранию законов. Т. III. СПб., 1885. С. 302-306.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. I. СПб., 1830. № 244.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXIV, ч. 2. СПб., 1861. № 35287.
[4] *Мушинский К.А.* Указ. соч. С. 5.
[5] *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч. III, кн. 3. С. 703.
[6] РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Св. 8. Д. 7. Л. 1-34об.

управы, контролировал работу медицинских чиновников и состояние здравоохранения. Он, в свою очередь, ежегодно отчитывался перед МВД. Министерство также проводило ведомственные ревизии. Административная и финансовая ответственность врачебной управы повышалась.

Регламентировались отношения врачебной управы с министерством. Распоряжения, касающиеся медицинской части, шли из центра через губернское правление. Все вопросы решались только через губернатора: на месте – те, что были в пределах его компетенции, или – с «мнением» начальника губернии – в центре. Непосредственно в МВД врачебная управа могла входить только по вопросам, «ученого суждения требующим» и потому не подлежащих рассмотрению губернатором (врачебная практика, научно-медицинская деятельность, аттестация кадров) или с жалобами на действия начальника губернии[1].

Переход врачебной управы под начало губернского правления нередко сопровождался конфликтами. Так, в 1804 г. ярославский лекарь Г.Ф. Мостовецкий через врачебную управу подал рапорт в МВД об отказе бесплатно лечить больных в заведениях приказа «сверх должности по городу и уезду». Тогда безвозмездные услуги предложил вольнопрактикующий лекарь А.А. Фроберг. Губернатор кн. М.Н. Голицын предложение принял и приказал лекарскому ученику, подчинявшемуся до этого Мостовецкому, «быть в послушании у Фроберга». Управа этим решением осталась недовольна и выразила свой протест в рапорте МВД. А на имя губернатора инспектор отправил чрезвычайно дерзкое по тону представление: так как врачебной управе неизвестно, «по какому узаконению Ваше Сиятельство выводите из команды городового лекаря лекарского ученика, по всем Медицинским узаконениям в непосредственной его зависимости находящегося, то [управа]…просит снабдить ее по сему предмету решительным уведомлением». Губернатор, в свою очередь, сообщил о случившемся министру внутренних дел. Министр приказал «заметить» управе «неприличность и к должному уважению к начальнику губернии несоответственность поступка ее относительно до лекарского ученика» и

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 145. Л. 52-52об.

«строжайше подтвердить, чтобы она впредь удержалась от подобных поступков не к пользе службы… под опасением строгого и неминуемого взыскания»[1].

В ходе реформы изменились функции врачебной управы. Из ее ведения изымались военная медицина и аттестация медицинских чинов. Управа могла принимать оперативные решения: о проведении проверок, командировании медицинских чиновников в уезд, зачислении на службу и увольнении лекарских учеников и т.п. Главным делом становился надзор: санитарно-эпидемиологический, за медицинскими учреждениями, цирюльнями, аптеками, за соблюдением законов и постановлений, касающихся медицинской части (запрета на незаконную медицинскую практику, правил продажи ядовитых и сильнодействующих веществ и др.). За управой сохранилась обязанность принимать участие в работе рекрутских комиссий, проводить медицинские освидетельствования, утверждать протоколы судебно-медицинской экспертизы, заниматься профилактикой инфекционных и эпидемических заболеваний и борьбой с ними. Новой обязанностью управы стала организация оспопрививания. Принятие мер против оспы становилось важной задачей государственной политики в сфере здравоохранения[2].С 1818 г. инспектор врачебной управы в обязательном порядке присутствовал в приказе общественного призрения при обсуждении медицинских вопросов, не вмешиваясь, однако, в предметы компетенции приказа[3].

Самодержавное государство не терпело автономии. Постепенно усиливалась власть губернатора. Порядок сношений губернатора с местными учреждениями устанавливал «Общий наказ гражданским губернаторам» (1837). Документ, помимо прочего, определял властные полномочия губернского начальника в сфере здравоохранения (Отдел VI «Охранение народного здравия») и разграничивал сферы компетенции губернатора и врачебной управы: первый обязан следить за санитарным состоянием губернии, распространением оспопрививания, исправным содержанием больниц и других заведений гражданского ведомства, проверять их

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 1. Кн. 35. Д. 3. Л. 56-57.
[2] РГИА. Ф. 1294. Оп. 3. Св. 8. Д. 7. Л. 4-25.
[3] Учреждения и Уставы Врачебные по гражданской части. Ст. 49-59. С. 11-13.

деятельность, особенно в хозяйственном отношении. Осмотр в медицинском отношении поручался инспекторам и членам врачебной управы. Вопросы здравоохранения, согласно «Наказу», решались по представлению врачебных управ, т.е. инспектор мог фиксировать недостатки и предлагать рекомендации по их устранению (необходимость ремонта больниц, их материального обеспечения и т.п.), дальнейшие шаги зависели от губернатора[1].

Инициатива от медицинских чиновников более не требовалась[2]. Более того: их подчиненность губернскому правлению открывала возможность самоустраниться от решения насущных вопросов, а губернской администрации позволяла вмешиваться в решение вопросов, требующих специальных знаний. В 1852 г. генерал-штаб-доктор после ревизии ряда губерний отметил: «Владимирская управа по всем существенным частям своих обязанностей действует слабо; она ограничивается преимущественно соблюдением внешнего канцелярского порядка, тщательно уклоняясь от всего того, …что могло бы подать повод к столкновениям с другими властями в губернии». Инспектор врачебной управы «предоставленным ему влиянием на медицинскую часть заведений вовсе не пользуется, он не входит в нее…»[3].

Постепенно упорядочивалось и усложнялось делопроизводство [4]. Резко возрос поток исходящих документов. Вводилась единообразная отчетность, регламентировался порядок «движения» бумаг: утверждения протоколов и отчетов, рассмотрения документов губернского правления и принятия решений по ним, порядок прохождения дел через канцелярию губернатора и др. Управа дважды в год представляла по утвержденной форме отчеты губернатору и генерал-штаб-доктору. Число показателей, которые включались в отчеты, возрастало: состояние финансов управы, сведения о заболеваемости по нозологическим единицам, по уездам, количество больных по категориям, затраты на медикаменты, об оспопрививании и родовспоможении, о санитарном состоянии городов и др.[5]

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XII, ч. 1. СПб., 1838. № 10303.
[2] См. РГИА. Ф. 1405. Оп. 60. Д. 5035. Л. 4-6.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 131. Д. 143. Л. 1-1об., 3об.
[4] См., например: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 211. Л. 61 (замечания генерал-губернатора ярославской врачебной управе по ведению документации, 1810 г.)
[5] См.: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 145. Л. 53-55. См. также отчеты врачебной управы: Д. 648, 1153, 1271, 2079, 2363 и др.

Если врачебная управа имела в своем штате письмоводителя, то в уездах вся «бумажная» работа ложилась на плечи лекаря, который был большей частью занят составлением протоколов, объездного журнала, ведомостей, отчетов и все более превращался в канцелярского работника в ущерб исполнению своих профессиональных обязанностей.

Утверждение документов, носившее формальный характер, постепенно вытесняло из повестки дня заседаний врачебной управы обсуждение текущих проблем. К примеру, январе 1802 г. из 46 обсужденных ярославской врачебной управой вопросов 6 – утверждение судебно-медицинских протоколов (13%)[1]. За соответствующий период 1861 г. управа утвердила 34 судебно-медицинских протокола и 28 медицинских освидетельствований, что в совокупности составило более 55% от общего количества рассмотренных за этот период времени дел (всего 112)[2].

Бюрократическая процедура усложняла и замедляла принятие оперативных решений. Это, в частности, становилось очевидным в случаях возникновения массовых заболеваний: пока в процессе долгой переписки и согласований решались вопросы о направлении врача в очаг инфекции, о «прогонных деньгах», эпидемия сходила на нет. Характерен эпизод, имевший место в Ярославской губернии. В губернское правление 9 ноября 1836 г. поступил рапорт уездного суда г. Любима о появлении в одной из деревень «гнилой горячки» – очевидно, что болезнь появилась раньше. 16 ноября губернское правление предписало врачебной управе направить в очаг заболевания врача. 16 декабря управа доложила, что горячка прекратилась до прибытия лекаря[3].

Вопросами организации здравоохранения занимались различные государственные структуры. Помимо МВД, которому принадлежала ведущая роль, собственную медицинскую часть имело Министерство государственных имуществ. С образованием в 1808 г. Главного управления водяными и сухопутными сообщени-

[1] Подсчитано по: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 17. Л. 1-11.
[2] Подсчитано по: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2129.
[3] ГАЯО. Ф. 79. Оп. 1. Д. 1126.

ями (с 1820 г. – Главное управление путей сообщения), подчиненного МВД, – вопросы организации медицинской помощи «нижним чинам», занятым в судоходстве, решались этим ведомством (с 1865 г. – Министерством путей сообщения). Свои лечебные заведения в регионе имело Духовное ведомство православного исповедания, некоторые другие министерства и ведомства.

2.2 «ПРИКАЗНАЯ МЕДИЦИНА»

Первые в Верхневолжском регионе заведения приказов общественного призрения появились в губернских городах в конце XVIII в.: во Владимире – больница и инвалидный дом (1779), в Костроме – богадельня и инвалидный дом (1779), в Твери – больница и богадельня (1778). В Ярославле в 1778 г. учредили мужскую и женскую богадельни, «дом для сумасшедших» («дом для умалишенных»), в 1780 г. – больницу для «разного звания людей» с особым флигелем для «одержимых прилипчивыми болезнями», в следующем году – воспитательный дом для «приносимых младенцев» и в 1786 г. – Дом призрения ближнего с собственной больницей и аптекой[1]. В 1800-е гг. была учреждена больница в Костроме. К 1816 г. открылись «дома для сумасшедших» и аптеки при заведениях приказа – во Владимире и Твери. В губернских городах размещались военные лазареты. В комплекс учреждений приказов входили работный и смирительный дома[2] (см. Приложение 3).

Актуальной задачей врачебных управ стало создание сети лечебных учреждений в уездах. В апреле 1797 г. А.И. Васильев запросил с мест «обстоятельные сведения о больницах»: насколько приспособлены помещения, есть ли отделения для женщин и заразных больных, достаточно ли число лекарей, снабжены ли лекарствами и т.п. Необходимо было указать, «нет ли таких уездов или селений, в которых совсем никаких публичных убежищ для бедных больных не обретается»[3]. Затем последовали указы военным и гражданским властям губерний об открытии

---

[1] ГАЯО. Ф. 83. Оп. 2. Д. 1. Л. 3об.; *Стог А.Д.* Указ. соч. Приложение 1. Табель о состоянии приказов общественного призрения в 1803 году. У А.Д. Стога сведения о медицинских учреждениях в Ярославле в 1803 г. не указаны.
[2] *Стог А. Д.* Указ. соч. Приложение 3. Табель о состоянии приказов общественного призрения в 1816 году.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIV. № 17902.

повсеместно госпиталей, врачебным управам – «что нужно учредить и устроить для пользования повсеместно больных, как со стороны врачевания, так и содержания оных»[1]. Решение этой задачи определило на первое время главный вектор деятельности врачебной управы.

Больничное строительство в уездных городах началось в XIX в. «Городовое положение» 1785 г. обязывало городские думы заботиться о развитии учреждений приказов общественного призрения (ст.167)[2]. Врачебные управы требовали от городских дум отвести для больниц дома и обеспечить лечебницы всем необходимым. Больницы учреждались не менее, чем на 10 мест, из расчета 1 койка на тысячу жителей. Строительство, так же как ремонт и содержание, финансировались городской казной. Обычно городские думы не спешили тратиться на медицину. Инспектор ярославской врачебной управы после проведения первой ревизии (1799) отмечал, что «строение больниц сходственно положению об оных нигде еще не начато, кроме города Рыбинска»[3].

К 1810-м гг. больницы работали во всех уездных городах Ярославской губернии. Кроме того, в Ростове, Рыбинске и Угличе открылись воспитательные дома для «приносимых младенцев». К концу 1830-х гг. больницы были учреждены в большинстве уездных городов Владимирской, Костромской и Тверской губерний[4].

Больницы подчинялись Медицинскому департаменту МВД, местный надзор осуществляла врачебная управа. Инспектор врачебной управы обязан был инспектировать больницы несколько раз в год и «входить во все предметы как по врачебной, так и по хозяйственной части» (см. 2.1). Больницы, как и другие заведения призрения, числились по ведомству приказов общественного призрения, но в их непосредственном ведении состояли только учреждения губернских городов, которые строились на собственные средства приказов или были переданы частными лицами и содержались на проценты с капиталов приказов и частных пожертвований. Приказ ведал хозяйственной частью этих больниц.

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1. Л. 47об.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXII. № 16187.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 134 об.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1725. Л. 4; Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 45–52об., Д. 646. Л. 23 – 25об.

Больницы уездных городов (городские, или градские) находились в заведовании городских дум, в медицинском и хозяйственном отношении подчинялись врачебным управам[1]. Врачебный устав 1857 г. в перечне различных категорий лечебных учреждений, наряду с прочими, выделял больницы приказов общественного призрения и «больницы городские, состоящие *под влиянием* (курсив мой – *Е.С.*) приказов общественного призрения» (ст. 554)[2].

Порядок работы губернских лечебных заведений определяло «Примерное положение о больнице», разработанное на основе «Генерального Регламента о госпиталях» 1735 г. и включенное в текст «Учреждения для Управления губерний Российской империи» 1775 г. (ст. 394). С учетом санитарных требований предлагалось строить больницы вне города «на высоком месте и свободном воздухе» с особыми отделениями для «наружных» больных, «лихорадочной горячкой одержимых», венерических, чесоточных, выздоравливающих и «стараться о доставлении неизлечимым неимущим покрова, прокормления, услужения и призрения». Рекомендовалось выделять 1/3 мест для женщин, оборудовать собственную аптеку, подсобные помещения, а также заводить подсобное хозяйство (огород, скотный двор). Больницы снабжались мебелью, постелью, бельем и одеждой для больных, кухонным и прочим инвентарем, больные обеспечивались двухразовым питанием. В Положении обстоятельно прописывались условия содержания больных вплоть до маленького колокольчика, чтобы звать «сидельника»[3]. Этим рекомендациям следовали в зависимости от местных возможностей.

«Примерное положение о больнице» определяло штаты и подробно регламентировало должностные обязанности персонала. Штаты включали административно-управленческий аппарат – главного надзирателя, смотрителя, бухгалтера, копииста, медицинских работников – доктора (медицины), лекарей, подлекарей и «прочих служителей» («сидельников», повара, прачку и др.). Лекарь (помощник

---

[1] Устройство общественного призрения в России… Д. 5. С. 20.
[2] Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части. С. 103.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XX. № 14392.

доктора) непосредственно вел больных. Доктор осуществлял общий надзор. Смотритель отвечал за порядок и руководил обслуживающим персоналом. Возглавлял учреждение главный надзиратель, не имевший медицинского образования. Все вопросы работы больницы решались больничным советом в состав доктора, лекарей, смотрителя и бухгалтера, затем докладывались главному надзирателю. Приказ управлял больницей через посредство больничных советов[1]. В 1823 г. МВД дополнительно разработало «Наставления об устройстве больниц»[2].

Хозяйственной частью уездных больниц ведали городские думы, «не имея для управления [больницами] никаких положительных правил»[3]. Затраты города не регламентировались. Готовность местной администрации нести расходы зависела от степени понимания необходимости лечебного учреждения для города, осознания меры своей ответственности за состояние медицинского обслуживания населения и, разумеется, финансовых возможностей городской казны. Они, как правило, были невелики.

На этой почве нередко возникали конфликты между губернскими властями и городским самоуправлением. Так, в 1800 г. имел место затяжной конфликт между ярославской врачебной управой и городской думой Пошехонья. Управа в марте «указала» думе отремонтировать больницу, губернское правление, в свою очередь, дважды (17 сентября и 14 ноября) предписывало думе больницу «привесть в надлежащую исправность». И, тем не менее, 21 декабря пошехонский лекарь сообщал в управу: «больница по сие время не поправлена, и починка оной еще не начата, нужных вещей для больных по требованиям его от думы не доставляется,… хлеб и харч на больных получается с крайней нуждою и с хлопотами, дров также отпускается весьма мало…»[4]. Типична ситуация, описанная ярославским губернатором кн. М.Н. Голицыным в письме министру внутренних дел гр. В.П. Кочубею (1804):

---

[1] Там же.
[2] *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч. II, кн. 2. С. 286.
[3] Устройство общественного призрения в России … Д. 5. С. 12.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 358.

«…обозревая губернию… нашед я в городах Рыбинске и Мологе больницы требующими лучшего устройства, внушал тамошним гражданам о каковом либо благотворительном по сим предметам содействии…»[1].

Благотворительность сыграла важную роль в создании сети лечебных учреждений в губерниях Верхневолжского региона. В ней принимали участие как сословные организации – дворянские собрания, городские общества (купечество), так и частные лица. В 1815 г. в ведение приказа общественного призрения была передана градская больница на 100 коек во Владимире, построенная и оборудованная на благотворительные средства без привлечения средств приказа. В пользу больницы владимирское дворянство пожертвовало 5 тыс. руб., городское общество – 500 руб., кроме того поступили денежные средства и различные материалы от городского головы, от секунд-майора Арапова и других лиц. Город назначил на содержание заведения ежегодное пособие в сумме 500 руб.[2]

Попечитель тверской губернской больницы надв. сов. Карнович на свои средства построил дом для размещения психических больных[3]. В 1817 г. в Старице (Тверская губ.) открылась больница на 20 коек «для больных всех состояний», построенная генерал-майором А. Тутолминым. На содержание больницы филантроп выделил капитал в 200 тыс. руб. Проценты с капитала – 10 тыс. руб. ежегодно – позволили нанять лекаря с жалованьем 1 500 руб. в год и аптекаря с жалованьем 500 руб. (аптекарь в уездной больнице – явление в то время неслыханное). После смерти генерала больница перешла в ведение приказа[4]. Купец Борисов построил и оборудовал здание для больницы в Корчеве (Тверская губ.)[5].

В Костромской губернии купец Иконников построил здание для больницы в Юрьевце, другой благотворитель, купец Чернышев взял на содержание больницу в Кологриве[6].

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 11. Д. 226. Л. 296.
[2] РГИА. Ф. 1263. Оп. 1. Д. 82. Л. 545-545об.; Ф. 1287. Оп. 11. Д. 1233. Л. 5-17.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 18. Д. 42. Л. 17об.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 174. Л. 1-11об., 24; Оп. 14. Д. 1888. Л. 3-3об., 14.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1263. Л. 31.
[6] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12.д. 1725. Л. 10-10об.

В Ярославской губернии крупный предприниматель И.И. Затрапезнов пожертвовал приказу 1 тыс. рублей, другие ярославские купцы «отдали невозвратно» 14 строений с землей стоимостью в 5 тыс. руб.[1] Рыбинский купец Попов на собственные средства выстроил для уездной больницы деревянный дом на 70 мест с флигелями[2]. Лечебница в Мологе, построенная на средства откупщика-благотворителя Казанина, размещалась в двухэтажном каменном доме и двух каменных флигелях с покоями на 15 коек, помещениями для аптеки и лекарских учеников[3].

Благотворительные акции нередко проводились по инициативе и под давлением губернаторов. В 1816 г. тверское дворянство приняло решение пожертвовать в пользу богоугодных заведений 15 878 руб., распределив эту сумму между «душевладельцами» пропорционально количеству крепостных из расчета 4 ½ коп. за ревизскую душу. К 1828 г. собрали всего 2 535 руб.[4] Губернатор после безуспешных попыток принудить дворян внести обещанные деньги обратился к министру внутренних дел А.А. Закревскому с прошением о соответствующем предписании дворянскому собранию. Министр отказался от принудительного сбора пожертвований[5]. В 1831 г. костромской губернатор С.С. Ланской сделал «приглашение» «благородному дворянству и гражданам Нерехтского уезда» «вспомоществовать посильными приношениями на устроение и содержание» больницы на 15 мест для казенных, удельных и помещичьих крестьян. Рекомендованный размер взноса – 20 коп. за каждую ревизскую душу. Губернатор при этом апеллировал к сословной чести: «чины благородного сословия поставляют дела благотворения в числе первейших обязанностей гражданина»[6].

Губернские больницы первоначально имели небольшую коечную мощность, в частности, в ярославской больнице было 30 штатных коек, в тверской – 55. При

---

[1] *Стог А. Д.* Указ. соч. Приложение 3. Табель о состоянии приказов общественного призрения в 1816 году; ГАЯО. Ф. 83. Оп. 1. Д. 1. Л. 1-2.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 65. Л. 2.
[3] Там же.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 477. Л. 1, 48об.
[5] Там же. Л.52об.-53.
[6] РГИА. Ф. 1088. Оп. 7. Д. 1359. Л. 1-3.

больнице имелись хозяйственные помещения (кухня, кладовка, погреб, баня, ледник), иногда квартира для лекаря. Выделялось помещение для аптеки.

Зачастую, особенно в уездных городах, под лечебницы отводились малоприспособленные, ветхие и тесные помещения. Материалы инспекций дают представление о городской больнице первой половины XIX в.[1] Она обычно помещалась на окраине в принадлежащем городу или арендованном у частных лиц деревянном, иногда на каменном фундаменте, или каменном доме из трех-пяти комнат на 10–15, реже на 20 мест. Больницы г. Коврова (Владимирская губ.) и Мышкина (Ярославская губ.) располагались в двух комнатах. Историк медицины XIX в. М.Ю. Лахтин так описывал эти заведения: «Очень многие больничные помещения были почти совершенно лишены света, последний нередко проникал в них сквозь узкие, покрытые грязью и плесенью, никогда не отворявшиеся окна. Пол земляной или гнилой деревянный, нередко ниже уровня земли. Отхожих мест, приспособлений для умывания рук и лица не было. Постельное и носильное белье представляло собой кишащие насекомыми лохмотья…»[2].

Первоначально в больницах не было собственного медицинского персонала. В губернском городе больных пользовали члены врачебной управы, в уездных – уездный лекарь и находящиеся при врачах лекарские ученики. На враче лежала вся медицинская часть: осмотр больных, назначение лечения, ведение «палатных книг», «скорбных листов» (истории болезни), где фиксировался «ход болезни, ее припадки, и лечение», составление медицинской отчетности. Во время поездок врача по уезду в больнице его замещал старший лекарский ученик, но он не имел права делать назначения и выписывать рецепты. Обслуживающий персонал больницы – вольнонаемные из горожан или служащие инвалидных команд.

Вплоть до середины XIX в. российская провинция испытывала острый дефицит медицинских кадров. Во Владимирской губернии, в 1818 г., 6 уездов из 13 не имели врачей, в Костромской – 7 из 12, в Тверской – 3 из 12 (кроме того, вакантными были должности инспектора и акушера врачебной управы), в Ярославской –

---

[1] См. РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 166. Л. 4об.-5; Д. 221. Л. 45-52об., Д. 646. Л. 23-25об.; ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 65.
[2] *Лахтин М.* Этюды по истории медицины. М.: Университетская типография, 1902. С. 112.

2 уезда из 10[1]. Поэтому, как отмечали ревизоры, больные в лечебных учреждениях «бывают малопользуемы со стороны медицинских чиновников, в иных по несостоянию оных, а в иных других потому, что они заведывая двумя уездами и более не успевают преподавать страждущим в болезнях… пособия». Врач «столько занят по делам службы, что и постоянного места пребывания почти не имеет»[2]. Собственные врачи – в губернских больницах – стали появляться в начале 1830-х гг. В 1831 г. был назначен «особый» врач в больницу ярославского приказа. Директор Медицинского департамента удовлетворил и ходатайство тверского губернатора: в 1831 г. назначил врача в губернскую больницу, в 1833 г. – в городскую[3].

Вопросы лекарственного обеспечения решались в зависимости от финансовых возможностей лечебных учреждений. «Фармацевтики» по штатному расписанию в больницах не полагались, больничные аптеки, как правило, обслуживались наличным медицинским персоналом. Лекарства, не требовавшие сложной технологии, готовили либо врачи, либо лекарские ученики – под надзором врачей. При аптеке Владимирского приказа общественного призрения (учреждена в 1804 г.) имелась лаборатория, поэтому был приглашен «вольный» аптекарь Штрейтер за весьма высокое вознаграждение – 1 000 руб. в год (жалованье инспектора врачебной управы составляло 700 руб.). Содержание аптеки наносило приказу «ощутимый ущерб». Меркантильные соображения взяли верх, и аптеку сначала сдали Штрейтеру в аренду на выгодных для приказа условиях (за 5 лет приказ получил 5 250 руб. арендной платы), а в 1817 г. продали ему же за 20 тыс. руб. Ботанический сад при аптеке пошел с торгов за 910 руб.[4] Такая же судьба постигла аптеку Ярославского приказа общественного призрения при Доме призрения ближнего: в 1815 г. она была отдана «в содержание» аптекарю Руммелю, затем Геслингу[5]. В дальнейшем в документах эта аптека упоминалась как частное заведение.

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 11. Д. 1686. Л. 329-330.
[2] Там же. Л. 317об., 332об.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 924. Л. 9об, 30об.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 11. Д. 1806. Л. 1-49.
[5] РГИА. Ф. 1299. Оп. 12. Д. 359. Л. 4об.-5.

В больницах, как правило, под аптеку отводилась небольшая комната, которая одновременно могла служить жильем для лекарских учеников, отвечавших за сохранность лекарств. Представление о такой аптеке дает запись инспектора ярославской управы, сделанная после ревизии больницы в г. Романово-Борисоглебске (Ярославская губ.) в 1844 г.: комната «так мала, что едва вмещает один шкаф с лекарственными материалами, в ней почти совсем нельзя приготовлять лекарств…»[1].

Лекарственным сырьем и готовыми препаратами лечебные учреждения обеспечивались из Московской Главной аптеки по утвержденным каталогам. Главными назывались крупные казенные аптеки, которые занимались продажей лекарственных средств населению и в то же время выполняли роль центральных аптечных складов. Каталоги лекарственных средств, руководствуясь, прежде всего, соображениями экономии, утверждало МВД (до 1803 г. – Медицинская коллегия), причем действовало три каталога: для гражданского населения – наиболее полный, для военных и для арестантов[2]. Врач поневоле вынужден был назначать лечение, исходя не из медицинских показаний, а из ведомственной принадлежности больного. Врачебные управы следили за тем, «чтобы медикаменты употребляемы были с бережливостью, особливо дорого стоящие казне». При отсутствии казенных препаратов лекари имели право заказывать лекарства в кредит в вольной аптеке В таких случаях объемы закупок и затраты контролировались особенно жестко. Дорогие импортные лекарства не дозволялись[3].

В лечебной практике часто использовались простейшие средства, применявшиеся в народной медицине. Реплика попечителя богоугодных заведений Артемия Филипповича Земляники из гоголевского «Ревизора» вполне отражала реальное положение вещей: «…насчет врачевания мы с Христианом Ивановичем (уездным лекарем – *Е.С.*) взяли свои меры: чем ближе к натуре, тем лучше, – лекарств дорогих мы не употребляем. Человек простой: если умрет, то и так умрет; если выздоровеет, то и так выздоровеет»[4].

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 692. Л. 183 об.
[2] Московская медицинская газета. 1861. № 4. С. 25.
[3] См., например: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 220об.; Д. 246. Л. 120.
[4] *Гоголь Н.В.* Повести. Пьесы. Мертвые души. М.: Художественная литература. 1975. С. 166.

В целях экономии некоторые виды лекарственного сырья закупались на месте (воск, смола, камфара, клюква, льняное масло и семя, красное и «простое» вино, уксус, хлебный спирт, свиное сало и т.п.), продукты для тяжелобольных (молоко, белый хлеб и др.) – они также вносились в список медикаментов[1]. На эти цели в уездных городах оставлялись «медикаментные деньги» (или «вычетные деньги») – ежегодные однопроцентные удержания из жалования военных и гражданских служащих (по указу 1712 г. и последующим постановлениям[2]). Эти суммы были невелики. В 1802 г., например, они составляли 5 руб. 16 коп. для больниц уездных городов Ярославской губернии и 20 руб. – для губернской[3]. На больницы ложилась обязанность заготавливать для своих нужд лекарственное сырье и разводить «ботанические огороды». Особое внимание уделялось ревеню. Выращивание этой культуры контролировалось: сведения о посадках и сборе ревеня включались в отчеты уездных больниц.

Больницы приказа общественного призрения предназначались, в первую очередь, для бесплатного лечения неимущих. На правах неимущих принимались «казенного звания люди» (и члены их семей), в основном, рядовые городских гарнизонных, милицейских и инвалидных команд, бурлаки и арестанты. Арестанты поступали в городские больницы, если острог не располагал специальной больничной камерой (со временем при тюрьмах появились собственные лазареты)[4].

С 1834 г. в больницах приказа лечились низшие чины тех государственных учреждений, которые не имели своего лекаря, отставные солдаты и чиновники, казенные и отпущенные на волю крестьяне. Там же лечились военнослужащие (если воинская часть не имела своего госпиталя) и рекруты[5]. Обычно в стационар отправляли больных при подозрении на острое инфекционное заболевание или в тяжелом, даже безнадежном состоянии. Запущенность болезней обусловливала высокую больничную смертность (в больницах Ярославской губернии в первой половине

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 46. Л. 1об.-2; Д. 133. Л. 1об.-2, 5-6; Д. 336. Л. 11-12об. и др.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. IV. №2524; Т. XV. №10789 и др.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 46. Л. 33, 46.
[4] См. ГАЯО. Ф. 86. Д. 149. Л. 3-4; Д. 507. Л. 70, 100, 118 и др.
[5] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. СПб., 1835. № 7273.

XIX в., по нашим подсчетам, более 9%[1]). Лечение больных «казенного звания» оплачивалось соответствующими военными и гражданскими ведомствами.

За бесплатной медицинской помощью могли обращаться лица, обремененные семьями и не имевшие значительных доходов (в таком случае требовалось документальное подтверждение их несостоятельности) – они содержались и лечились на счет приказа, а также мещане и купцы, если общества, к которым они принадлежали, перечисляли денежные средства в пользу приказа[2]. Остальное население могло пользоваться услугами больницы «за умеренную плату». Бесплатное лечение крепостных крестьян в больницах приказа не предусматривалось.

Согласно правилам, принятым Владимирским приказом для местной больницы (1815), на стационарное лечение принимались, во-первых, воинские чины, во-вторых «всякого звания люди», «имеющие по бедности своей и в крайности обстоятельств нужду в пособии правительства». Помещичьи крестьяне – только если случались «порожние места», помещики должны были платить за содержание каждого больного по 10 руб. в месяц и отдельно за лекарства – «сколько по рецепту лекаря следовать будет»[3].

Недостаток средств побуждал больничные советы принимать, в первую очередь, больных военного ведомства. Так, в июле 1808 г. из 63-х человек, находившихся на стационарном лечении в Ярославской губернии, 37 – военнослужащие, включая рекрутов, 4 – арестанты и 22 человека – «вольные» больные[4]. Категорию «вольных» составляли частные лица, оплачивавшие свое лечение. В 1840 г. медицинскую помощь в костромской больнице получили 283 гражданских и 564 военнослужащих[5]. В 1855 г. из 1707 стационарных больных владимирской больницы 1029 – «нижние воинские чины»[6].

---

[1] См., например, ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 79. Л. 19; Д. 1154. Л.38 и др.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. № 7273.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 11. Д. 1233. Л. 17-19.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 149. Л. 3-4.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1725. Л. 3.
[6] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 60.

Больницы располагали небольшим количеством мест, но и имевшийся коечный фонд использовался неэффективно. В отчетах об инспекторских проверках начала XIX в. часто встречается стереотипная запись: «А больных при осмотре никого не было». В 1806 г., например, инспекция не обнаружила пациентов в пошехонской, мологской и ростовской больницах (Ярославская губ.). В остальных шести лечебницах уездных городов в день ревизии находилось в общей сложности 11 человек, в Ярославской больнице – 17 больных[1]. В течение 1831 г. в губернской больнице Твери пролечилось всего 667 больных[2]. Такая же картина наблюдалась и в других губерниях. Население, особенно в глубинке, питало недоверие к рациональной медицине, не имело привычки пользоваться врачебной помощью, предпочитая обращаться к знахарям, к тому же лечение в стационаре отрывало больного от семьи, привычной среды, означало потерю заработка.

Наиболее часто встречающиеся в больницах диагнозы – лихорадки, горячки, скорбут (цинга), «любострастные болезни» (венерические, обычно сифилис), чахотка, ревматизм, грыжа, чесотка, заболевания желудочно-кишечного тракта, «злая корча» (пищевое отравление спорыньей), костоед (остеомиелит), раны и контузии, травматические последствия телесных наказаний (розгами, шпицрутенами).

Помимо терапевтической, в больницах оказывалась хирургическая помощь. Хирургическая деятельность до середины XIX в. не была регулярной, и информация о ней отрывочна. Многие врачи владели хирургическими методами лечения. Врачи, пришедшие на гражданскую службу из армии или флота, как правило, были опытными хирургами.

Основная оперативная деятельность была сосредоточена в губернских больницах (грыжесечения, камнесечения, ампутации, вскрытия гнойников, иссечение опухолей поверхностных локализаций, трахеотомии и др.), но имеются сведения о хирургических вмешательствах в уездных лечебницах. Так, например, ростовский

---

[1] См., например: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 65. Л. 1.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 924. Л. 1.

врач Дезидериев (Ярославская губ.) отчитывался в 1845 г. о сделанных им операциях: «сшитие» заячьей губы, удаление 6 опухолей[1]. В 1843 г. в Ржеве (Тверская губ.) врач Васильев открыл на пожертвования единственную в регионе хирургическую больницу (временную). В этой больнице активно оперировали. В частности, в 1846 г. было проведено 77 хирургических вмешательств, в том числе относящихся к категории сложных: удаление катаракты, камнесечения, грыжесечения, операции на суставах, челюстная, удаление опухолей, включая злокачественные, перевязка плечевой артерии и др.[2] Вместе с тем во владимирской губернской больнице (1855) зарегистрировано всего 9 операций, включая одну ампутацию[3].

30 апреля 1847 г. – через два месяца после опыта Н.И. Пирогова – врачи ярославской губернской больницы впервые оперировали под наркозом. Крестьянину Д. Федорову была произведена ампутация с применением эфирного наркоза, для чего использовали прибор, изготовленный из большого бычьего пузыря. В присутствии старшего врача больницы Р.А. Шульца и других медиков оперировал младший врач К.К. Шенебеер, ассистировал оператор врачебной управы А.И. Подгаевский. «Главнейшие условия сей операции, – сообщали «Ярославские губернские ведомости», – состоят в следующем: отнятие берца правой ноги с перевязкою продолжалось не более 5 минут. В продолжение всего времени больной решительно не чувствовал никакой боли, и теперь как сам он, так и рана находятся в отлично хорошем состоянии»[4].

Эфирный наркоз получил распространение в провинции. Поэтому циркулярным предписанием министра внутренних дел 1847 г. устанавливались правила его применения. «Эфирование» разрешалось как в частной, так и госпитальной практике всем врачам, имеющим по закону неограниченное право на врачебную деятельность. Дантисты и повивальные бабки могли применять наркоз «с дозволения врача, в его присутствии и под его ответственностью»[5].

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 718. Л. 4.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 15-16.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 6.
[4] Ярославские губернские ведомости. 1847. № 20. С. 218.
[5] Сборник циркуляров и инструкций … Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 57.

К 1860/61 г. относится первый отчет о хирургической деятельности ярославской губернской больницы. Под наркозом (с применением хлороформа) было выполнено 18 операций, в том числе 5 ампутаций и 6 операций по удалению опухолей. Кроме того, произведено вскрытий нарывов – 28, введений катетеров – 32[1].

Медицинскими инструментами больницы снабжались за счет казны, но их количество и ассортимент были недостаточны. В 1836 г. МВД обеспечило каждую губернию полным набором хирургических инструментов, который передавался на хранение врачебной управе. Теперь врач мог получить необходимые для операции инструменты, однако за ними нужно было ездить в губернский город[2]. Уездные врачи снабжались наборами анатомических инструментов. Уездные больницы обычно не располагали качественными инструментами. В 1843 г. инспектор врачебной управы Ярославской губернии обнаружил, что в больнице г. Данилова «хирургические инструменты хранятся без ящика и некоторые из оных подвержены ржавчине»[3]. Врачам приходилось покупать дорогостоящие инструменты за свой счет, иногда помогали благотворители.

Учрежденные на рубеже XVIII – XIX вв. больницы постепенно перестали удовлетворять местным нуждам. Росло население, умножалась численность штатных команд (гарнизонных, милицейских, пожарных и др.), чиновничества. С развитием внутреннего российского рынка, интенсификацией хозяйственных связей более оживленным становилось движение людских потоков по территории губерний: посещение ярмарок, транспортировка грузов, поездки «по казенной надобности», перемещение воинских команд, партий арестантов. Одновременно росла заболеваемость. Многие больницы оказались переполненными. В 1840-е гг. в тверской больнице с 55 штатными койками вынужденно помещались до 100 больных, в ярославской больнице на 130 мест нередко бывало до 200 и даже 250 человек[4].

---

[1] Памятная книжка Ярославской губернии на 1862 год. Ярославль, 1863. С. 448.
[2] Сборник циркуляров и инструкций … Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 32-35.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 680. Л. 4.
[4] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 42; Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1759. Л. 2-2об.

Вопросы ремонта, расширения старых помещений, постройки или аренды нового дома, поиски денежных средств для нужд здравоохранения – постоянная «головная боль» медицинских чиновников.

Еще в 1827 г. инспектор Ярославской врачебной управы К. Клейгельс в рапорте губернатору о состоянии лечебных учреждений отмечал, в частности, что во всех больницах и «сиропитательных домах» имелись недостатки, которые заключались «в ветхости, в кою они от времени уже пришли», в тесноте, неудобной планировке помещений, не позволяющей «разделить больных по полу и роду их болезней» (по необходимости в одном отделении размещались чесоточные, венерические, хронические больные), нехватке надворных строений и т.п.[1]

В ежегодных отчетах ярославской врачебной управы за 1840-е гг.преобладали негативные оценки состояния больниц в уездных городах (Мологе, Угличе, Данилове и др.)[2]. В ярославской больнице не хватало медицинского персонала, и приходилось откомандировывать лекарских учеников из уездных, обостряя таким образом и без того сложную ситуацию с медицинскими кадрами в глубинке[3].

В 1842 г. учреждения Ярославского приказа общественного призрения инспектировал чиновник по особым поручениям МВД Н.М. Булдаков. В докладной записке в министерство он сообщал: «Больница [в Ярославле] мала, комнаты низки и дурно освежаются. Богадельня ветха… воспитательный дом чрезвычайно тесен, умалишенные помещаются под больницей… Больница… нуждается в белье, одежде, обуви, мебели и прочих необходимых предметах…» Собственного фармацевта лечебница не имела. В ходе проверки вскрылись серьезные недостатки в хозяйственной деятельности заведения: нерациональное расходование средств, нарушения в ведении документации, в том числе в бухгалтерской отчетности и др. Причину беспорядков ревизор усматривал в невнимании местных властей к вопросам здравоохранения, отсутствии должного контроля деятельности приказа общественного призрения[4].

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 341. Л. 6-8об.; Д. 342. Л. 26-27об.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. . Д. 648. Л. 53-55 об.; Д. 692. Л. 232 об.; Д. 718. Л. 12-12 об., Л. 35-36.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 488. Л. 28 об.; Д. 648. Л. 53-53 об.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп.12. Д. 1767. Л. 2-3, 41-44, 47, 75-79.

Ревизии заведений Костромского приказа общественного призрения, проведенные в 1837, 1842 и 1845 гг., выявили неблагополучное положение (ветхость зданий, теснота) во всех больницах, кроме г. Ветлуги. В Галиче нижний этаж больницы был занят острогом. В Буе и Варнавине по причине бедности городских бюджетов больниц не было. В ветхом состоянии находилось деревянное здание костромской губернской больницы – на постройку нового приказ не имел средств[1].

Инспектирование генерал-штаб-доктором учреждений Владимирского приказа (1852) показало, что помещения больницы в губернском городе «ветхи и сыры, грязны и смрадны», «медицинская часть соответствует внешности заведения[2].

В тесных зданиях, большей частью арендуемых, помещались больницы уездных городов Тверской губернии[3].

МВД обращало внимание на состояние лечебных учреждений в российской провинции. После ревизии ряда губерний в связи с эпидемией холеры (1830 – 1831) министр гр. Д.Н. Блудов признавался: «Я не мог не удостовериться как в том, что нельзя сих больниц оставить в их нынешнем положении… так равно и в невозможности завести ныне же во всех городах новые, хорошие больницы с приличными штатами и с назначением достаточных сумм для содержания их в таком виде. Сей расход долженствовал бы простираться до нескольких миллионов…»[4]. У министерства миллионов для больниц не было. Поэтому министр пришел к выводу о необходимости «дать сей части новое образование»[5].

Предписанием от 7 февраля 1833 г. каждая губерния обязывалась устроить одну-две окружные больницы в центральных уездных городах – наиболее населенных, богатых и имеющих удобное сообщение с соседними уездами – за счет средств приказов общественного призрения и городских бюджетов, уменьшив при этом коечную мощность и расходы по содержанию лечебниц в остальных городах.

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 860. Л. 2-3; 1246. Л. 25; Д. 1725. Л. 10, 16-16об.; Ф. 1297. Оп. 244. Д. 132. Л. 6-8.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 131. Д. 143. Л. 3
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп.12. д. 1263. Л. 8об.
[4] Сборник циркуляров и инструкций … Т. 6. Ч. XII. Распоряжения, относящиеся до общественного призрения. С. 558.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1263. Л. 21.

Рекомендовалось, по возможности, использовать имеющиеся лечебные базы, завести постоянный медицинский персонал, «доброе хозяйство», небольшие аптеки и обеспечить «достаточно надежное медицинское пособие». В окружные больницы предполагалось свозить госпитальных больных из близлежащих уездов[1].

Начальники губерний региона рапортовали министру внутренних дел о намерении открыть окружные больницы в Вышнем Волочке и Ржеве Тверской губернии, Вязниках и Юрьеве Владимирской губернии, Ростове и Рыбинске Ярославской губернии (данными по Костромской губернии мы не располагаем). Однако на пути реализации этих планов стояли серьезные препятствия.

В Тверской губернии города ссылались на отсутствие подходящих зданий и невозможность расширить существующие больницы. Инспектор врачебной управы побывал во всех городских думах и «словесно внушал им цели правительства насчет распространения и улучшения градских больниц», но все отзывались «неимением к тому средств», о чем приказ общественного призрения уведомил Хозяйственный департамент МВД 29 сентября 1842 г.[2]

Окружные больницы в Тверской губернии не были учреждены.

Купечество г. Вязники Владимирской губернии также не поддалось на уговоры внести пожертвования, и губернатор информировал МВД о невозможности построить больницу в этом городе[3]. Владимирский приказ отказался и от планов строительства больницы в Юрьеве. На выручку пришел купец 1-й гильдии, потомственный почетный гражданин И.Д. Киселев.

И.Д. Киселев и его младший брат В.Д. Киселев изъявили желание построить на собственные средства больницу в г. Шуе в память деда, основателя семейного состояния. На строительство каменного двухэтажного здания со службами И.Д. Киселев выделил 90 тыс. руб. ассигнациями. Кроме того, были назначены капиталы на ремонт и содержание 10 коек – 30 тыс. руб. После отказа шуйского купечества выполнить данное ранее обещание обеспечить взносами остальные 46 коек, братья

---

[1] Там же. Л. 21-21об.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1263. Л. 30-30об.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1260. Л. 115-117об.

Киселевы пожертвовали на содержание больницы еще 80 тыс. руб., а также деньги на постройку церкви при больнице. С высочайшего разрешения Киселевская больница на 56 коек была открыта 5 ноября 1844 г. По ходатайству губернатора, отметившего, что приношения Киселевых «выходят из ряда обыкновенных» (на различные «общеполезные учреждения» И.Д. Киселев пожертвовал более 1 млн руб.), братья были награждены первоначально золотыми медалями, а затем получили более высокие награды – ордена Св. Анны 3-й степени[1].

В Ярославской губернии было решено увеличить число коек в ростовской и рыбинской больницах соответственно с 15 до 40 и с 30 до 60, материальное обеспечение и ремонт возложить на городские бюджеты, при этом не сокращая коечную мощность других больниц[2].

10 октября 1842 г. последовало распоряжение министра отказаться от устройства окружных больниц и сосредоточить внимание на улучшении городских[3]. В конце 1840-х гг. в губерниях России, причем не во всех, имелось лишь по одной окружной больнице[4].

В 1851 г. временно вводился Устав лечебных заведений гражданского ведомства. Больницы изымались из ведения городских дум и передавались приказам общественного призрения (исключение – Киселевская больница в Шуе, она осталась в ведении города[5]), при этом города продолжали их финансировать. Для управления больницей создавался совет под председательством предводителя дворянства (губернского или уездного), который подчинялся приказу. Совет решал кадровые и финансовые вопросы. Забота о привлечении средств и благоустройстве больницы ложилась на плечи попечителя. Под непосредственным управлением совета работала контора в составе старшего врача, смотрителя, письмоводителя и – в крупных

[1] Там же. Л. 16-23, 90-168, 187, 228, 237.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1340. Л. 2-4.
[3] Там же. Л. 33.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 13. 539. Л. 6.
[5] Устройство общественного призрения в России… С. 22.

больницах – бухгалтера. Контора решала все хозяйственные вопросы, включая лекарственное и продовольственное обеспечение, наем обслуживающего персонала[1].

Устав определял штаты медицинского персонала больницы: старший врач, выполнявший также обязанности директора учреждения, ординаторы – один на 30 больных и фельдшера – помощники врача. Вводились суточные дежурства ординаторов. Специальный раздел устава посвящался аптекам. Предусматривалось снабжение лекарствами по контракту из вольной аптеки, но если в городе не было частной аптеки, то больнице рекомендовалось учреждение собственной[2].

Устав прописывал правила пользования медицинскими услугами лечебных учреждений приказа. Губернские больницы (на 50–200 кроватей) и уездные (на 10–50 кроватей) предназначались для лечения служащих гражданских и военных ведомств. Каждое ведомство, общество или частное лицо могло вносить деньги для постоянного содержания определенного числа кроватей. Плата за содержание служащих гражданских и ведомств и больных, лечившихся на счет обществ или благотворителей, ежегодно устанавливалась министром внутренних дел. В 1863 г., например, она составляла в зависимости от региона 4 ½ руб. – 7 ½ руб. в месяц[3] – сумма совершенно недоступная для бедного человека. На счет казны лечились арестанты (3 коп. серебром на одного больного в сутки[4]). Лечение больных военных ведомств – там, где не было военного госпиталя – оплачивалось военным комиссариатом. На бесплатное лечение – при наличии мест – принимали только больницы губернских городов, которые содержались из собственных сумм приказа общественного призрения. Там же оказывалась бесплатная медицинская помощь приходящим неимущим больным.

Плата за лечение (и погребение умерших) составляла основной источник доходов и источник финансирования лечебных учреждений, о чем свидетельствуют данные по некоторым больницам Костромской губернии[5]:

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXVII, ч. 2. СПб., 1865. № 24781а.
[2] Там же.
[3] Там же. С. 24.
[4] Сборник циркуляров и инструкций … Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 103.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1246. Л. 4.

Город	Источники финансирования	
	Городской бюджет (руб.)	Плата за лечение (руб.)
Галич	286	670
Кинешма	286	514
Макарьев	229	255
Нерехта	171	220

В середине XIX в. уездные больницы принимали на лечение почти исключительно платных больных, неимущих отправляли в губернские, но и там они составляли меньшинство. Владимирская губернская больница в 1864 г. оказала помощь 2 469 платным и 167 бесплатным больным, уездные больницы лечили только на платной основе[1]. В Костромской губернии, по данным на тот же год, некоторые уездные больницы принимали бесплатных больных, в частности, в г. Буй – 3 человека из 73, в Галиче – 1 из 112, Кинешме – 1 из 120[2].

Ограничение до минимума возможности бесплатного лечения противоречило идее, заложенной в основание «приказной медицины»: оказывать медицинскую помощь неимущим. В 1848 г. чиновник МВД докладной записке констатировал: «К сожалению, таковое предначертание уездных больниц не осуществляется, они, по ограниченности способов, едва достаточны для пользования гарнизонных нижних чинов»[3].

Передача городских больниц под начало приказов общественного призрения не оправдала ожиданий властей. По признанию МВД (1863), «все наши городские больницы с изъятием их из заведывания городских учреждений... нисколько не продвинулись в течение 10 лет при *правительственном управлении* (курсив наш – *Е.С.*) в своем благоустройстве». Больничные советы также не принесли существенной пользы. Напротив, «оставаясь постоянно учреждениями номинальными, они

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 18. Д. 103. Л. 14об.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 18. Д. 76. Л. 18об.-19об.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 13. Д. 539. Л. 1.

образовали только лишнюю инстанцию между приказами общественного призрения и конторами» [1].

Решение вопросов улучшения состояния лечебных учреждений зависело от местных финансовых возможностей и скорости работы государственной бюрократической машины. Приказы, если и располагали средствами, не могли самостоятельно осуществлять проекты стоимостью более 1 500 руб. Костромской приказ, например, в течение пяти лет, с 1837 г., вел переписку с МВД сначала по вопросу финансирования найма, затем покупки и перестройки дома для больницы. Разрешение взять кредит при условии сокращения расходов было получено в 1842 г.[2]

В 1844 г. Ярославский приказ общественного призрения ходатайствовал перед МВД о разрешении на постройку нового здания для больницы. В ноябре 1847 г. проект получил высочайшее утверждение. Последовала длительная переписка с МВД по вопросам финансирования строительства (сметная стоимость составила 98 тыс. 485 руб. 4 ¼ коп. сер.) Строить больницу на свои деньги приказ не имел возможности: собственные доходы шли на содержание подведомственных учреждений. Наконец, в 1849 г. министр внутренних дел разрешил приказу занять необходимую сумму из оборотного капитала, поскольку больничное здание, по признанию МВД, «требует неотлагательной постройки нового помещения»[3]. В 1850 г. заложили фундамент и возвели первый этаж, к концу 1851 г. корпус был подведен под крышу, в 1852 г. произведены отделочные работы. 30 октября 1852 г. Ярославская губернская строительная и дорожная комиссия приняла новое здание[4].

С вводом трехэтажного корпуса в эксплуатацию больница расширилась. Выделили помещение для амбулатории. Но ряд проблем оставался нерешенным (отсутствовал водопровод, современный ватерклозет, помещение для морга и др.). Требовали ремонта старые здания[5].

---

[1] Устройство общественного призрения в России... Д. 5. С. 21-22.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 860. Л. 239-386.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 2043. Л. 17, 35.
[4] Там же. Л. 66.
[5] См.: РГИА. Ф. 1287. Оп. 20. Д. 111. Л. 43 об.-44.

К середине XIX в. для губернских больниц региона были построены новые здания или наняты частные дома, отремонтированы и расширены старые помещения. Коечная мощность увеличилась до 120 коек во владимирской, до 250 коек – в ярославской больнице (см. Приложение 3). В Твери градская больница была объединена с губернской, таким образом, суммарная коечная мощность составила 185 коек[1]. Костромская больница на 150 коек располагалась в каменном 3-этажном здании, при ней были построены 2-этажная каменная богадельня и два флигеля для аптеки и кухни. Больные размещались «по роду болезней» в 23 «весьма просторных» палатах. Инспектор в отчете об осмотре больницы в 1865 г. записал: «В медицинском и хозяйственном отношении соблюдается строгий порядок… чистота и порядок соблюдаются, скорбные листы у больных ведутся исправно, продовольствие законное, белья и прочих больничных вещей достаточно»[2].

Увеличивались штаты врачей, лекарских учеников, в губернских больницах появились фармацевты (см. Приложение 4). Провизоры работали в аптеках костромской и ярославской больниц, вольный аптекарь А. Юргенсон – в аптеке тверской больницы (без жалованья). Вторые врачи были наняты во владимирской, костромской и ярославской больницах.

В уездах ситуация была сложнее. Проблемы уездных больниц носили хронический характер: теснота и ветхость больничных помещений и хозяйственных построек, недостаток инвентаря, отсутствие качественных медицинских инструментов, недостаточное лекарственное обеспечение и самая острая – недостаток средств. Наглядное представление о бедности уездного здравоохранения дает опись казенного имущества, составленная романово-борисоглебским врачом М.А. Конорским (Ярославская губ.) при сдаче должности (1864). Приведем ее полностью: «1) анатомический ящик уездного врача в кожаном чехле со всем прибором – 1; 2) печать уездного врача – 1; 3) все дела уездного врача с 1854 по 1864 год»[3].

---

[1] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 6. Ч. XII. Распоряжения, относящиеся до общественного призрения. Приложения. С. 121, 170, 297-298, 332.
[2] ГАКО. Ф. 204. Оп. 1. Д. 700. Л. 75-75об.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2393. Л. 13.

В особенно запущенном состоянии находились «дома для умалишенных». Костромской «дом для умалишенных» помещался в одном здании с работным и смирительным домом и составлял с ними одно хозяйство. Больные содержались «сообразно понятиям прежних лет»: «за призреваемыми надлежащий присмотр имеется, по недостатку же устройства и способов потребных для больных подобного рода специальное лечение не производится»[1] и «даже медик посещает их только по востребованию в случае болезни»[2]. «Дом для умалишенных» во Владимире, как отмечалось в отчете врачебной управы за 1855 г., «не соответствует своей цели»: для лечения больных «по всем правилам психиатрии нет никакого удобства»[3]. Женское отделение для психических больных в тверской больнице состояло из восьми зловонных чуланов, и больные преждевременно умирали вследствие сырости и холода[4].

Расходы по реконструкции больничного хозяйства приказы стремились переложить на города, чьи бюджеты также были невелики. Ярославский приказ общественного призрения, к примеру, не изъявил намерения участвовать в строительстве и ремонте уездных больниц своими капиталами. Лишь больница г. Пошехонье получила от приказа 99 руб. На эти деньги была отремонтирована крыша, куплена пара валенок («для хождения в баню») и сшит меховой тулуп[5].

В ряде случаев помогали благотворители. Благополучие уездных больниц, отмечалось Тверской врачебной управой (1855), обеспечивалось уездными предводителями дворянства – председателями больничных советов (в Старице и Ржеве), либо попечителями (в Торжке и Кашине)[6] – и те, и другие занимались привлечением пожертвований, пополняли бюджет учреждений собственными средствами.

Удручающее положение больниц обусловлено не только недостатком финансирования. Другая немаловажная причина – «упущения по должности» со стороны

---

[1] ГАКО. Ф. 204. Оп. 1. Д. 700. Л. 75об.-76.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 1725. Л. 9-9об.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 13.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 516. Л. 1об.; Ф. 1297. Оп. 244. Д. 678. Л. 97.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2130. Л. 25.
[6] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 678. Л. 98об.-99.

медицинского персонала, что отчасти объяснялось чрезмерной нагрузкой, возложенной на врача и лекарских учеников. Примером может служить «Дело о беспорядках, чинимых в мологской больнице лекарем Фогелем» (1857 – 1858, Ярославская губ.)[1]. Губернатор П.А. Бутурлин в ходе инспекционной поездки по губернии прибыл в мологскую больницу на день раньше назначенного срока. Далее предоставим слово самому губернатору: «Беспорядки, какие представились здесь глазам моим и открытием которых я обязан исключительно внезапному и никем не ожиданному посещению своему – превзошли всякую степень вероятия и возбудили справедливое негодование мое. Больные, как мужчины, так и женщины были помещены в нижнем этаже в одной небольшой и крайне неопрятной комнате, наполненной удушливым воздухом и зловонием, совершенно ничем не разделенные; так на одной кровати лежал мужчина, на другой, непосредственно за нею следующей, молодая женщина, одержимая сифилитической болезнью и т.д.; больные в грязном белье, довольно изношенных халатах и стоптанных туфлях; белье постельное представляло тот же вид нечистоты; вместо наволочек была надета какая-то ветошь, тряпье; во всей больнице ни фельдшера, ни одного служителя, ни одной служанки для присмотра за призреваемыми в больнице… Совсем другой противоположный вид представляли прочие комнаты нижнего и верхнего этажа…»: натертые полы, чистое белье на кроватях, нигде ни пылинки, воздух, наполненный благовониями, и пр. «Но, к сожалению, – горько иронизировал губернатор, – здесь недоставало одной принадлежности – больных»[2].

В 1859 г. МВД направило губернаторам циркуляр, предписывавший «вменить в обязанность инспекторам управ принимать своевременные меры к искоренению всех замечаемых ими в больницах беспорядках и оказывать со своей стороны возможное содействие к искоренению оных»[3].

К середине XIX в. больничное хозяйство приказов общественного призрения пришло в упадок. МВД подняло вопрос о реформе системы и о закрытии приказов.

---

[1] См. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1907.
[2] Там же. Л. 2-3.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 20. Д. 111. Л. 99-99об.

Помимо госпитальной помощи, государство взяло на себя организацию внебольничного родовспоможения (в больницах приказов родильных отделений не было). Должность правительственной повивальной бабки (сестры-акушерки) в провинции впервые прописывалась законом 1797 г. (см. 2.1). В ее обязанности входило оказание бесплатной акушерской помощи бедному населению. Деятельность повивальных бабок регламентировалась особым Уставом, принятым в 1789 г. Акушерская практика разрешалась только при условии успешной сдачи экзамена на звание повивальной бабки и принятия присяги («присяжные бабки»). Устав запрещал производство абортов и врачебную деятельность, в трудных случаях обязывал повивальную бабку обращаться к помощи врача-акушера[1].

Подготовкой акушерок во второй половине XVIII – первой половине XIX вв. занимались повивальные институты при Петербургском и Московском воспитательных домах. Принимались на службу и иностранки, обычно из Германии.

В уездных городах должности повивальных бабок долгое время оставались вакантными – сказывался острый кадровый голод. В уездные города Ярославской губернии на рубеже XVIII – XIX вв. акушерок не назначали. Лишь в Углич в 1800 г. вместе с мужем, назначенным на должность уездного лекаря, приехала Матрена Ноздровская. В 1820 г. губернатор на прошение врачебной управы обеспечить акушерской помощью Рыбинск ответил, что «бабку определить невозможно» и предложил дожидаться очередного выпуска повивального института[2].

Штаты акушерок во Владимирской, Тверской и Костромской губерниях (кроме Варнавино) были заполнены к 1845 г., в Ярославской – к 1849 г.

Ведомости о принятых родах, которые составлялись повивальными бабками, позволяют судить о масштабах акушерской помощи в провинции. Так, по сведениям за 1830 г. в Ярославской губернии акушерок приглашали на роды 46 раз[3]. Эти цифры ничтожно малы. Насколько позволяют судить фрагментарные данные за по-

---

[1] Оценка лекарствам. При том: Устав аптекарский. Устав повивальным бабкам. Устав о должной плате медицинским чинам.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 264. Л. 60.
[3] Подсчитано по: ГАЯО. Ф.86. Оп.1. Д. 419. Л. 1-48.

следующие годы, ситуация качественно не менялась. В 1849 г. акушерки отчитались о 217 родовспоможениях, причем наибольшее количество пришлось на Ярославль (43) и Рыбинск (45)[1].

В 1829 г. инспектор ярославской врачебной управы Вишневский после ревизии медицинской части губернии отметил в официальном журнале, что повивальная бабка «доверием пользуется дворянского, частью купеческого и частью мещанского сословия». Прочие же классы вследствие «сделанной издавна привычки» «прибегают к помощи в родах к простым повитухам». И далее: трудные роды, «составляя редкость между простым народом делают ненужным для того привилегированную (дипломированную – *Е.С.*) повивальную бабку, так что повсюду легко без нее обходятся…»[2]. В отчет даниловской повивальной бабки (Ярославская губ.) за 1844 г. включены сведения о сословной принадлежности рожениц, воспользовавшихся ее услугами, подтверждающие вывод инспектора: из 29 родовспоможений 5 было оказано в семьях помещиков, 3 – в семьях купцов, 6 – мещан, 7 – чиновников, 2 – военных, 3 – крестьян (о трех младенцах информация отсутствует)[3].

Здравоохранение в регионе рождалось в сложных условиях. Нововведения XVIII в. – века Просвещения – практически не затронули провинциальную Россию. Научные знания, особенно в области медицины, вступали в конфликт с отечественными культурными традициями и потому отвергались.

В обществе господствовали представления о грехе, порче или колдовстве как причинах болезни, взгляд на душевнобольных как на «одержимых бесами», а здоровье, ввиду частых неурожаев и постоянной угрозы голода, обычно связывалось с сытостью. Анатомирование нередко расценивалось как вызов христианским представлениям о душе и теле, о смерти, отношении к покойному и человеку вообще. Поэтому медицина связывалась с преступлениями против религии и морали. На формирование отрицательного «образа» рациональной медицины в немалой степени повлияло качественное состояние казенного здравоохранения. В «дурно

---

[1] Подсчитано по: ГАЯО. Ф.86. Оп. 1. Д. 1154. Л. 42 об.
[2] РГИА. Ф. 1299. Оп. 15. Д. 477. Л. 3-6.
[3] Подсчитано по: ГАЯО. Ф.86. Оп. 1. Д. 742. Л. 2-10.

устроенные больницы», как писала «Московская медицинская газета», неохотно идут и горожане, и сельские жители, «только одна бедность или совершенная невозможность исцелиться на дому в состоянии принудить их к этому»[1]. Эти психологические установки подавляющей массы населения в условиях господства традиционной культуры демонстрировали свою устойчивость.

2.3. ВЕДОМСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА

В ходе реформы управления государственными крестьянами (1837 – 1841) в число мер казенного попечительства П.Д. Киселев, возглавивший новое Министерство государственных имуществ (МГИ), включил организацию элементарной медицинской помощи государственным крестьянам. До образования МГИ казенная деревня располагала 3 785 «малосведущими оспопрививателями из местных крестьян» и 5 врачами. Лечебных учреждений не было[2]. Государственные крестьяне, составляя в 1850-е гг. 45,2 % земледельческого населения Европейской России, относились к той категории населения, которая могла рассчитывать на государственное попечительство, в том числе на «безденежное» лечение в больницах приказов общественного призрения. Но в лечебных учреждениях приказов подавляющее большинство больных, как мы видели, составляли военные и гражданские чины. Следовательно, больницы для крестьян были практически недоступны.

Министерство, обеспокоенное высокой смертностью населения, признавая «недостаток пособий в болезнях вообще, в особенности в болезнях заразительных», в 1843 г. разработало программу по охране «народного здравия». Это были, в основном, меры санитарно-профилактического и противоэпидемического характера, в том числе оспопрививание. Кроме того, предусматривалось устройство лечебниц

---

[1] Московская медицинская газета. 1862. № 30. С. 178.

[2] Обозрение деятельности Министерства Государственных Имуществ по заведыванию государственными крестьянами и южными поселянами с 1838 по 1866 год, представленное Государю Императору в марте 1867 года Министром Государственных имуществ. // Сельское хозяйство и лесоводство. Журнал министерства Государственных Имуществ. 1867. Ч. XCIV. С. 95.

в «местах, более требующих медицинского пособия» и организация родовспоможения. Особое внимание предлагалось обратить на подготовку фельдшеров, рекомендовалось также «озаботиться отдачею в родовспомогательные заведения женщин для обучения акушерскому искусству», всем родовспомогательным учреждениям предписывалось готовить повивальных бабок из крестьянок[1].

МГИ пыталось организовать сертификацию сельских повитух, практически овладевших повивальным искусством. Сельским бабкам в возрасте 20–40 лет, не менее года обучавшимся у дипломированной акушерки, предлагалось сдавать экзамен с тем, чтобы заниматься акушерской практикой на законном основании[2]. Желающих, однако, находилось мало. В Ярославской губернии лишь одна (Анна Яковлева) согласилась подвергнуться испытанию, прошла его и получила свидетельство на звание сельской повивальной бабки. В дальнейшем Яковлева с успехом практиковала и была «известна по доверию к ней местных жителей», но жалования от казны не получала[3].

26 декабря 1851 г. было принято «Положение о медицинской части Министерства государственных имуществ». Оно определяло штатный состав «медицинской части» и обязанности чиновников. Вводилась должность главного медика при МГИ; при губернских палатах государственных имуществ – должность губернского врача, в его обязанности входило руководство работой персонала и контроль эпидемической и ветеринарной обстановки. Назначались ветеринарный врач, его помощник, окружные врачи (округа создавались в целях специального управления и объединяли уезды, где государственные крестьяне составляли значительную долю населения) и в каждую казенную волость – фельдшер, 1–2 оспопрививателя, повивальная бабка и коновал[4].

Вследствие дефицита медицинских кадров обязанности окружных врачей первоначально исполняли по совместительству уездные врачи без дополнительного вознаграждения. Позднее МГИ стало назначать по одному лекарю на два

---

[1] РГИА. Ф. 383. Оп. 6. Д. 5132. Л. 3-4.
[2] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 66-70.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1730. Л. 5.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. XXVI, ч. 2. СПб, 1852. № 25850.

округа и более. Так, во Владимирской губернии обязанности по обслуживанию пяти округов (Владимирского, Суздальского, Александровского, Муромского и Ковровского) были распределены между тремя врачами. Далеко не все вакансии были заполнены. В Костромской губернии по ведомству МГИ работал только губернский врач, причем без жалованья, в округах врачей не было. Не значились врачи МГИ в отчетных документах Тверской губернии[1].

На окружных врачей возлагалось наблюдение за работой фельдшеров, оспопрививателей, обучение оспопрививанию крестьянских подростков, контроль эпидемической и ветеринарной обстановки. По мере возможностей врач лечил крестьян, хотя лечебным делом, в первую очередь, занимались фельдшера, которых также не доставало. Фельдшер вел бесплатный прием больных, занимался оспопрививанием, участвовал в ликвидации эпидемий.

Вопросы госпитального лечения государственных крестьян решались с трудом. Так, было решено открыть лечебное заведение в Ямской слободе Владимирской губернии. В 1842 г. МГИ утвердило штаты: врач, фельдшер, прислуга. 1 января 1846 г. «по всем частям совершенно устроенное больничное заведение» на 25 мест открылось, но не в Ямской слободе, где не нашлось подходящего помещения, а во Владимире. В 1851 г. управляющий Владимирской палатой государственных имуществ в ходе осмотра больницы обнаружил различные нарушения (правил устройства аптеки и закупки лекарств, ведения документации и др.), но главное – пришел к заключению, что больница должна находиться не в губернском городе, а в сельской местности[2]. Средства на содержание больницы отпускались скудные: в 1857 г. – 340 руб. 72 коп., в том числе на «медицинские припасы» – 15 руб. 95 коп., губернский врач МГИ, по совместительству заведовавший больницей, положенного жалованья не получал. Крестьяне приходили за врачебным советом, но в стационаре оставались неохотно, большей частью там содержались хроники и неизлечимые: за 1857 г. амбулаторную помощь получили 391 человек, госпитальную –

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 4об.-10.; 678. Л. 62-63об.
[2] РГИА. Ф. 383. Оп. 11. Д. 10464. Л. 1-94.Л.

109 человек. В этих обстоятельствах Владимирская палата государственных имуществ сочла нецелесообразным содержать больницу, и в 1859 г. владимирскую больницу закрыли[1].

Предложение Тверского управляющего палатой государственных имуществ открыть больницу в Кашинском округе не было реализовано: помещение, в котором планировалось разместить лечебное учреждение МГИ сочло неудобным[2]. В Костромской губернии к устройству больницы для казенных крестьян не приступали «по неимению врачей»[3].

Более счастливой была судьба лечебного заведения для крестьян казенных волостей Ярославской губернии. Ее учреждение инициировала Ярославская Палата государственных имуществ. Разбогатевший крестьянин Ярославского уезда С.М. Кузнецов решил построить в родном селе Марково богадельню. Финансовую поддержку оказал московский купец первой гильдии, почетный гражданин, односельчанин Кузнецова А.А. Карзинкин. К концу 1844 г. каменное здание с деревянными надворными постройками общей стоимостью в 4 000 руб. было готово. Управляющий Палатой МГИ, осмотрев здание, «убедил жертвователей обратить заведение то к цели более общеполезной – к устройству вместо богадельни лечебницы»[4].

Необходимость больницы представлялась очевидной: с. Марково находилось в густонаселенной местности – вокруг села располагались еще 67 деревень, а ближайшая больница (в Ростове) – в 40 верстах. Карзинкин выделил дополнительные средства, Кузнецов взялся за постройку двух флигелей (под квартиры медицинского персонала и для размещения инфекционных больных). В главном корпусе оборудовали покои на 15 кроватей (5 – для женщин). Штаты больницы включали лекаря, фельдшера и четырех человек обслуживающего персонала. В 1846 г. единственная в губернии больница для крестьян открылась. Попечителем больницы выбрали Кузнецова. Содержалась больница частью на проценты с капитала в 3 000 руб., пожертвованного Карзинкиным, частью на казенные средства. Общественная

[1] РГИА. Ф. 383. Оп. 20. Д. 26834. Л. 1-5, 9-10об., 16об., 22.
[2] РГИА. Ф. 383. Оп. 6. Д. 5137. Л. 4–5.
[3] РГИА. Ф. 383. Оп. 27. Д. 27. Л. 57.
[4] РГИА. Ф. 383. Оп. 9. Д. 7714. Л. 39 об.

деятельность благотворителей была отмечена наградами – медалями «За усердную службу»: Карзинкин получил золотую, Кузнецов – серебряную медаль.

За период 1847 – 1851 гг. лечебница приняла 170 стационарных больных и 1485 амбулаторных. В 1852 г. МГИ поставило вопрос о целесообразности содержания больницы: в 1851 г. в стационаре пролечилось лишь 5 человек. Благодаря усилиям губернского врача больницу удалось отстоять[1]. В дальнейшем она продолжала работать с неполной нагрузкой, хотя количество стационарных больных увеличивалось и, кроме того, оказывалась амбулаторная помощь. В 1862 г., например, пролечилось 36 стационарных больных и 460 амбулаторных. Бюджет Марковской лечебницы в 1863 г. составлял 827 руб. 23 ½ коп. Но израсходовали лишь 362 руб. 6 ½ коп., в том числе на лекарства – 16 руб. 18 ¾ коп.[2]

В больницы крестьяне шли неохотно, но обращаемость к фельдшерам за медицинским советом и лекарствами постоянно росла. Фельдшерские вакансии заполнялись постепенно, в течение 1850-х гг.

С 1856 г. при фельдшерских пунктах открывались сельские аптечки, частью на благотворительные средства, частью на ассигнования палаты государственных имуществ. Фармацевтов не приглашали, фельдшер сам готовил простые лекарства из местного сырья и бесплатно снабжал крестьян. Аптечки эти были крайне бедны. Опись медикаментов, составленная, например, в Сретенской аптечке (Рыбинский уезд Ярославской губ.) при передаче ее земству в 1866 г., включала 59 наименований лекарственных средств и оборудование: ступка, зубной крючок, весы с разновесами, скарификатор, старый неполный фельдшерский набор[3].

Типичный пример организации медицинской помощи государственным крестьянам представляет собой «медицинская часть» МГИ Ярославской губернии. Штаты медицинского персонала при палате государственных имуществ включали губернского лекаря (с 1862 г. сверх штата без жалования при палате находился вто-

---

[1] РГИА. Ф. 383. Оп. 15. Д. 17910. Л. 7-7 об.
[2] ГАЯО. Ф.86. Оп. 1. Д. 2262. Л. 15, 18.
[3] РбФ ГАЯО. Ф. 10. Оп. 1. Д. 57. Л. 22-22об., 57об.

рой медик – младший ординатор больницы приказа общественного призрения), ветеринарного врача и его помощника, двух окружных врачей, 17 фельдшеров (9 старших и 8 младших), 37 оспопрививателей. К началу 1860-х гг. в губернии насчитывалось 14 сельских аптечек, из них 5 открылись на благотворительные средства и 9 – на ассигнованные Палатой государственных имуществ (по 60 руб. сер. на каждую). В 1864 г. «врачебное пособие» в сельских аптечках получили 2 234 человека. Кроме того, было открыто 7 приемных покоев (на 1–5 коек)[1].

«Медицинская часть» МГИ просуществовала недолго – до 1 ноября 1866 г. К этому времени, по данным министерства, в казенных селениях было организовано около 900 сельских фельдшерских пунктов, 269 лечебниц и приемных покоев, преимущественно в местностях, неблагополучных в эпидемическом отношении, 1200 аптечек. В Москве была открыта фельдшерская школа на 150 мест, расширена подготовка фельдшеров при клиниках, организовано обучение оспопрививателей. Петербургский и Московский повивальные институты открыли отделения для крестьянок (на 20 воспитанниц в каждом). Медицинские штаты министерства включали 44 губернских и 126 окружных врачей, 51 ветеринара, 1 278 фельдшеров, 71 повивальную бабку, 3 726 обученных оспопрививателей и 490 помощников из крестьян[2]. Ежегодные расходы на содержание «медицинской части» МГИ определялись в сумме 237 963 руб., они покрывались из общественного сбора, который взимался с крестьян. С 1858 г. казна выделяла дополнительно около 50 тыс. руб. в год[3].

Объем медицинской помощи, которую получали государственные крестьяне, незначителен, ее уровень невысок, более заметные результаты дало оспопрививание. Медицинская часть МГИ, как отмечали практические врачи, не понаслышке знавшие ситуацию с медицинской помощью в казенной деревне, существовала «более для формы и притом в весьма скромных размерах»: 1 лечебница приходилась на 721 499 крестьян, 1 медик – на 101 516 человек[4]. И все же ситуация в казенной

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 2362. Л. 400 об.-401.
[2] Обозрение деятельности Министерства Государственных Имуществ по заведыванию государственными крестьянами … С. 100.
[3] Там же. С. 99.
[4] Там же. С. 31.

деревне выгодно отличалась от деревни помещичьей. Опыт организации фельдшерских пунктов был впоследствии использован в земской медицине.

В 1866 г., после введения земского самоуправления, все дела по попечительству над государственными крестьянами были переданы в ведение губернских и уездных земских учреждений, 1-й Департамент МГИ, заведовавший этими делами, упразднен[1].

Особая проблема в регионе Верхней Волги – организация медицинской помощи бурлакам. Как отмечали медицинские чиновники, «между ними (бурлаками – *Е.С.*) каждое лето бывают в значительном количестве от изнурительной работы и скудного продовольствия больные одержимые горячкой, поносом и прочия»[2]. В период навигации судорабочие – так бурлаки именовались в официальных документах – составляли основную часть пациентов больниц в городах Поволжья.

В Рыбинске (Ярославская губ.), признанной столице бурлаков, иногда скапливалось до двух тысяч судов, и лечение бурлаков ложилось тяжелым бременем на бюджет города[3]. В 1801 г. рыбинская дума заявила о своем отказе впредь отпускать деньги на эти цели. Коек в местной больнице не хватало. По инициативе врачебной управы решился вопрос о ее расширении. В 1809 г. открылось специальное отделение для судорабочих, разместившееся в наемном доме, оно работало в период навигации. Обязанности врача исполнял уездный лекарь. Помимо Рыбинска, бурлаков принимали больницы Ярославля и Романова (позднее – Романов-Борисоглебск).

В 1811 г. Главное управление водяными и сухопутными сообщениями приступило к организации медицинской помощи «нижним чинам», занятым в судоходстве. Было принято решение организовать больницы городах, расположенных на водном пути Мариинская система – Волга, в том числе в Вышнем Волочке Тверской губернии и Рыбинске. Первоначально планировалось строить больницы на 150 кроватей, в штаты включить доктора, лекаря, двух подлекарей и аптекаря. На

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXXI, ч. 2. СПб., 1871. № 44024.
[2] ГАЯО.Ф. 86. Оп. 1. Д. 488. Л. 18 об.
[3] См. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 29. Л. 6 об.-7.

содержание каждой ведомство решило ежегодно выделять 14 120 руб., в том числе 1 500 руб. на лекарства из расчета 15 коп. в день на одного больного[1].

Рассмотрим решение вопроса об организации лечебных учреждений Главного управления на примере рыбинской больницы.

В губернии был разработан план и составлена смета на постройку корпуса рыбинской больницы «на первый случай» на 40 человек. Стоимость проекта определялась в сумме 25 839 руб. 64 ¾ коп. Признавая, что «надобно приступить к построению давно уже там преднамереваемой больницы», Главное управление сочло, что можно обойтись меньшим числом коек[2]. Согласно ведомости о больных, в навигацию 1810 г. пролечились всего лишь 65 бурлаков и 11 нижних чинов других команд, в 1815 г. – еще меньше: 32 бурлака и 14 человек других категорий служащих. Причина низкой обращаемости в больницу, по мнению рыбинского врача, заключалась в том, что «судохозяева не пекутся о рабочих, а с другой стороны, и оные по вкорененности их в предрассудках имеют отвращение от пользования их болезней… а если и поступают [в больницу], то те самые, которые быв в сильном градусе болезни и ослаблении…»[3].

Исполняющий обязанности Главного директора Управления в 1815 г. посетил рыбинскую больницу и дал положительный отзыв о ее состоянии. Высокопоставленный чиновник распорядился прибавить жалование врачу, поскольку тот по совместительству выполнял обязанности эконома, снабдить отделение лекарствами и посудой и продолжать наем дома: ассигновать средства на строительство «затруднительно», «а потому следует постройкой новой больницы удержаться»[4].

Прошло еще восемь лет, и в 1823 г. ярославский губернатор А.М. Безобразов сообщал в Главное управление: «Ни одной больницы для судорабочих в сей губернии не устроено, по не имению на то способов… в больницах существующих в Ярославле и Рыбинске принимаются… с судов рабочие люди и пользуются на счет

[1] РГИА. Ф. 200. Оп.1, ч.1. Д. 4. Л. 3-8об., 51 об.
[2] Там же. Л. 199.
[3] Там же. Л. 220.
[4] Там же. Л. 227-229.

градских дум без всякого платежа»[1]. Рыбинская лечебница, писал далее губернатор, «помещается в нанимаемом доме, хотя по важности сего места для судоходства давно предполагалось выстроить там надлежащим образом больницу», представлены план и смета – все «оставлено без производства»[2].

В течение 1823 – 1824 гг. губерния и Петербург вели активную переписку: предлагались и отвергались участки под строительство, обсуждалась возможность покупки уже готового дома и т.д. В ведомстве вновь поднимался вопрос о необходимости учредить казенные больницы в городах Поволжья, при этом рыбинскую лечебницу взять за образец, она уже была самостоятельным учреждением на содержании Главного управления путей сообщения. В ноябре 1824 г. ведомство приняло решение поспешить с приисканием места для строительства. Через два года, в ноябре 1826 г., последовало предписание главноуправляющего о немедленном исполнении распоряжения о строительстве больницы[3]. Но дело с мертвой точки так и не сдвинулось. В топографическо-медицинских ведомостях за 1831 г. читаем: «состоит оная (больница – *Е.С.*) в обывательском доме, занимаемом по найму»[4].

Больница располагала 24 койками. Коечный фонд больницы не использовался на полную мощность. В зимние месяцы на стационарном лечении находились 1–3 человека, в летние месяцы число больных составляло 10–15 человек[5]. Персонал включал лекаря, подлекаря (помощника врача), лекарского ученика, эконома, грамотного унтер-офицера (по-видимому, исполнял обязанности канцеляриста), трех прачек и шести «прислужников». В таком режиме больница работала до 1839 г., когда были утверждены штаты медицинской части Главного управления.

Штатным расписанием персонал рыбинской больницы на 25 коек был определен в следующем составе: старший лекарь, старший и младший фельдшера, аптекарский ученик, грамотный унтер-офицер, три надзирателя и прачка. Расходы на

---

[1] РГИА. Ф. 200. Оп. 1, ч. 1. Д. 70. Л. 9 об.
[2] Там же. Л. 15 об.
[3] Там же. Л. 140.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 488. Л. 18.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 310. Л. 39-43, 52-63.

содержание больницы составляли 8 335 руб. в год, в том числе 3 600 руб. – на содержание больных (из расчета 50 коп. на одного человека в сутки), 975 руб. – на медикаменты[1].

Рыбинская больница путей сообщения проработала недолго. В 1841 г. Главное управление, учитывая, что бурлаки, как неимущие, имеют право на лечение на счет приказа общественного призрения, постановило упразднить ведомственную больницу и возложить лечение судорабочих на город[2]. Городская и судорабочая больницы были объединены, они обслуживались одним врачом, управлялись общим попечительским советом и содержались на средства городского бюджета[3].

Больница для судорабочих в Вышнем Волочке «пережила» рыбинскую. В 1843 г. были утверждены ее штаты в составе двух лекарей (старшего и младшего), двух фельдшеров, аптекарского ученика, шести человек обслуживающего персонала. На содержание больницы ведомство ежегодно выделяло 5 772 руб. 50 коп.[4] С развитием железнодорожного транспорта местное судоходство пришло в упадок. Здание больницы обветшало, коечный фонд использовался не по назначению: за последние пять лет работы учреждения лечение прошел лишь один судорабочий. 9 декабря 1875 г. шесть больниц Главного управления путей сообщения, в их числе больница в Вышнем Волочке, были переданы в распоряжение МВД[5].

Ведомство путей сообщения не проявило должного внимания к организации медицинской помощи рабочим, занятым в судоходстве, и его медицинская часть оказалась нежизнеспособной.

2.4. МЕДИЦИНСКАЯ ПОЛИЦИЯ

Частые эпидемии обусловили необходимость проведения предохранительных мер. Они представляли собой элементарные приемы, направленные прежде

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XIV, ч. 2. СПб., 1840. Штаты и табели. С. 34.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. XVI. СПб, 1842. № 14699.
[3] РбФ ГАЯО. Ф. 69. Оп. 1. Д. 2. Л. 1-10.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. XIX, ч. 2. СПб., 1845. № 16998а.
[5] РГИА. Ф. 229. Оп. 2. Д. 1008. Л. 10; ПСЗРИ – 2. Т. L, ч. 2. СПб., 1877. № 55350.

всего на изоляцию территорий, охваченных эпидемией. Первые государственные карантинные мероприятия начали вводиться в середине XVII в. За период 1654 – 1665 гг., во время чумы, было подписано более 10 специальных царских указов «о предосторожности от морового поветрия»[1].

Характер противоэпидемических мероприятий соответствовал эпохе, поэтому наряду с карантинами, дезинфекцией и др. обращались за помощью к церкви. Когда в 1612 г. открылась в Ярославле «заразительная болезнь», «от всякой подобной беды, знали одно самое верное средство – молитву. Посему общим советом положили идти с крестным ходом в Толгский монастырь… Митрополит… пламенно молился о спасении народа от свирепствовавшей язвы, и благословил граждан в тот же день построить деревянный храм… к вечеру была готова малая церковь… Язва вскоре прекратилась»[2]. В 1654 г. ярославцы вновь решили учредить с иконой Спасителя крестный ход. И город получил избавление от «язвы»[3].

В XVIII в. наряду с противоэпидемическими, получили развитие более или менее регулярные санитарно-профилактические мероприятия. «Регламент или Устав Главного Магистрата» (1721) обязывал полицию предупреждать о болезнях, заботиться о чистоте улиц (гл. X)[4]. Екатерина II в «Дополнении к Большому Наказу» впервые сформулировала предметы медико-полицейского надзора: «Здоровье третий предмет полиции, и обязует распространить свое тщание на безвредность воздуха, на чистку улиц, рек, колодезей и других водных источников, на качество съестных и питейных припасов, наконец, на болезни, как в народе размножающиеся, так и на прилипчивые» (ст. 554)[5].

Таким образом, наряду с призрением больных, было положено начало развитию санитарно-профилактического направления, получившего название медицинской полиции. К предметам медицинской полиции относились организация каран-

---

[1] *Сорокина Т.С.* История медицины. 5-е издание. М.: «Академия», 2006. С. 312.
[2] *Троицкий И.Д.* История губернского города Ярославля. Ярославль, 1855. С. 55-56.
[3] *Головщиков К.Д.* Ярославская губерния. Историко-этнографический очерк. Ярославль, 1888. С. 138-139.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. VI. №3708.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. XVIII. № 13075.

тинов, надзор за качеством продовольствия, гигиеной окружающей среды, оспопрививание, пресечение незаконной медицинской деятельности, проведение противоэпидемических мероприятий, ветеринарно-полицейские меры, организация неотложной помощи (мероприятия по спасению «мнимоумерших»), распространение медицинских знаний и др.[1] В числе наиболее значимых санитарно-профилактических мер периода царствования Екатерины II – распространение оспопрививания (вариоляции), запрещение хоронить умерших внутри городов, учреждение «секретной» больницы (для венерических больных) в Петербурге[2].

С учреждением врачебных управ ответственность по предметам медицинской полиции возлагалась на ее членов и уездных врачей в соответствии с Инструкцией о должностях медицинских чинов 1797 г. (§§ 4–7)[3]. Врачебный устав (1857) подтвердил, что «главная должность» врачебной управы и медицинских чинов уездных городов состоит в том, чтобы «пещись вообще о соблюдении народного здравия»: принимать меры по предотвращению и прекращению эпидемий и эпизоотий, наблюдать за соблюдением санитарно-гигиенических норм и т.п. (ст. 41–45)[4]. Эти задачи решались силами полиции, городской администрации, сословных и иных учреждений в соответствии с нормами, прописанными в Уставе медицинской полиции – разделе Врачебного устава 1857 г. (и редакций 1892 г. и 1905 г.)[5].

Было положено начало планомерным санитарным исследованиям. Инструкция обязывала врачебную управу и уездных врачей собирать материалы об условиях жизни населения и общей заболеваемости. На основе собранных материалов составлялись медико-топографические описания губернии – основной вид санитарных исследований в тот период. Форма для составления ведомостей, разосланная Медицинской коллегией, предусматривала включение данных метеорологических наблюдений, информации о санитарной обстановке в уездах, распространенности

---

[1] См. *Ханыков Я.В.* Указ. соч.
[2] *Никитин А.* Указ. соч. С. 7, 15-16, 26.
[3] Инструкция о должностях медицинских чинов, Медицинской коллегией сочиненная. С. 2-4.
[4] Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части. С. 10.
[5] Там же. С. 146-185.

эпидемических заболеваний и противоэпидемических мерах, о сезонных, инфекционных, ветеринарных заболеваниях, состоянии медицинской помощи, уровне медицинских знаний. Так зарождалась медицинская статистика.

Уездным лекарям предписывался также сбор информации о симптомах и течении малоизученных болезней – это был период накопления знаний. Когда 1798 – 1800 гг. Европу охватила пандемия «простудной горячки», тревожная обстановка сложилась и в Ярославской губернии. Лекари из уездов прислали в управу рапорты о «свойствах и припадках» болезни. В ее описании мы легко узнаем грипп (озноб, боль в суставах, в горле и головная боль, насморк, сухой кашель и др.)[1].

В 1802 г. в Медицинскую коллегию представили первую, составленную по форме, «физико-медическую табель» врачебные управы Тверской и Ярославской губерний. Документ, подготовленный ярославским инспектором М.И. Багрянским, известным своими близкими связями с Н.И. Новиковым, содержал статистические сведения о численности населения, смертности и рождаемости, метеорологические данные, сведения об урожайности зерновых и др.[2] Автор отмечал высокую смертность. «Скорбут, почечуй (цинга и геморрой – *Е.С.*), желчные и воспалительные горячки, грудные болезни, перемежающиеся лихорадки… суть болезни, часто встречающиеся. Нередко бывают поносы, особливо кровавые между младенцами, оспенные и другие лихорадки с сыпями сопряженные (скарлатина, корь – *Е.С.*)»[3].

Санитарно-профилактическая работа врачебной управы включала контроль санитарного состояния городов, качества продовольствия, меры по выявлению и ликвидации очагов заразных болезней, распространение «наставлений» для населения по профилактике и лечению сезонных и инфекционных заболеваний.

В уездах обязанности санитарных и ветеринарных врачей, как отмечалось выше (см. 2.1), выполняли уездные лекари. В их задачу входила регулярная проверка качества продовольственных продуктов, поступающих в торговые и питей-

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 174 об.
[2] РГИА. Ф. 1294. Оп. 1 (св. 9). Д. 39. Л. 2.
[3] Там же.

ные заведения, контроль продажи ядовитых и сильнодействующих веществ, выявление случаев незаконной медицинской практики, ветеринарный осмотр партий скота, пригоняемого на рынки, выезд в сельскую местность по сигналам о массовом падеже. Проверкам подлежали фабрики, заводы и ремесленные мастерские на предмет их безопасности для окружающей среды. Ежегодные медицинские отчеты, составлявшиеся уездными лекарями, в обязательном порядке включали замечания по медико-полицейской части. Так, в начале 1860-х гг. в Ярославле отмечалась «крайняя нечистота рыбных рядов», нередко продавались «затхлая мука и ненадлежащего качества вообще мучные товары и сыро-испеченный хлеб» [1]. Но нарушения санитарных норм и запретов фиксировались нечасто[2].

Санитарный надзор осуществлялся с помощью полиции. Полиция должна была принимать участие в санитарно-просветительской работе, выявлении заболевших в очагах эпидемий, пресекать незаконный торговый оборот лекарственных средств и торговлю некачественными продуктами. Полиция, однако, не всегда спешила на помощь. Ростовский врач Э.И. Керковиус рапортовал ярославской врачебной управе, что местная полиция не имеет надлежащего присмотра за рыночной продажей, он «не один раз относился в полицию по разным незаконным злоупотреблениям касательно состояния народного здравия, но она никаких распоряжений не делала…». Потребовалось вмешательство губернского правления[3].

Еще реже принимались меры по оздоровлению окружающей среды. В 1801 г. инспектор ярославской врачебной управы обнаружил, что в Ростове «воздух весьма вреден здоровью людей и скота» из-за находящихся в городе скотобоен и поручил лекарю добиться их выведения за городскую территорию[4]. В 1857 г. врачебная управа обследовав кожевенный завод купца Работнова (Ярославль), рекомендовала губернскому правлению обязать владельца выполнить ряд требований, касающихся технологии обработки кож[5]. В 1865 г. городские власти г. Данилова по

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2073. Л. 247.
[2] См., например: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 17. Л. 111.; Д. 252. Л. 121 об.; Д. 692. Л. 185, 259 об.-260.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2073. Л. 137-138, 247; Д. 2078. Л. 13-14.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 12. Л. 3.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1848.

представлению местного врача передали на утверждение губернского правления постановление о закрытии кожевенных заводов купца И. Коматовского[1].

Неблагополучной была ветеринарная обстановка в регионе: сибирская язва, чума, ящур, эпизоотическое воспаление легких и др. поражали уезды практически ежегодно. Врачебные управы и уездные врачи проводили санитарно-профилактические и противоэпизоотические мероприятия, в первую очередь дезинфекцию. Меры, предписанные врачами, далеко не всегда исполнялись[2].

С 1821 г. МВД вводило в губерниях должности ветеринарных врачей и ветеринарных помощников – первоначально по одной штатной единице. В 1840-е гг. в штате тверской управы числилось уже два ветврача, а в штате владимирской – два ветеринарных помощника[3]. Свою ветеринарную службу имело МГИ (см. 2.3).

Первые попытки пресечения незаконной медицинской деятельности предпринимались в XVIII в. Сенатские указы 1729 и 1750 гг. предписывали Медицинской канцелярии «смотреть накрепко», «чтоб неосвидетельствованные лекари в лекарских искусствах отнюдь лечить народ, а паче подлых людей под жестоким штрафом и наказанием не дерзали»[4]. Сенатский указ 1756 г., отмечая, что «многие неученые… дерзновенно лечат» и «вместо человеческой пользы, самое убийство производят», повторял положения прежних указов о «жестоких штрафах и телесных наказаниях», а также вводил вознаграждение за донесение о нарушениях закона в Медицинскую коллегию[5]. В 1831 г. МВД подтвердило запрет на незаконную медицинскую практику[6].

Несмотря на запреты, «противузаконное врачевание» было весьма распространенным явлением в регионе, как и в России в целом. Благоприятную почву для этого создавали традиционные культурные установки основной массы населения. Сведения о правоприменительной практике в этой сфере единичны. Отмечались

---

[1] См.: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2433.
[2] См., например: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 598. Л. 73об.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 166. Л. 11; Д. 221. Л. 4об.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. VIII. № 5449. С. 219; см. также: Т. XIII. № 9717. С. 203.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. XIV. № 10 586.
[6] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 53.

факты, когда лекарские ученики самовольно назначали лечение. В 1802 г. неквалифицированные действия лекарского ученика Мологи (Ярославская губ.) Силы Пономарева повлекли смерть пациентки. Уголовный суд Ярославля приговорил Пономарева к месячному содержанию под караулом на хлебе и воде. После этого случая врачебная управа взяла с лекарских учеников подписку в том, что они «сами собой никого и ничем лечить не будут»[1]. В 1818 г. ярославская врачебная управа обратилась к губернатору с просьбой запретить «несведущим людям» заниматься кровопусканием[2]. Но часто медицинские чиновники и полиция сквозь пальцы смотрели на нарушения закона, если они не имели трагических последствий.

В течение первой половины XIX в. в регионе регулярно отмечались вспышки типичных для холодного климата простудных заболеваний, чахотки, острых лихорадочных инфекций – дизентерии, тифа, гриппа, которые относились к «гнилым горячкам». В медико-топографических описаниях губерний отмечались, кроме того, «злая корча», желудочно-кишечные болезни, коклюш, краснуха, ветряная оспа, скарлатина, корь[3]. Распространенность инфекционных заболеваний обусловлена бедностью и низким уровнем бытовой культуры основной массы населения.

Самую серьезную угрозу жизни и здоровью населения представляла натуральная оспа. От оспы, по данным МВД, погибало до 10 % детей[4]. Поэтому доминанта в санитарно-профилактической деятельности врачебной управы – проведение оспопрививания. Борьба с оспой на государственном уровне началась еще в XVIII в. В 1802 г. Медицинская коллегия решила провести оспопрививание в порядке эксперимента по методу вакцинации, предложенному английским врачом Э. Дженнером в 1796 г. По указу Коллегии оспенная материя рассылалась в ближайшие врачебные управы. Вакцинация того периода значительно отличалась от сегодняшнего оспопрививания. Не существовало антисептики, значит, была опасность побочного заражения рожей, сифилисом, чесоткой и др.

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 17. Л. 57-59 об., 67, 68 об.-70 об.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 252. Л. 88.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 166. Л. 3-4; Д. 646. Л. 19-21об.; Д. 659. Л. 6 и др.
[4] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 174.

В конце 1803 г. к эксперименту приступили в Ярославской губернии. Сделать первую прививку и отчитаться «успех или вред от этого» врачебная управа поручила вольнопрактикующему лекарю А.А. Фробергу. Лекарь привил вакцину трехлетней крепостной девочке князя Урусова. В отчете Фроберг записал: «Та девочка имела самый малый жар, который был почти неприметен, раночки сначала краснели, потом нагноились и после оборотились в сухую коросту… свалились на 20 и 22 день». Девочка здорова[1].

О готовности приступить к оспопрививанию в помещичьих имениях заявили также некоторые уездные лекари – первоначально оспа прививалась детям крепостных с согласия помещиков. «Великодушным благотворителем человечества» назвали генерала С.С. Апраксина, при содействии которого оспа была привита 459 детям и взрослым в принадлежащих ему деревнях[2]. Прививки делали сиротам в приютах. Оспенную материю на первых порах доставляли из Петербурга.

Широкого распространения оспопрививание в России в первые десятилетия XIX в. не получило. В 1805 – 1810 гг. было привито 937 080 человек, т.е. не более 10% родившихся[3]. В Ярославской губернии в 1806 – 1807 гг., когда, по словам инспектора К. Клейгельса, «оспа стала ходить повалом в здешней округе», было привито всего 877 человек в пяти уездах из 10 (успешно – 813 прививок)[4].

В 1811 г. Александр I утвердил положение Комитета Министров «О распространении прививания коровьей оспы в губерниях»[5]. Было принято решение о создании оспенных комитетов в губернских и уездных городах при участии врачей. Комитеты обязывались принимать «деятельные меры к прививанию оспы»: популяризировать эту меру, организовать подготовку оспопрививателей, обеспечить бесперебойное снабжение оспопрививателей оспенной материей, инструментами и методическими пособиями, наблюдать за ходом оспопрививания, составлять ведомости о прививках. Врачи обязывались прививать оспу бесплатно.

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 31. Л. 8.
[2] Там же. Л. 12.
[3] *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* Указ. соч. С. 282.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 80. Л. 31-32.
[5] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXI. № 24622.

Губернаторам предписывалось организовать набор оспопрививателей из числа казенных крестьян «неспособных в рекруты» и других сословий из расчета 1 оспопрививатель на 1 тыс. человек, кроме того, ввести обучение оспопрививанию учащихся выпускных классов духовных и народных училищ[1]. Активным оспопрививателям и комитетам, которые смогут ликвидировать оспу в своих уездах, были обещаны награды от имени императора. Поголовное оспопрививание детей планировалось провести в течение трех лет[2].

События 1812 г. отвлекли внимание от оспы, и распоряжение правительства не было выполнено. Оспопрививание почти заглохло.

Деятельность оспенных комитетов была малоэффективна. Принимались постановления о подготовке оспопрививателей, организации оспопрививания в уездных больницах, учреждении специальных «оспенных домов» и др., но никакими реальными полномочиями для их реализации комитеты не обладали. Основным был метод убеждения: убеждали помещиков, управляющих, приказчиков, приходских священников, старост казенных поселений пропагандировать оспопрививание; побуждали помещиков проявлять заботу о прививании своих крестьян, выделять людей для обучения оспопрививанию; должностных лиц – обеспечить подготовку оспопрививателей из числа горожан и сельских жителей.

Оспопрививание наталкивалось на равнодушие местных чиновников, корыстолюбивые расчеты помещиков, недостаток средств, оспопрививателей. Приведем фрагменты из отчета уездного оспенного комитета г. Любима (Ярославская губ.), в котором описана типичная для провинции ситуация. В отчете сообщалось, что, несмотря на уговоры назначить людей для обучения оспопрививанию, «никто на сие желания не изъявил», поэтому прививанием оспы «занимаются один только лекарь с учениками своими». Земской полицией также «предпринимались средства к убеждению… но все старания остались без успеха», и комитет поручил исправнику (главе уездной полиции) «понудить к тому жителей». Помещики отказались

[1] Там же. № 24681.
[2] Там же. № 24622.

выделить крепостных для обучения, «считая отлучку дворовых людей для себя несколько обременительну», а казенные крестьяне – «по невыдаче им за сие (оспопрививание – *Е.С.*) вознаграждения». «В духовное правление вновь сообщено, чтобы оное вменило в обязанность священникам как имеющим влияние на умы прихожан всячески убеждать к принятию сего спасительного средства», т.е. прививания оспы. «Посему, – сделан вывод, – сей комитет и не находит ныне к распространению оспопрививания никаких способов да и оспопрививателей согласить без положения им за то жалования никак не возможно, но если бы таковым давалось за сие вознаграждение, то удобно было бы оных сыскать из вольного звания». И в заключение авторы отчета адресовались к губернскому оспенному комитету: не может ли тот «хотя на трех человек исходатайствовать жалование» и обязать полицию в принудительном порядке посылать крестьян с детьми делать прививки, так как «убеждения над ними не действуют»[1].

Существовало сильное предубеждение населения, особенно старообрядцев, против вакцинации или, как тогда говорили, привития «коровьей оспы». Уездные врачи отмечали: «все жители единогласно говорят, что они страшась такого необыкновения и слышать о ней не желают»[2]. Многие опасались, что после прививок вырастут рога, копыта, появятся другие анатомические признаки коровы. Медицинские власти стремились развеять эти заблуждения. Распечатывались и распространялись «наставления» – информация об оспе и способах борьбы с ней. С тем, чтобы снять излишнюю напряженность, термин «коровья оспа» заменили термином «предохранительная оспа»[3].

Вольное экономическое общество, которое содействовало внедрению оспопрививанию, в 1824 г. начало бесплатно рассылать методические рекомендации, ланцеты и оспенную материю, затем стало перечислять в губернии по 500 руб. для организации обучения оспопрививанию и поощрения оспопрививателей[4]. Это послужило импульсом к активизации профилактической работы.

---

[1] ГАЯО. Ф. 628. Оп. 1. Д. 1. Л. 64-67 об.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 93. Л. 11.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXI. № 24622.
[4] ГАЯО. Ф. 628. Оп. 1. Д. 1. Л. 12-12об., 118об.

Государственная поддержка столь важного мероприятия сводилась, в основном, к администрированию. В 1832 г. циркуляром МВД губернаторам предписывалось «употреблять все зависящие от них способы, дабы в губерниях …прививание предохранительной оспы было продолжаемо неослабно, и повсеместно более и более распространяемо», а врачебная управа обязывалась ежегодно проверять ход вакцинации. Государственные крестьяне, занимавшиеся оспопрививанием, обеспечивались транспортом, жильем и освобождались от повинностей[1].

Во второй четверти XIX в. распространение оспопрививания представляло собой вяло текущий процесс. В Ярославской губернии, по данным на 1842 г., были привиты 16 973 детей, без прививок остались 148 848. В губернии работали 52 оспопрививателя из числа казенных и помещичьих крестьян, мещан, духовных и лиц других сословий[2]. «Довольно успешно» проводилось оспопрививание во Владимирской и Тверской губерниях. В 1845 г. во Владимирской – благодаря МГИ: 157 оспопрививателей сделали 33 950 прививок[3]. В Тверской – в том же году – 30 тыс. прививок. Оспопрививанием в губернии занимались 266 человек, в том числе 137 – из казенных крестьян, 84 – из помещичьих, а также врачи и лекарские ученики[4]. Хуже обстояло дело в Костромской губернии: в 1845 г. оспу привили только 6 842 младенцам, неудовлетворительно был поставлен врачебный надзор[5]. Отмечено более добросовестное отношение к оспопрививанию в казенных и удельных имениях. Так, в 1846 г. Костромская палата государственных имуществ отчиталась о 4 186 прививках (не привитыми остались 1447 младенцев, в основном, по причине смерти), Владимирская – 11 471 (1 595 младенцев не привиты)[6].

Циркуляр МВД 1850 г. обязывал инспектора врачебной управы при ежегодных объездах губернии обращать на действия оспопрививателей особое внимание «посредством тщательного освидетельствования лиц, которым была привита

[1] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 177 – 180.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 648. Л. 59 об.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 166. Л. 8об.
[4] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 28об.-29.
[5] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 132. Л. 11-11об.
[6] РГИА. Ф. 383. Оп. 27. Д. 10. Л. 94 об.; Д. 27. Л. 57об.

оспа»[1]. МГИ (1843) «строжайше» предписало окружным начальникам иметь «самый бдительный надзор за деятельным и успешным ходом оспопрививания», «усилить» отдачу молодых людей в обучение фельдшерскому искусству, «дабы заменить огромное число оспопрививателей, хотя и в меньшем числе, людьми знающими»[2]. Финансовая помощь была ничтожной: МВД распорядилось ежегодно выделять в губерниях на оспопрививание по 285 руб. из местных налоговых поступлений, причем 190 руб. предназначались на содержание и разъезды ревизора, 95 руб. отсылались Вольному экономическому обществу за вакцину и инструменты[3].

В 1850-е гг. картина мало изменилась. В отчетах врачебных управ отмечалось «весьма отдаленное влияние» медиков и повсеместный недостаток оспопрививателей, особенно в помещичьих деревнях, где помещики посылали оспопрививателей на барщину. Оспопрививанием в уездах занимались лекарские ученики, цирюльники и «люди разного звания, не имеющие на то права». Оспопрививатели не получали вознаграждения, плохо велась документация. Оспенные комитеты существовали «более или менее номинально»[4]. Врачебные управы, не располагая ни административными, ни материальными ресурсами, не могли изменить ситуацию. К 1860-м гг. проблема оспопрививания была далека от решения.

В 1817 г. в Европу впервые была завезена холера, до этого распространенная только в Юго-Восточной Азии. В течение XIX – начала XX в. мир потрясли шесть пандемий холеры. Природа этой болезни была неизвестна. Поэтому, когда во время второй пандемии (1830 – 1831) холера захватила Поволжье, включая Костромскую и Ярославскую губернии, а также северо-западные, центральные губернии России, Дон и Урал, медицина оказалась бессильной. «Многие из здешних старожилов-врачей, – констатировала ярославская врачебная управа, – долго сомневались в появлении холеры в Ярославле… а потому страждущих оной пользовали наиболее припадочным лечением, не обращая на свойства болезни своего внимания…[5].

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1151. Л. 182.
[2] РГИА. Ф. 383. Оп. 6. Д. 5132. Л. 4.
[3] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 180.
[4] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 28; Д. 59. Л. 32; Д. 78. Л. 70об.-71, 76.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 488. Л. 29 об.

В августе 1830 г. учредили центральную комиссию по борьбе с холерой[1]. В соответствии с распоряжением Медицинского совета МВД в губерниях, охваченных эпидемией, ввели чрезвычайное положение. Создавались губернские – под председательством губернатора – и уездные холерные комитеты.

Очагом холеры в регионе Верхней Волги во время эпидемий был Рыбинск: в Рыбинске в летние месяцы сосредоточивалось до 100 тысяч человек, в основном бурлаков, они и становились переносчиками болезни. Из Рыбинска холера распространялась по губернии, захватывая, в первую очередь, Ярославль. В Ярославле первый случай заболевания зарегистрировали 10 сентября 1830 г. 11 сентября губернский холерный комитет принял решения: о публикации составленных врачебной управой правил о мерах предосторожности; о разделении города на участки для своевременного выявления больных и назначении попечителей, которые обязывались извещать полицию обо всех заболевших; об установлении круглосуточных дежурств врачей и лекарских учеников. Отставным и вольнопрактикующим врачам запретили отлучаться из города без ведома властей[2].

Медиков катастрофически не хватало: несколько ярославских врачей по распоряжению МВД были откомандированы в Оренбургскую губернию, где эпидемия началась раньше. Секретарь Ярославского губернского статистического комитета М.А. Липинский, позднее подробно описавший холеру 1830 г., отмечал: «положение больных, оставленных без врачебной помощи, при той панике, которую возбуждала болезнь в населении, должно было быть вполне безотрадное»[3]. Обслуживание уездов, оставшихся без врачей, легло на плечи лекарей соседних уездов.

Обращает на себя внимание высокая смертность среди заболевших: в 1830 – 1831 гг. в Ярославской губернии зарегистрировано 1519 заболевших, умерли 882 человека, т.е. 58%[4]. Не имея средств к лечению болезни, власти прибегли к мероприятиям медико-полицейского характера, к традиционным карантинам. Только вдоль границы Ярославской и Костромской губерний линия оцепления составляла

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. V, ч. 2. СПб., 1831. № 3881.
[2] *Липинский М.А.* Указ. соч. С. 10.
[3] Там же. С. 17.
[4] Там же. С. 19, 21.

50 верст. Но практически эти меры не выполнялись: они требовали огромных затрат. Как отмечалось в медико-топографической ведомости за 1831 г., поскольку оцепления «не имели ни малейшего карантинного устройства по не обращению на сей предмет внимания местного начальства, при всем настоянии врачебной управы, то они не заслуживают даже и имени карантинов»[1]. Населению продавали по твердым ценам хлориновую (хлорную) известь для обеззараживания жилищ, но в организованном порядке дезинфекция не проводилась (в последующем ей придавалось первостепенное значение).

Третья пандемия (1847 – 1862) затронула значительную часть центральной России. К 1854 г. холера охватила целиком Владимирскую и Тверскую губернии, уезды Костромской и Ярославской губерний, расположенные на правом берегу Волги и территории, прилегающие к левому берегу[2].

К концу 1840-х гг. общество лучше вооружилось для борьбы с эпидемией. Заблаговременно создавались губернские и уездные холерные комитеты, они озаботились подготовкой мест в больницах, разделением уездов на участки и учреждением временных холерных больниц. Врачи получили из медицинского департамента необходимую информацию по профилактике холеры и оказании помощи заболевшим. Среди населения распространялись «наставления» – рекомендации по предупреждению заболевания, оказанию первой доврачебной помощи и рациональные сведения о болезни, опровергавшие различные слухи, сеявшие панику, в частности, о преднамеренном отравлении колодцев.

24 января 1852 г. Сенатским указом в губерниях и уездах «для благовременного устранения всего, что угрожает здравию и принятия единообразных мер к пресечению болезней эпидемических и эпизоотических» учреждались комитеты общественного здравия. Положение о комитете, разработанное директором Медицинского департамента генерал-штаб-доктором А. Рихтером, определяло цели этого учреждения: а) просвещение народа путем «распространения здравых понятий о

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 488. Л. 31.

[2] О состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи в 1855 году. С. 49.

способах предохранения от болезней» – публикации и бесплатной раздачи «наставлений», б) локализация и прекращение эпидемий в случае их появления[1].

В состав губернского комитета входили предводитель дворянства (председатель), инспектор врачебной управы, главы управлений – Палаты государственных имуществ и Удельной конторы, старший ветеринарный врач, полицмейстер, городской голова и представитель духовенства. Уездный комитет под председательством уездного предводителя дворянства включал представителей местной администрации и духовенства. Под надзором комитетов общественного здравия работали холерные комитеты[2].

Комитеты обладали властными полномочиями, но не имели в своем распоряжении никаких материальных средств. Порядок борьбы с эпидемиями носил бюрократический характер: о вспышке эпидемии сельский староста сообщал в волостное правление, оно связывалось со становым, становой с исправником, исправник с комитетом общественного здравия и губернатором. Переписка нередко продолжалась в течение месяцев, и эпидемия за это время успевала прекратиться сама собой. По официальному признанию, «ни один закон в мире не оказывался в таком разладе с жизнью, как положение о Комитетах общественного здравия»[3].

Ярославль по распоряжению губернатора А.П. Бутурлина разделили на 12 участков, в каждый назначался попечитель и помощники, прикреплялись врачи и фельдшера. Списки всех врачей с указанием их адресов размещались в общедоступных местах. Губернская больница отвела для больных холерой два изолированных покоя. Открылись специальные отделения в больницах Демидовского лицея, благородного пансиона, сиротского дома, духовной семинарии и тюремной больнице, временные холерные больницы в разных районах города на случай распространения эпидемии. Средства на содержание больных отпускал приказ общественного призрения. На работу в холерные больницы, помимо штатного врача го-

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXVII, ч. 2. СПб., 1853. №25930а.
[2] ГАЯО. Ф. 634. Оп. 2. Д. 2. Л. 3-3об.
[3] Цит. по: *Канель В.Я.* Общественная медицина в связи с условиями жизни народа. С. 165.

родской лечебницы, мобилизовали вольнопрактикующих врачей. Холерный комитет принял постановление об усилении полицейского надзора за продовольствием и санитарным состоянием города и возложил на владельцев промышленных предприятий обязанность проведения профилактических мер. Такие же меры проводились и в Рыбинске. По запросам холерных комитетов решением губернатора оперативно выделялись деньги, направлялся медперсонал. Общее управление поручалось инспектору врачебной управы[1]. По линии МГИ контроль над ситуацией осуществлял губернский врач, лечение крестьян в казенных поселениях поручалось окружным врачам и фельдшерам[2].

В середине XIX в. внимание властей привлек сифилис, ставший в России серьезной социальной проблемой. Распространение сифилиса в регионе Верхней Волги объяснялось близостью столиц и развитием отходничества среди крестьян.

Министерство внутренних дел в 1843 г. выработало инструкции по борьбе с распространением «любострастной болезни»: врачебным управам поручалось собрать сведения о больных, определить источники болезни, выработать меры, «какие по местным обстоятельствам окажутся наиболее полезными … к излечению»; губернаторам предписывалось сделать распоряжения о составлении списков проституток и обеспечить их регулярный медицинский осмотр, особое внимание уделить крестьянам, возвращающимся с отходных промыслов; фабрикам и заводам рекомендовалось иметь своих врачей для освидетельствования рабочих; выявленных больных немедленно госпитализировать для бесплатного лечения[3].

Для госпитального лечения венерических больных в больницах, где позволяли площади, выделялись отдельные палаты, создавались сифилитические отделения, как, например, в Коврове и Суздале Владимирской губернии. В Вышне-Волоцком уезде Тверской губернии комитет общественного здравия учредил даже

---

[1] ГАЯО. Ф. 634. Оп. 2. Д. 15а. Л. 41об.-64; Д.36. Л. 1-3, 20-21.
[2] ГАЯО. Ф. 634. Оп. 2. Д. 15а. Л. 44-45.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXVII, ч. 2. СПб., 1865. № 25680а; Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 169-173.

специальную временную больницу[1]. В больницах с небольшой коечной мощностью сифилитических больных не отделяли.

Организация лечебных мероприятий не решала проблему. Эффективная борьба с сифилисом была затруднена. Власти ограничивались административно-полицейскими мерами. Генерал-штаб-доктор, проинспектировав в 1852 г. ряд центральных губерний, в том числе Владимирскую и Ярославскую, признал, что «… внимание к источникам распространения любострастной болезни повсюду еще крайне слабы», не проводятся регулярные осмотры проституток, не налажен их учет даже в губернских городах, не говоря об уездах[2].

Официальная статистика заболеваемости не отражала реальной ситуации, так как учитывала только сведения, поступившие от медицинских работников. В народе же «по какому-то предубеждению большей частью скрывают не только время и место получения болезни, но и приписывают происхождение оной часто весьма нелепым, другим причинам… больные часто поручают себя разного рода тайным шарлатанам»[3]. В 1860 г. в больницах Ярославской губернии и у частнопрактикующих врачей прошли курс лечения 675 венерических больных (9,8% общего числа пациентов)[4]. Между тем в «Памятной книжке Ярославской губернии на 1862 год» отмечалось, что «недостаток понимания всего ужаса этой болезни, множество шарлатанов и знахарей, непопулярное положение и недостаточное число полицейских врачей… дают весьма ничтожный процент в сравнении с массой больных, которыми наполнена губерния»[5]. Требовалась кропотливая культурно-просветительская работа.

Характер мероприятий по борьбе с эпидемическими и заразными болезнями определялся уровнем развития естественно-научных, в первую очередь медико-биологических знаний. Эффективность проводимых правительством противоэпидемических и санитарно-профилактических мер была невысока. Их исполнение

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 30об.; Д. 678. Л. 65об.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 131. Д. 143. Л. 2.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 692. Л. 263 об.-264.
[4] Посчитано по: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2075.
[5] Памятная книжка Ярославской губернии на 1862 год. С. 440-441.

наталкивалось на недостаток средств, кадров, косность местной бюрократии, пассивное и даже враждебное отношение населения.

2.5. НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Государственное призрение охватывало весьма ограниченные группы населения. Те, кто не имел права на государственное попечительство, сами заботились о своем здоровье в соответствии со своими финансовыми возможностями и культурными традициями. Забота о крепостных и работающих по найму в частном секторе считалась нравственной обязанностью хозяев.

В первой половине XIX в. получили развитие негосударственные формы медицинской помощи. Этому способствовал ряд законоположений, принятых в 1830-е – 1840-е гг. В 1832 г. было юридически оформлено право владельцев фабрик и мануфактур содержать врачей на собственный счет[1]. В 1834 г. официальное разрешение нанимать медицинский персонал для крестьян и учреждать больницы в имениях получили помещики[2]. В 1836 г. возможность приглашать врачей предоставлялась гимназиям и уездным училищам[3].

Рост городов обострил проблему медицинского обслуживания городского населения. В 1834 г. Комитет министров разрешил определить в г. Ростов Ярославской губернии особого врача сверх положенного по штату уездного лекаря «на собственном иждивении общества, от которого будет зависеть и его содержание»[4]. В 1840 г. городские общества получили право иметь сверхштатных медиков с выплатой жалованья, не превышающего оклада уездного врача[5]. Это положение редко применялось на практике, поэтому с 1843 г. по распоряжению министра внутренних дел в уездные города, помимо уездных врачей, назначались городовые с жало-

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. VII. СПб., 1833. № 5324.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 2. № 7693.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. XI, ч. 1. СПб., 1837. № 9169.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. № 6912.
[5] ПСЗ РИ – 2. Т. XV, ч. 1. СПб., 1841. № 13796.

ваньем из городских доходов, а при их недостатке – из капитала приказа общественного призрения. Эти врачи «сверх занятий по городу врачебно-полицейских и судебно-полицейских, обязаны исполнять должность медика в градских и тюремных больницах»[1]. Таким образом, с уездного врача снималась часть его нагрузки.

В течение 1840-х гг. городовые врачи были назначены в 9 городов из 13 во Владимирской губернии, в 6 из 12 – в Костромской, в 8 из 12 – в Тверской и в 6 из 10 – в Ярославской губернии. Но уже в 1850-е гг. во многих городах региона должности городовых врачей оказались вакантными. Во Владимирской и Тверской губерниях число городовых врачей сократилось до семи, в Костромской губернии врачи остались только в Костроме и Кинешме. Лишь в Ярославской губернии городовые врачи работали во всех городах.

Зарождение фабрично-заводской медицины относится к первой четверти XVIII в., когда по указам Петра I назначались лекари на горные заводы. «Регламент суконным и каразейным фабрикам» (1741) обязывал хозяев фабрик соблюдать элементарные гигиенические нормы в «работных покоях», а также построить «способные казармы» для надзирателей, мастеровых и работных людей, «при оных казармах и госпиталь для больных завести в котором они лучшее призрение иметь и в известных болезнях друг от друга заражаться не могут»[2]. Закон этот, за редкими исключениями, практического применения не имел.

В 1750 г. больных рабочих Ярославской Большой Мануфактуры (тогда мануфактуры И. Затрапезнова) пользовал Христиан Зиферт[3]. В 1755 г. на мануфактуре находился лекарь Мериель[4]. В конце XVIII в. И. Затрапезнов и его «работные люди» значились среди многочисленных пациентов ярославского городового лекаря И.Г. Карчера. За их лечение Затрапезнов заплатил 222 руб. 95 коп.[5] – оказание медицинской помощи лицам, занятым в частном секторе, не входило в обязанности

[1] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 28-29.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XI. № 8440.
[3] См. РГАДА. Ф. 346. Оп.1 ч. 3. Кн. 130. Д. 10.
[4] См. РГАДА. Ф. 346. Оп. 1 ч. 4. Кн. 190. Д. 311.
[5] ГАЯО. Ф. 45. Оп. 1. Д. 253. Л. 91.

городового врача, эти услуги оказывались на платной основе. В 1800 г. вольнопрактикующий лекарь А.А. Фроберг заключил контракт на 4 года «находиться в партикулярной службе» при фабрике Яковлевых (новые владельцы мануфактуры)[1].

Год открытия лазарета Ярославской Большой Мануфактуры неизвестен. Впервые больничное учреждение упоминается в описании мануфактуры 1802 г.: «…Лазарет для мануфактурных служителей деревянный, один; при нем есть и вольный лекарь»[2]. В отчетных документах («Ведомость», 1802) в перечне расходов по содержанию фабрики, указано, что на счет «мануфактурной же конторы содержится вольнонаемный лекарь для пользования мануфактурных служителей, которому жалованья производится в год 550 р. При лекаре ученикам и при лазарете служителям жалованья 235 р. Медикаментов и прочего употреблено для пользования и на содержание больных 1.439 р. 67 к. Итого 2.224 р. 67 к.»[3]. Положение для Ярославской Большой Мануфактуры, утвержденное Министерством финансов в 1824 г., включало статью (ст.11) об организации медицинской помощи: «В случае болезни мастеровых – владельцам вменяется в обязанность иметь о них попечение… Больных пользовать не в домах, а в госпитале при фабрике устроенной, которая должна быть снабжена всем нужным, а сверх того, при важных болезнях, взрослым обоего пола мастеровым, находящимся в болезни более четырех недель, отпускать безденежно по 1 пуду муки в месяц и по 10 коп. на день во все то время, пока болезнь продолжается»[4]. В этот период расходы на больницу и богадельню составляли 4 тыс. руб. в год[5].

В середине XIX в. лечебные заведения для рабочих все еще были редкостью. В отчетах врачебных управ упоминаются: приют для больных (без врача) в Осташкове (Тверская губ.) – при бумагопрядильной фабрике Савиных, «больницы при железных заводах» наследников Г. Баташева на 85 коек с лекарем (Меленковский

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 12. Л. 37 об.
[2] Цит. по: *Грязнов А.Ф.* Ярославская Большая Мануфактура (1722 – 1856). М., 1910. С. 76.
[3] Там же. С. 235.
[4] Там же. С. 315.
[5] Там же. С. 334.

уезд Владимирской губ.); больница Ярославской Большой Мануфактуры и Норской мануфактуры – обе лечебницы состояли под наблюдением ярославского городового врача (Ярославский уезд)[1].

В первой половине XIX в. больницы появились в некоторых помещичьих имениях, например, в Тверской губернии в Старице – в имении генерал-майора А. Тутолмина и в имении кн. Мещерских, в Вышнем Волочке – в имении ротмистра П.И. Сназина-Тормасова, в Кашине – ст. сов. Н.И. Пономарева[2]; при имении кн. Голицына в Меленковском уезде Владимирской губерния.

Сведения о больнице ярославских помещиков братьев генерал-майоров Александра и Николая Александровичей Саблуковых приводит исследователь А.Р. Соколов[3]. В 1811 г. в селе Покровское по ярославскому тракту на Тихвин братья открыли целый лечебный комплекс: больницу на 30 мест с палатой для неизлечимо больных на 6 мест, аптеку с лабораторией, «диспенсарий для проходящих» с «пристойной квартирой для доктора». Лечебница предназначалась для крестьян Саблуковых и проезжающих по тракту. Некоторое время спустя братья разорились, и больница прекратила существование.

По распоряжению Медицинского департамента МВД в 1847 г. в Ярославскую губернию был направлен доктор медицины С.И. Зефиров. Он обслуживал семь помещичьих имений в Рыбинском, Пошехонском и Мологском уездах[4]. В вотчинах помещиков Сухово-Кобылина и Глебова работал лекарь Н. Иков, в пошехонском имении гвардии полковника И.В. Лихачева в 1846 г. – Н.С. Татищев[5].

В этот же период гр. Мусины-Пушкины учредили 3 больницы в своих имениях, расположенных в Мологском уезде. Первые две, на 10 коек каждая, находились «под смотрением» мологского уездного врача К.К. Фогеля, за больными ухаживали лекарские ученики. Третья больница в селе Борисоглеб размещалась в

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 52.; Д. 678. Л. 105. ГАЯО. Ф.86. Оп. 1. Д. 2141. Л. 513-514об., 517-518об.
[2] РГИА. Ф.1297. Оп. 244. Д. 678. Л. 102об., 105-106.
[3] *Соколов А.Р.* Благотворительная деятельность «Императорского человеколюбивого общества» в XIX веке». // Вопросы истории. 2003, № 7. С. 101.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1135. Л. 16 об.
[5] Там же. Л. 20,

двухэтажном деревянном доме, где «все устроено в отличном виде». Первоначально в лечебнице, рассчитанной на 40 человек, работал «особый» лекарь, два лекарских ученика и повивальная бабка. В 1860 г. «по причине хозяйственных обстоятельств» владельцы сократили число кроватей до 10, а должность постоянного врача упразднили[1].

Иногда землевладельцы предлагали крестьянам содержать лекаря на свой счет. В 1837 г. лекарь В.И. Чаров запросил 1 000 руб. в год за услуги по лечению крестьян в имении гр. Шереметева. Крестьянский сход села Богородского (Ярославская губ.) принял решение, которое поддержали обитатели других имений: «с вотчины нашей тысячу рублей нам служить будет тягостию»[2]. В рапорте графу приводилась аргументация: в Юхотскую вотчину «был некогда приглашен особый лекарь, но от сего непроизошло желаемой пользы, а напротив понесла вотчина невозвратные убытки, ибо крестьяне редко доверяют себя пользованию врачей и не исполняют в точности их наставления…»[3].

Наличие врача в деревне считалось большой роскошью. Если не было врача, больных разрешалось вести фельдшерам или лекарским ученикам.

В начале 1860-х гг. Е.М. Бакунина, знаменитая своей подвижнической деятельностью участница обороны Севастополя, открыла в своем имении Казицыно (Новоторжский уезд Тверской губ.) лечебницу с амбулаторией и дешевой аптекой. Бакунина часто самостоятельно занималась лечением, используя свой опыт сестры милосердия[4].

Основная масса населения – те, кто не мог рассчитывать на государственное призрение или человеколюбие своих хозяев, обращалась к услугам лекарей-самоучек (костоправов, цирюльников, повитух и др.) или к частнопрактикующим врачам – в зависимости от культурного уровня и материального достатка.

---

[1] ГАЯО. Ф.86 Оп. 1. Д. 2075. Л. 414-414 об.
[2] РГИА. Ф. 1088. Оп. 7. Д. 319. Л. 3 об.
[3] Там же. Л. 5.
[4] *Казаков Ю.В., Глянцев С.П., Касьяненко А.П.* Трудный путь к сердцу. Очерки истории хирургии сердца и сосудов в Тверском регионе. Тверь: ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, 2014. С. 22-23.

Народные целители находились на полулегальном положении, и отношение к ним со стороны медицинских чиновников неоднозначно. С точки зрения закона это – «недозволенная» деятельность. С другой стороны, приходилось считаться с реальностью: с устоявшейся традицией, с тем фактом, что обеспечить население необходимым количеством дипломированных медиков было невозможно.

Акушерская помощь на селе практически целиком находилась в руках местных повитух, как правило, пожилых женщин, уже не способных к тяжелому крестьянскому труду. Стойкость «привычки к простым и необученным бабкам» объяснялась не только недостатком квалифицированных кадров: консервативный, замкнутый крестьянский мир подозрительно относился к чужакам, а дипломированная акушерка, «барыня», к тому же нередко с немецкой фамилией, безусловно, не была желанна в деревне. «Своя» же не только помогала при родах, но и ухаживала за матерью и новорожденным, вела домашнее хозяйство, пока родильница не окрепнет, причем за самую ничтожную плату, иногда за пропитание.

Медицинская администрация стремилась пресекать деятельность откровенных шарлатанов, эксплуатировавших невежество населения, и одновременно держать под контролем освященную традицией медицинскую практику цирюльников и костоправов.

Сведения об этих врачевателях встречаются крайне редко. В 1800 г. ярославская врачебная управа позволила «вольному человеку» Ф. Агафонову завести в Угличе цирюльню и «отворять кровь» (вплоть до середины XIX в. кровопускание считалось универсальным методом лечения, применявшимся при любом воспалительном процессе как в народной, так и в официальной медицине), в следующем году запретила цирюльнику заниматься лечением без «лекарского дозволения», «понеже кровопускание должно основываться на правилах врачебной науки, цирюльник же не знает, когда должно и сколько можно выпустить крови…»[1]. Тогда же ярославский мещанин Михайло Синицын помогал людям «бедного состояния»,

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 45об., 59об. , 101об.-102.

которые «подвержены вывихнутию рук и ног и раздроблению самых костей ручных и ножных». Городская дума ради «общей народной пользы» предложила врачебной управе Синицына «испытать в знании костоправства», чтобы тот мог получать от думы «за оное искусство полагаемое награждение» – 60 руб. в год. Костоправ «в искусстве был испытан», но оказался «ничего в столь важном деле незнающим». Управа по этому поводу заметила городской думе, что «сие дело относится не к таким непросвещенным людям, которые ни малейшего о нем не имеют сведения», однако запрета на деятельность Синицына не наложила[1].

До середины XIX в. медицинская деятельность костоправов и цирюльников не регламентировалась. В 1845 г. циркуляр МВД утвердил разработанные Медицинским департаментом правила для испытаний цирюльников в фельдшерском мастерстве и тем самым ввел лицензирование оказываемых ими медицинских услуг. Звание мастера и разрешение открыть заведение можно было получить, продемонстрировав элементарные теоретические знания в области хирургии и умение производить разрешенные цирюльникам операции: пускать кровь, ставить пиявки, удалять зубы, прививать оспу и др. Циркуляр МВД предписывал, чтобы цирюльни, «относительно подаваемого в них больным врачебного пособия», состояли под надзором губернских «медицинских начальств». Операции могли производиться только «по письменному или личному приказанию врача» (за исключением случаев, когда требовалась неотложная помощь)[2].

Врачебная управа контролировала работу цирюлен через посредство уездных лекарей и полиции: санитарное состояние, исправность хирургических инструментов, подготовку учеников[3]. Вводилась особая такса на медицинские услуги цирюльников. Так, за кровопускание полагалась плата 7 ½ коп., кровопускание рожками – по 3 коп. за каждый рожок, за «припущение» пиявки – по 6 коп., за приложение пластыря шпанских мух – 7 ½ коп., удаление зуба стоило 15 коп.[4]

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 40. Л. 4-4об., 7об.-8.
[2] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 62-64.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 16. Д. 1344. Л. 2-2 об.
[4] Свод Учреждений и Уставов врачебных по гражданской части. Ст. 550.

На основании циркуляра в том же, 1845 г., прошли испытания содержатели цирюлен в Твери мещане И. Суханов и И. Соколов, в Торжке – вольноотпущенник Я. Лебедев, в Вышнем Волочке – мещанин Л. Милюшенцов. Все они показали «достаточное познание в цирюльном искусстве»[1]. В 1847 г. экзаменовали ярославского крепостного В. Максимова. Он «оказал удовлетворительные сведения в знании цирюльного мастерства» и получил разрешение на учреждение цирюльни[2].

В отчете ярославского уездного врача за 1851 г. приведены сведения о шести городских цирюльнях с подмастерьями и учениками[3]. В 1860 г. в Ярославле работали уже девять цирюлен, открытых «на законных основаниях», т.е. с разрешения врачебной управы. Ревизия показала, что во всех заведениях инструменты исправны, «пиявки хорошего качества», а кровопускания делались «по запискам врача»[4]. Правда, записок от врачей «на производство операций» (удаление зубов, кровопусканий и др.), по свидетельству проверяющих, было немного[5].

В Костроме в 1865 г. врачебный инспектор ревизовал 4 цирюльни: «найдены пиявки доброкачественные, записки врачей в надлежащей сохранности и инструменты в исправности»[6].

В 1850 г. были введены правила испытаний для костоправов (а также аптекарских и лекарских учеников, фельдшеров и дантистов)[7]. Таким образом, костоправы включались в систему официальной медицины.

Частная медицинская помощь врачей и вспомогательного (среднего) медицинского персонала получила в России широкое распространение. Эти услуги были дорогостоящими, и пользоваться ими могли только состоятельные лица. Медицинские работники были вправе требовать плату за оказание медицинской помощи «достаточным» частным лицам, если это не входило в их прямые обязанности, за исключением случаев эпидемических заболеваний.

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 224. Д. 221. Л. 35об.-36.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 868. Л. 17.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1271. Л. 11 об.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2078. Л. 30.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2130. Л. 15-16.
[6] ГАКО. Ф. 204. Оп. 1. Д. 700. Л. 76.
[7] ПСЗ РИ – 2. Т. XXV, ч. 1. СПб., 1851. № 23995.

К частным услугам врачей и акушерок прибегали, главным образом, помещики и горожане. Тверской губернатор отмечал в 1831 г., что в Твери частной практики «по многолюдству города и недостатку медиков (на службе приказа общественного призрения – *Е.С.*) весьма довольно». В то же время акушер тверской врачебной управы Воронцов сетовал на отсутствие у него частной практики, так как ею занимаются вольнопрактикующие и военные врачи[1].

Информация об объеме медицинской помощи, оказанной в частной практике, впервые появляется в середине 1840-х гг., как правило, неполная, поэтому судить о ее действительных масштабах затруднительно. По данным Тверской врачебной управы, в 1846 г. частные медицинские пособия получили 3 030 человек[2]. В Ярославской губернии 1850 г. пациентами частнопрактикующих врачей в губернии были 20 731 человек[3]. Костромская управа сообщила о 3 126 пациентах в 1855 г.[4]

Сведениями о числе вольнопрактикующих акушерок и количестве принятых родов мы не располагаем. Имеются лишь случайные упоминания имен акушерок, практиковавших в Ярославской губернии: Рябцова, Федосья Давыдова (1830-е гг.), Ольга Смайлова (1840-е гг.) Марья Громашева, Барышникова и Егорова (конец 1840-х – начало 1850-х гг.), Марья Зябликова (середина 1850-х гг.)[5].

Со второй четверти XIX в. в российской провинции развивается специализированная медицинская помощь – стоматологическая и офтальмологическая. В 1832 г. «экзаменованный» зубной врач Петр Лазарик информировал через местную печать «почтеннейшую публику» Ярославля, что он может в короткое время излечить цингу, а также «лечить испорченные зубы, …вынимает всякие больные зубы и корни искусным образом». Врач также предлагал услуги по протезированию и стоматологическую помощь детям. Бедных и неимущих Лазарик обещал пользовать «без всякой платы»[6]. В том же году московский «вольнопрактикующий врач и глазной оператор» М.В. Альцингер извещал «страждущих недугами», что он «может

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 12. Д. 924. Л. 1об., 15 об.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 221. Л. 37об.-38.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1154. Л. 38.
[4] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 659. Л. 17об.-18.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1154. Л. 42об., Д. 1271. Л. 23б., Д. 1791. Л. 10-15 и др.
[6] Ярославские губернские ведомости. 1832. № 12. С. 283а, № 22. С. 522; 1835. № 5. С. 118; 1860. № 26. С. 195.

подавать помощь страждущим глазными болезнями», а с 7 до 9 утра готов «безденежно подавать им врачебное пособие и советы». В 1835 г. стоматологическую помощь по лечению, удалению и протезированию зубов предлагал зубной врач Николай Герц. В 1860 г. в Ярославль приехал «известный европейский окулист» Сальватор Алесси и объявил о своей готовности бедных пользовать бесплатно[1].

Лекарственное обеспечение населения почти целиком находилось в руках частных предпринимателей. Казенных аптек в регионе не было. Аптеки лечебных учреждений обеспечивали только стационарных больных.

Зарождение аптечного дела в России напрямую связано с государственной политикой в сфере «народного здравия». С начала XVIII в. власти вынуждены были обращать все более серьезное внимание на состояние лекарственной помощи населению. Одним из первых мероприятий Петра I в области здравоохранения была аптечная реформа (1701): запрет внеаптечной торговли медикаментами и указ об открытии в Москве 8 частных аптек[2]. 14 августа 1721 г. вышло постановление Сената, разрешавшее открывать частные (вольные) аптеки во всех городах империи[3].

Несмотря на официальное разрешение, провинциальная аптечная сеть в первой половине XVIII в. находилась в зачаточном состоянии[4]. Поэтому 1739 г. Кабинет министров удовлетворил просьбу Медицинской канцелярии предоставить владельцам аптек дополнительные привилегии. В провинциальных городах устанавливалась аптечная монополия (отменена указом Сената в 1784 г.): производство и продажа лекарств разрешалась только в аптеках, новую аптеку дозволялось открывать лишь с согласия владельца уже существующей – это гарантировало высокий и постоянный доход. Привилегии должны были стимулировать частную инициативу: «…народу от того особливо при случающихся поветривающих болезнях немалая польза происходить может и больше охотников для учреждения аптек сыщется»[5].

---

[1] Там же. 1832. № 22. С. 522; 1835. № 5. С. 118; 1860. № 26. С. 195.
[2] ПСЗ РИ. Т. IV. № 1879.
[3] Собрание российских законов о медицинском управлении… Ч. 1. С. 4.
[4] См. *Сало В.М.* История фармации в России. С. 40-41.
[5] ГАЯО. Ф. 582. Оп. 1. Д. 985. Л. 2 об.

В первой половине XVIII в. вольные аптеки открылись только в двух провинциальных городах – Киеве (1739) и Ярославле (1740).

Во второй половине XVIII в. на развитие аптечного дела непосредственное влияние оказала Екатерина II. В 1763 г. сенатским указом устанавливалась наблюдение за аптеками: за продажей медикаментов по умеренным ценам и должного качества, нарушения наказывались штрафом[1]. В именном указе президенту Медицинской коллегии А.И. Черкасову императрица писала о пользе заведения аптек и докторов в городах[2]. Перед Коллегией была поставлена задача наведения порядка в аптечном деле: упорядочение арсенала лекарственных средств, производства и продажи медикаментов. Необходимость этой меры объяснялась произволом аптекарей: на лекарства налагалась «столь великая цена, которая не только не соразмерна доброте оных, но и позволенную прибыль превосходит…а тем самым недостаточные больные чувствуют великое отягощение…»[3]. В 1789 г. Медицинская коллегия приняла Аптекарский устав и разработала таксу на лекарства[4].

Положения Аптекарского устава определяли обязанности управляющего аптекой, правила изготовления, хранения и отпуска лекарств, в том числе ядовитых. Устав требовал, чтобы аптека управлялась дипломированным аптекарем (провизором), лекарства составлялись по Российской фармакопее и в соответствии с рецептом. Рецепты принимались только за подписью лекарей, которые имели разрешение на медицинскую практику в России (с 1807 г. аптеки обеспечивались ежегодно обновляемыми списками врачей). Аптекарям запрещалось прописывать лекарства, лечить больных и продавать в аптеках спиртные напитки. Устав и такса, принятая одновременно с Уставом, регламентировали деятельность аптек. Таким образом, в течение XVIII в. оформилась нормативно-правовая база аптечного дела.

Основатель первой аптеки в Ярославле Гильдебрант Гендрихсон Дуроп служил гезелем (помощник аптекаря, от нем. Geselle – подмастерье) в Главной Санкт-

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. XVI. № 11820.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XVIII. № 13045.
[3] Там же.
[4] Оценка лекарствам. При том: Устав Аптекарский. Устав повивальным бабкам. Устав о должной плате медицинским чинам.

Петербургской аптеке. Уволившись, Дуроп переехал в Ярославль и 16 января 1739 г. подал в Медицинскую канцелярию прошение, в котором, в частности, писал: «…я нижайшее намерение возымел во оном городе быть аптекарем и аптеку завесть, и содержать на своем коште … ежели довольной продажи медикаментов не будет, то опасение имею, чтоб оного кошту лишиться…»[1]. Поэтому Дуроп просил о предоставлении ему привилегий – исключительного права на продажу лекарств и сохранения жалованья, которое он уже получал от ратуши «в благодарение» за помощь жителям города «добрым советом и раздачей медикаментов»[2] – жалованье предназначалось лекарю, которого в тот период в Ярославле не было.

Открытие частной аптеки сулило выгоды государству, в частности, отпадала необходимость доставлять медикаменты на казенный счет для расквартированных поблизости полков и обеспечивать лекарственными средствами гражданское население в случае эпидемии. Медицинская канцелярия приняла решение поддержать полезное начинание. Дуроп получил не только разрешение содержать аптеку на своем «коште», но и исключительные права на продажу лекарств: «никому другому аптеки в том городе заводить и будущим в том городе впредь докторам и лекарям мимо твоей (т.е. Дуропа – *Е.С.*) аптеки медикаментов брать позволено не было»[3].

Дуроп получил ряд дополнительных льгот: «для наивящего владения и содержания оной [аптеки] …о даче же тебе в оном городе для той аптеки свободной квартиры и удовольствовании тебя в первые три года от того города…жалованием против городовых лекарей (т.е. также, как и городовых лекарей – *Е.С.*) по двенадцати рублев на месяц»[4]. Аптекарю отвели дом с погребом и ледником и огород.

В связи с назначением в Ярославль городового лекаря (Боденринтера) указом Медицинской канцелярии предписывалось «…самому ему Боденринтеру внутре медикаментов не делать и больным не давать»[5].

---

[1] РГАДА. Ф. 346. Оп. 1. Ч. 1. Кн. 41. Д. 312. Л. 553 об.
[2] Там же. Л. 563 об.-564.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 138. Л. 7 об.
[4] ГАЯО. Ф. 582. Оп. 1. Д. 985. Л. 3 – 3 об.
[5] РГАДА. Ф. 346. Оп. 1 ч. 1. Кн. 41. Д. 312. Л. 579.

Свою аптеку в Ярославле завел и штаб-лекарь П.А. Гове (дата неизвестна). В 1798 г. К. Дуроп, сын Г.Г. Дуропа, купил у наследника Гове аптеку за 2.900 руб. «со всеми медицинскими инструментами и вещами» и объединил обе аптеки в своем доме[1]. В 1807 г. заведение перешло в собственность Максима Геслинга, оставившего заметный след в истории аптечного дела Ярославля и Костромы.

Положение на фармацевтическом рынке в конце XVIII – начале XIX вв. оценил министр внутренних дел В.П. Кочубей: «вольных аптек еще весьма мало в России находится и, исключая Столиц, в большей части губерний не более, как по одной аптеке состоит»[2].

Аптекарский устав 1836 г. передал вопрос об открытии аптек на усмотрение МВД. Решение принималось с учетом «действительной надобности» в аптеке в том или ином населенном пункте, мнения губернатора и содержателей уже имеющихся аптек. Таким образом, был восстановлен режим аптечной монополии. Устав разрешал заводить аптеки всем желающим – фармацевты далеко не всегда располагали необходимым для заведения аптеки капиталом – однако с непременным условием, чтобы управляли ими аптекари или провизоры, то есть лица, допущенные к самостоятельной фармацевтической деятельности[3]. В 1847 г. МВД определило сумму, наличие которой соискатель должен документально подтвердить, чтобы получить разрешение на открытие аптеки: от 1 500 руб. (в уездном городе) до 3 000 руб. (в губернском)[4].

Местная медицинская администрация стала сдерживать расширение аптечной сети в интересах владельцев имеющихся заведений, а те, в свою очередь, стремились монополизировать фармацевтический рынок и не допустить открытия новых. Так, в 1849 г. ярославская управа отклонила прошение провизора Глазера, заметив, что аптеки учреждены во всех городах губернии «и более надобности в них не имеется»[5].

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 138. Л. 9 об.
[2] ПСЗРИ – 1. Т. XXIX. № 22642.
[3] ПСЗРИ – 2. Т. XI, ч. 2. № 9808.
[4] Сборник циркуляров и инструкций… Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. С. 123.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1148. Л. 2об.-3.

Процедура открытия частной аптеки была довольно сложной. Подавалось прошение в МВД. К прошению прилагались документы, подтверждающие наличие капитала и квалификацию будущего управляющего, «мнение» губернской врачебной управы о необходимости нового заведения, заключение о готовности аптеки к работе и виза губернатора. Документы проходили экспертизу в Медицинском совете МВД, после чего министерство выдавало разрешение, врачебная управа, в свою очередь, снабжала владельца соответствующим «видом».

Такую процедуру прошел в 1824 – 1825 гг. гезель Штегман, пожелавший открыть аптеку в Угличе[1]. Врачебная управа нашла «устроение аптеки нужным», так как врачи «не всегда имеют достаточное время заниматься приготовлением лекарств». Подготовленную к открытию аптеку поручалось освидетельствовать уездному лекарю. Тот рапортовал: «оная аптека тщательно мною осмотрена и найдена в совершенной исправности во всех частях входящих в состав оной» и можно «дозволить продажу медикаментов»[2]. Открытие аптеки, однако, пришлось отложить: Штегман не сразу нашел провизора, пожелавшего работать в уездном городе.

В начале XIX в. в России ежегодно, в среднем, открывалось 15 аптек, причем большая часть находилась в Москве, Петербурге и западных губерниях. В 1837 г. было выдано 27 разрешений на открытие аптек, но в 1847 г. только 4 – после введения в действие Устава 1836 г. темпы роста аптечной сети снизились. К 1851 г. в России действовало 743 частные аптеки[3].

В регионе Верхней Волги аптечная сеть развивалась в соответствии с общими закономерностями: сначала аптеки открывались в губернских городах, затем в наиболее крупных уездных. По данным на 1845 г. во Владимирской губернии насчитывалось 9 аптек (2 во Владимире, по одной в Шуе, Муроме, Суздале, Александрове, Юрьеве-Польском, Переславле, Вязниках и селе Иваново); в Костромской губернии – 5 аптек (в Галиче, Кинешме, Нерехте и 2 в Костроме); в Тверской губернии – 10 (в Бежецке, Вышнем Волочке, Калязине, Кашине, Осташкове, Ржеве,

---

[1] См. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 296.
[2] Там же. Л. 7.
[3] *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч. 1. СПб., 1858. С. 133; Ч. 3. Кн. 2. СПб., 1862. С. 333; Ч. 3. Кн. 3. СПб., 1862. С. 651.

Старице и 2 в Твери)[1], в Ярославской губернии в 1842 г. – 9 (в Любиме, Пошехонье, Романове-Борисоглебске, Ростове, Рыбинске, Угличе и 3 в Ярославле)[2]. Спустя 10 лет, в 1855 г., во Владимирской губернии население обслуживали 12 аптек, в Костромской губернии – 6 аптек, в Тверской губернии – 10 аптек, в том числе одна на селе, в Кимрах (Корчевский уезд)[3], в Ярославской губернии уже в 1850 г. аптеки имелись во всех уездных городах, 3 – в губернском центре, и всего действовало 12 аптек[4] (см. Приложение 9).

В рассматриваемый период аптечное дело в России находилось в руках этнических немцев, и в нашем регионе им принадлежало большинство заведений. Исключение составляли несколько аптек Тверской губерния: в Калязине – содержатель Л. Николаев, в Ржеве – А. Филиппов, в Старице – А. Станкевич и в с. Кимры – Л. Панин (он же арендовал аптеку Бауэра в Зубцове).

Аптеки отпускали по рецептам медикаменты для больниц и частных лиц. Кроме того, аптекари производили химические исследования для нужд судебно-медицинской экспертизы. Проведение этой работы оплачивалось казной.

Больницы, как отмечалось выше (2.2), пользовались услугами частных аптек только в случае отсутствия казенных лекарств. При этом больницам приказа общественного призрения медикаменты из частных аптек нередко отпускались с 5–10% скидкой. Тверская больница приказа получала лекарства из аптеки Н. Юргенсона даже с 30% скидкой. Скидки предоставлялись и частным лицам. В аптеке Натта (Ярославль), как установила в ходе проверки врачебная управа, «для бедного класса людей медикаменты отпускаются с значительной уступкой против установленной таксы, а иногда и даром»[5]. Бесплатная раздача лекарств неимущим была в обычае у врачей и фармацевтов. Наиболее известен благотворительной деятельностью М. Геслинг.

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 244. Д. 132. Л. 4; Д. 166. Л. 6; Д. 221. Л. 56-61.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 648. Л. 41-49.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 27; д. 659.л. 7; Д. 678. Л. 113об.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. д. 1154. Л. 18-18об.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 692. Л. 349.

Максим Филиппович Геслинг, выходец из Финляндии, начал службу в 1800 г. в качестве аптекаря придворного госпиталя, затем, в 1807 г. купил аптеку в Ярославле. Его профессиональная деятельность проходила в Ярославле и Костроме, где он также содержал аптеку. Внимание ярославской и костромской врачебной управы Геслинг привлек к себе «бескорыстием и исправностью по его должности», и «чинимых им ежедневных человеколюбивых благодеяний… особливо в 1812 и 1813 годах»: жертвовал медикаменты для рекрутов, для ярославского ополчения, для военнопленных, в военный госпиталь, в пользу сиротского дома, больных арестантов, бурлаков – всего, по подсчетам ярославской врачебной управы, на сумму 3 247 руб. 65 коп.[1] Костромская управа рапортовала о пожертвовании лекарств для больницы местной семинарии, бесплатном отпуске лекарств и денежном пожертвовании воспитательному дому, 20% скидке на лекарства для больницы приказа, пожертвовании медикаментов на 1 297 руб. во время холерной эпидемии, бесплатном отпуске лекарств неимущим жителям Костромы[2]. М. Геслинг дважды получал подарок от имени императора. В 1836 г. Ярославское дворянское депутатское собрание причислило его к дворянскому сословию[3].

В XVIII – XIX вв. большинство лекарственных препаратов изготавливалось в аптеках в специально оборудованных лабораториях: галеновые препараты, эфирные масла, ароматные воды, соли и т.д. Аптеки самостоятельно заготавливали местное лекарственное сырье. Но возможностями для осуществления сложных технологических процессов уездные аптеки обычно не располагали, и часть лекарств закупалась в столичных аптеках в готовом виде.

Отечественное производство не обеспечивало аптеки лекарственными средствами в достаточном объеме и необходимом ассортименте. В первой половине XIX в., по данным МВД, около 150 наименований лекарственных материалов (для больных военного и гражданского ведомств) выписывалось из-за границы[4]. В Россию импортировались тропические растения, экзотические смолы, камфара, бура,

---

[1] ГАЯО. Ф. 213. Оп. Д. 1244. Л. 3об.-4.
[2] Там же. Л. 14об.-15, 23-23об.
[3] Там же. Л. 36об.
[4] См.: *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч. 3. Кн. 2. СПб., 1862. С. 328-329.

квасцы, сера и др. С развитием фармацевтического производства в Западной Европе стали завозить сложные органические лекарственные препараты.

Частным аптекам также разрешалось закупать лекарства и лекарственное сырье за границей (или приобретать импортные товары через посредников). Сведения о соотношении импорта и материалов отечественного производства в закупках аптек Ярославской губернии в стоимостном выражении содержатся в табеле о расходах аптеки М. Геслинга (1825). Расходы на импортные лекарственные средства, посуду и оборудование вдвое превышали расходы на отечественные материалы: соответственно 3 561 руб. 80 коп. и 1 798 руб. 80 коп.[1]

Количество принятых к производству рецептов относится к основным показателям работы аптеки. Наибольшее количество рецептов в 1855 г. приходилось на костромскую аптеку Зегница – 9 545 рецептов, тверскую аптеку Юргенсона – 9 417 рецептов, Старую владимирскую аптеку – 7 895 рецептов, ярославские аптеки (1850 г.) провизоров Цаулиха – 7 175, Деппа – 7 154 и Натта – 6 639 рецептов. Аптеки уездных городов по этому показателю, за некоторыми исключениями (Вышний Волочек, Осташков, Ржев, Шуя, Рыбинск), значительно отставали. Аптека в Кимрах, например, приняла к производству всего 70 рецептов[2].

Прибыль аптекарей, по данным общероссийской статистики за 1848 г., составляла 16–20% и, в среднем, не превышала 10 коп. на рецепт[3]. Видимо, не будет грубой ошибкой допустить, что такую же прибыль получали и фармацевты Верхневолжского региона. Директор Медицинского департамента А. Рихтер категорически утверждал: «Вольных аптекарей, разбогатевших от фармацевтического дела, у нас решительно нет»[4]. Во всяком случае, провизоры далеко не всегда имели возможность нанять помощника. Гезели работали лишь в аптеках губернских городов, многие аптеки обходились без аптекарских учеников, нередко весь штат состоял из провизора и работника.

---

[1] ГАЯО. Ф.86. Оп. 1. Д. 317. Л. 20.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 27; д. 659.л. 7; Д. 678. Л. 113об.,
ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 648. Л. 41-49.
[3] Посчитано по: РГИА. Ф. 1287. Оп. 13. Д. 539. Л. 7 об.-8.
[4] Там же. Л. 7 об.

Аптеки представляли собой небольшие предприятия. Это подтверждается и выводами ярославской врачебной управы (1831): «содержатели оных [аптек] весьма много пекутся о должном порядке… но как их торговля весьма ограниченна, то они и не могут иметь всегда в готовности многих запасов материалов и препаратов. Их можно некоторым образом сравнить с мелочными торговцами, для которых оптовая продажа производится столичными аптеками, откуда большая часть из оных выписывает годичную или полугодичную пропорцию готовых медикаментов и разных препаратов врачебных»[1].

С 1797 г. аптеки подчинялись врачебным управам, которые контролировали их работу. Управа следила, чтобы аптека 1) управлялась экзаменованным провизором или аптекарем, 2) использовала только доброкачественные материалы для приготовления лекарств, 3) лекарства приготовлялись правильно, «настоящего достоинства» и продавались по установленной таксе. Текущий контроль за работой аптек осуществляли уездные врачи.

Первая ревизия единственной тогда в Ярославле аптеки была поручена в 1800 г. оператору и акушеру. После ревизии в официальном журнале врачебной управы сделана запись: «найдено в оной аптекарских материалов довольно и оные свежи, лекарства составляются по чистой совести; посуда в хорошей исправности, чистота и опрятность также сохраняются, и недостатку ни в чем не примечено. Что касается до цены на отпускаемые лекарства взимаемой, то оная по дороговизне припасов против того времени, как сделана такса, то есть в 1789 года сентября 20 дня возвышена, однако с дозволения Государственной Медицинской Коллегии…»[2].

Ревизор проверял «снуровую» книгу, то есть прошитую, заверенную печатью врачебной управы, куда записывались рецепты врачей. Кроме того, в аптеке велись книги учета ядовитых и сильнодействующих веществ, ручной (безрецептурной) продажи. Обращалось внимание на устройство аптеки: наличие помещений для приготовления и хранения лекарств, оборудования и посуды, на санитарное состо-

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 488. Л. 31.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 204об.

яние, качество медикаментов, численность, квалификацию и деловые качества персонала. Ревизоры не имели специального фармацевтического образования, и проверки в значительной степени носили формальный характер.

Нередко в аптечной деятельности встречались нарушения, и врачебная управа принимала меры к их устранению. В 1834 г. ревизия обнаружила подлог в аптеке Леман (Ярославль): «почти все рецепты имеют двойную таксировку... из коих первая замарана или выскоблена». Управа приняла решение закрыть аптеку впредь до исправления всех недочетов[1]. Строгое замечание за нарушение Аптекарского устава было сделано содержателю муромской аптеки Виттенбергу (Владимирская губ.)[2]. В 1855 г. провизор Сундеберг (г. Солигалич, Костромская губ.) за противозаконное лечение был на год лишен права управлять своим заведением[3].

В первой половине XIX в. аптечная сеть в регионе, как и вообще в России, развивалась медленно. Помимо недостатка фармацевтических кадров, развитие аптечного дела тормозила ограниченность спроса на медикаменты, что определялось экономической отсталостью провинции, отсутствием у населения привычки прибегать к рациональной медицинской помощи, в том числе и медикаментозной, традиционно негативное отношение к иностранцам.

* * *

Здравоохранение в России зародилось в XVIII в. В этот период началось создание законодательной базы здравоохранения и медицинской деятельности в целом. Появились органы управления медицинской частью и первые лечебные учреждения для гражданского населения.

В активе врачебных управ – инициирование открытия лечебных учреждений, проведение элементарных санитарных и противоэпидемических мероприятий, изучение санитарно-гигиенических условий жизни народа. Управы сделали первые шаги по профилактике заболеваний, санитарному просвещению населения, накопили опыт борьбы с эпидемиями, заложили основы медицинской статистики.

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 519. Л. 38.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 166. Л. 13об.-14.
[3] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 659. Л. 7.

В учреждении приказов общественного призрения была реализована идея государственного попечительства, составлявшая основу государственной политики в области медицины и здравоохранения.

Деятельность приказов жестко регламентировалась. Относительную самостоятельность они получили лишь в проведении финансовых операций.

Наряду с приказами – полугосударственными, полуобщественными организациями, в финансировании здравоохранения принимали участие города: строили и содержали больницы, городовых врачей. Городские общества – купеческие и мещанские – оплачивали лечение в больницах своих сограждан. Государственные крестьяне несли расходы на проведение элементарных противоэпидемических мероприятий (оспопрививание) и т.д. На строительство и содержание больниц, приютов и богаделен направлялись средства благотворителей.

Под «крышей» приказов общественного призрения были собраны лечебные заведения, основанные как самими приказами (в губернских центрах), так и открытые городскими думами (в уездных городах), а также учрежденные благотворителями. По данным на 1861 г., в приказах числилось 519 больниц и 5 отделений больниц, 3 дома и 6 отделений для «умалишенных» общей мощностью 17 351 койка[1].

Для более широкого охвата населения медицинской помощью в первой половине XIX в. создавались дополнительные структуры – медицинская часть при Министерстве государственных имуществ и некоторых других ведомствах. Этот параллелизм, к тому же при недостатке средств, принес мало пользы делу. Достаточно заметить, что совмещение должностей уездного и окружного врача МГИ, как это имело место в губерниях Верхней Волги, означало расширение поля деятельности для врача, и без того обремененного многочисленными обязанностями, но не приблизило лекаря к крестьянину.

Госпитальная база ведомственной медицины была крайне слаба. Лечение в больницах приказов общественного призрения было доступно преимущественно

[1] Устройство общественного призрения в России… Д. 5. С. 19.

для «казенного рода людей», «для прочих же обывателей это сопряжено с крайними затруднениями по недостатку мест»[1]. Поэтому большая часть населения, в первую очередь крестьяне – и государственные и, в особенности, помещичьи, – была совершенно лишена медицинской помощи. Положение с сельской медициной охарактеризовал один из провинциальных врачей в записке президенту Вольного Экономического Общества гр. Н.С. Мордвинову: «Врачей вообще в государстве по пространству мало; уезды обширны: может ли один или два успеть?.. Что же делать поселянину? – болеть, терпеть, надеяться на авось, на природу…»[2].

В условиях низкого культурного уровня и материального достатка основной массы населения неразвитость рациональной медицинской помощи способствовала сохранению популярности знахарства. «Всем известно, – писала «Московская медицинская газета, – что наш народ охотно лечится у фельдшеров и знахарей, верит в силу и могущество колдунов, в искусство и знание ворожей…»[3].

Распространенность эпидемических заболеваний вынуждала правительство заниматься противоэпидемической работой. Санитарные и профилактические мероприятия по оздоровлению населения проводились нерегулярно и бессистемно, носили, в основном, полицейско-репрессивный характер.

С развитием общества, с прогрессом медицины требования к уровню организации медицинской помощи возрастали. Врачебная управа, напротив, подверглась реформированию, которое отрицательно сказалось на способности этого учреждения решать более сложные задачи и оперативно принимать необходимые меры. Подчинение управы губернатору привело к доминированию «казенного интереса» и интересов местной бюрократии, к понижению уровня компетентности при принятии решений по медицинской части. Недостаток средств, квалифицированного персонала, внедрение бюрократизма в самое врачебное дело привели к деградации больничного хозяйства. Ведомственная разобщенность, безусловно, не содействовала решению задач, стоявших перед здравоохранением.

---

[1] Московская медицинская газета. 1865. № 3. С.30.
[2] РГИА. Ф. 994. Оп. 2. Д. 811. Л. 5.
[3] Московская медицинская газета. 1865. № 7. С. 67.

В середине XIX в. и для правительственных кругов, и для общественности стала очевидной необходимость приспособить систему здравоохранения к меняющимся условиям, прежде всего с учетом перспективы появления новой многомиллионной категории граждан – освобожденных от крепостной зависимости крестьян. В 1862 г. Медицинский департамент МВД подготовил «Доклад о преобразовании губернских врачебных учреждений». В докладе обращалось внимание на основные «болевые точки»: сложность функций врачебной управы, необязательность исполнения ее решений, неопределенность отношений с другими ведомствами, недостаточность штатов, отсутствие специалистов необходимого профиля и четкого разграничения обязанностей членов управы, низкое жалованье чиновников и др.[1]

Приказы общественного призрения, губернские врачебные управы, состояние медицинской помощи населению, положение медиков в провинции и др. подвергались острой критике в медицинской печати[2].

Период в развитии отечественного здравоохранения известный как период «приказной медицины» закончился.

Процессы и явления, оказавшие воздействие на развитие здравоохранения России, нашли отражение в истории медицинской части Верхневолжского региона.

---

[1] Архив судебной медицины и общественной гигиены, издаваемый Медицинским департаментом. СПб., 1865. Кн. 2, июнь. Отд. I. С. 42–43.

[2] См., например: Медицинский вестник. 1861. №4-5, 31-40; 1862. №47-51.

3.ОБЩЕСТВО И ГОСУДАРСТВО В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВВ.

Задача третьей главы – анализ основных форм организации медицинской помощи населению и взаимодействия государственных структур и общественных институтов в решении вопросов здравоохранения в пореформенный период.

3.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В условиях начавшегося в России нового этапа модернизации несоответствие медицинской организации уровню развития страны и возросшим требованиям общества к системе здравоохранения становилось особенно очевидным. На повестку был поставлен вопрос о реформировании бюрократической системы общественного призрения, закрытии приказов, привлечении общественных сил к решению вопросов охраны «народного здравия».

1 января 1864 г. именным указом Сенату Александр II утвердил «Положение о губернских и уездных земских учреждениях». В соответствии с «Положением» в число предметов, подлежащих ведению земств, было включено заведование благотворительными заведениями и «прочие меры призрения», «участие, преимущественно в хозяйственном отношении и в пределах, законом определенных, в попечении… о народном здравии» (ст. 2)[1]. Губернским и уездным земским учреждениям передавались заведения приказов общественного призрения (больницы, «дома для сумасшедших», богадельни, приюты), капиталы и имущество, сами приказы упразднялись[2]. Земства становились правопреемниками приказов. На земские учреждения возлагалось устройство сельской врачебной части[3]. К ним переходила медицинская часть государственной деревни[4].

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXIX, ч.1. СПб., 1867. № 40457.
[2] Там же. № 40934.
[3] Сборник законоположений для врачей, ветеринаров, фармацевтов, акушерок и фельдшеров. Вып. 2. С. 793.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. LXII, ч. 1. СПб., 1871. № 44240.

Одновременно, в соответствии с «Общим Положением о крестьянах, вышедших из крепостной зависимости», попечение об общественном призрении возлагалось на самих крестьян и подлежало ведению волостного схода (ст. 10 и 78)[1].

Обязанности и пределы компетенции органов самоуправления в сфере здравоохранения определяли «Временные правила для земских учреждений по делам о земских повинностях, народном продовольствии и общественном призрении», также утвержденные 1 января 1864 г. Согласно «Временным правилам» губернским и уездным земствам передавались обязанности приказов общественного призрения и больничных советов – коллегиальных органов, посредством которых приказы управляли подведомственными больницами (ст. 73) и попечение о развитии оспопрививания (ст. 74)[2]. «Положение о губернских и уездных земских учреждениях» 1890 г. более четко определяло область задач: местному самоуправлению поручалось заведование земскими лечебными и благотворительными заведениями, «попечение о призрении бедных, неизлечимых больных и умалишенных, а также сирых и увечных» (ст. 2)[3].

Действуя в сфере здравоохранения, земства должны были руководствоваться Уставом о общественном призрении 1857 г. Необходимость коррекции его положений с учетом изменившихся реалий привела к появлению новой редакции 1892 г. Устав признавал обязательными для земства все предметы расходов, установленные данным документом, и в первую очередь, содержание заведений общественного призрения (открытых в свое время приказами общественного призрения) – больниц и учреждений для психических больных (ст.57) и право (но не обязанность!) учреждать новые благотворительные заведения – общие и психиатрические больницы, богадельни (ст. 174)[4].

На аналогичных основаниях были определены обязанности городских самоуправлений в области здравоохранения. «Городовое положение» 16 июня 1870 г.[5]

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXVI, ч. 1. СПб., 1863. № 36657.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXIX, ч. 1. № 40458.
[3] ПСЗ РИ – 3. Т. X, ч. 1. СПб., 1893. № 6927.
[4] Устав о общественном призрении. Издание 1892 года. С. 1-190.
[5] ПСЗ РИ – 2. Т. XLV, ч. 1. СПб., 1874. № 48498.

к предметам ведения городских дум отнесло меры «об охранении народного здравия», «устройство на счет города благотворительных заведений и больниц и заведование ими» (ст.2). В число обязательных для городов расходов включалась выплата пособий на содержание «благотворительных и иных общеполезных учреждений» (ст. 139). Это положение сложилось в период «приказной медицины», когда вследствие недостаточности средств приказов общественного призрения, больницы в уездных городах содержались на средства городских бюджетов (см. 2.2).

Введением общественного самоуправления, таким образом, было заложено юридическое основание земской и городской медицины.

«Положение о губернских и уездных земских учреждениях» 1864 г. предусматривало самостоятельность земств в пределах их компетенции (ст. 2). Однако действия и распоряжения органов самоуправления подлежали «утверждению и наблюдению общих правительственных властей» (ст. 6). Пределы компетенции земств четко не прописывались, способы решения стоящих перед ними задач не определялись. Законодательство не устанавливало ответственности за бездействие.

Губернатору и губернскому правлению вменялось в обязанность осуществлять постоянный контроль деятельности прямо им не подчиненного общественного управления – с точки зрения соблюдения законности. Губернатор имел право опротестовать постановление земского собрания, приостановить его действие. Как считает доктор юрид. наук Л.Е. Лаптева, «несмотря на то, что органы общественного самоуправления имели законодательно очерченный объем предметов ведения и полномочий, область действительно автономного принятия решений для них практически не существовала». Земские учреждения фактически не допускались к организационным вопросам, зато щедро наделялись компетенцией в затратных для бюджета областях, в частности, в устройстве и содержании различных медицинских учреждений, приглашении и содержании медицинского, административного и обслуживающего персонала[1].

---

[1] *Лаптева Л.Е.* Принципы организации местного самоуправления в Российской империи. // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2003. № 1 (194). С. 120. [Электронный ресурс]. URL: http://council.gov.ru/activity/analytics/analytical_bulletins/25564 (дата последнего обращения: 1.02. 2016).

Земство к тому же не имело административной власти и было вынуждено обращаться за содействием к правительственным органам, в случае необходимости принудительного исполнения его постановлений[1].

Важная гарантия независимости органов местного самоуправления и их эффективности – наличие у земских учреждений собственных средств. По «Положению» 1864 г. губернские земские собрания имели право устанавливать новые сборы на губернские земские потребности (ст. 68). «Положение» 1890 г. предоставляло губернским и уездным земским собраниям определение размера земских сборов (ст. 62). В то же время, согласно этим же документам, земские сметы и раскладки подлежали утверждению губернатора, а закон «Об установлении предельности земского обложения» от 12 июня 1900 г. ограничил возможности земств повышать сборы (окладные сборы на недвижимость) при составлении земских смет. Губернатор имел полномочия наложить запрет на решения земских собраний, если считал повышение налогов обременительным для населения или не вызванным необходимостью. Закон предусматривал возможность частичного покрытия земских смет за счет казны, но использование этой возможности зависело от оценки местных нужд Министерством внутренних дел[2]. Расширение прав губернатора на вмешательство в дела земского и городского самоуправления А.С. Ахиезер расценил как реакцию на «явственные симптомы» ослабления коронной власти[3].

Фиксация земских средств ставила медицину в затруднительное положение. Это, в частности, доказывает постановление Мологского уездного земства Ярославской губернии ходатайствовать перед правительством об установлении новых источников обложения, чтобы не сокращать расходы по главным частям сметы, в число которых входила медицина[4]. В медицинских кругах сформировалось мнение, что закон 1900 г. «ставит крест над правильным развитием земской медицины»[5].

---

[1] См. *Богатырева О.Н.* Губернская администрация и земское самоуправление. Вторая половина XIX – начало XX века.// Вопросы истории. 2004. № 8. С. 100.
[2] ПСЗ РИ – 3. Т. XX, ч. 1. СПб., 1902. № 18862.
[3] *Ахиезер А.С.* Указ. соч. С. 280.
[4] Врач. 1900. № 49. С. 1482.
[5] Там же. С. 1484.

Законы о земских и городских общественных учреждениях не отменяли обязанностей местных органов власти. В сфере здравоохранения действовали и органы местного самоуправления, и административные. «Временные правила для земских учреждений…» устанавливали, что «надзор губернского начальства… остается на существующем основании» (ст. 87). Земство – в отношении обязанностей по общественному призрению – включалось в систему вертикальных связей: Министерство внутренних дел – губернатор, губернское правление – земство. Устав о общественном призрении в редакции 1892 г. сохранил принципиально важные положения: главное заведование делами общественного призрения находится в ведении МВД, местный надзор осуществляется губернатором, непосредственное заведование поручается земским учреждениям – за счет земских сборов[1]. В составе министерства создавалось Главное управление по делам местного хозяйства с отделом народного здравия и общественного призрения, которое ведало хозяйством медицинской части земских и городских самоуправлений.

В обязанности губернатора, как и прежде, входило общее наблюдение за исполнением норм Устава врачебного, в том числе открытие аптек, определение и увольнение городовых и уездных врачей и фармацевтов, наблюдение за гражданскими больницами. Властью губернатора проводились «первоначальные или не терпящие отлагательства распоряжения к охране народного здравия», предупреждению и прекращению эпидемий[2]. Ответственность за состояние народного здравия с губернатором разделяло губернское правление[3].

В 1865 г. согласно «Временным правилам о преобразовании губернских учреждений ведомства Министерства Внутренних Дел в тридцати семи губерниях и в Бессарабской области»[4] (губернии Верхней Волги входили в их число) ранее существовавшая местная медицинская администрация – врачебная управа, а также

---

[1] Устав о общественном призрении. Издание 1892. С. 81.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. XL, ч. 1. СПб., 1867. № 42180.
[3] Врачебно-санитарное законодательство в России… С. 10.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. XL, ч. 1. № 42180.

губернский комитет общественного здравия и губернский оспенный комитет присоединялись к губернскому правлению. В его структуре появился новый специальный орган – врачебное отделение, возглавляемое врачебным инспектором.

Состав губернской медицинской администрации первоначально оставался в прежнем виде: врачебный инспектор, оператор (хирург), акушер и канцелярские служащие. Губернский врачебный инспектор входил в состав общего присутствия губернского правления. Сохранялись должности ветеринарного врача и его помощника. Позднее Медицинский департамент признал возможным упразднить должности оператора и акушера, созданные еще в 1797 г. с тем, чтобы обеспечить губернские города специалистами данного профиля, взамен учреждалась должность помощника врачебного инспектора – специалиста в области судебной медицины. Сверх того, в состав врачебного отделения вводился фармацевт для производства судебно-химических и судебно-микроскопических исследований. Ему предоставлялись права государственной службы по чинопроизводству, но без жалования и пенсии[1]. Проведенные исследования оплачивались по факту. На эту должность назначался опытный провизор из числа местных аптекарей.

Таким образом, штаты врачебного отделения, утвержденные 14 октября 1869 г., выглядели следующим образом:

инспектор – должность V класса по Табели о рангах (статский советник);

помощник инспектора – должность VI класса (коллежский советник);

фармацевт – должность VII класса (надворный советник);

делопроизводитель – должность VIII класса (коллежский асессор);

помощник делопроизводителя – должность X класса[2].

Нормативно-правовая основа деятельности врачебного отделения получила окончательное оформление в Уставе врачебном (редакция 1892 г., глава вторая).

Нуждались в нормативной регламентации больницы – базовые структуры в обеспечении медицинской помощью населения. Устав больниц гражданского ведомства 1851 г. не годился для земских учреждений. Новый устав был утвержден

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 42. Д. 43, ч.1. Л. 205-206.

[2] ПСЗРИ – 2. Т. XLIV, ч. 2. СПб., 1873. № 47511.

именным указом Сенату только 10 июня 1893 г.[1] Действие Устава распространялось на государственные больницы, находившиеся в ведении Хозяйственного департамента МВД, то есть больницы земские, городские, приказов общественного призрения (в тех губерниях, где не было введено земское положение) и частные.

Устав уточнял классификацию гражданских лечебных заведений: больницы, имевшие более 300 штатных кроватей, относились к 1-му классу, с числом кроватей от 101 до 300 – ко 2-му, 61–100 кроватей – к 3-ему, 16–60 кроватей – к 4-му классу. Заведения с 6–15 кроватями именовались лечебницами, с 5 и менее кроватями – приемными покоями. В соответствии с классом больницы определялись штаты административного и медицинского персонала. Вводились новые должности, амбулаторная помощь, дифференцированная плата за лечение, предусматривалась возможность использования труда сестер милосердия, определялись источники финансирования лечебных учреждений.

Больницам 1-го и 2-го классов полагались аптеки, в прочих учреждались с разрешения министра внутренних дел. Он же мог предоставить этим аптекам право вольной продажи медикаментов. К заведованию аптеками при больницах 1 и 2 классов допускались только фармацевты в звании не ниже провизора, в остальных – аптекарские помощники. При отсутствии фармацевтов ответственность за фармацевтическую часть возлагалась на врача.

Документ подтверждал подчиненность больниц, в том числе земских и городских, губернской администрации. Заведование земскими и городскими больницами возлагалось на земские и городские управы. Непосредственно управляли больницами, как медицинской, так и хозяйственно-административной частью главные врачи. В больницах 1–3 классов, кроме того, создавалось правление с участием гласных земских собраний/городской думы под председательством главного врача.

Штаты этих больниц и кандидатуры на замещение должности главного врача в больницах 1–3 классов определялись земскими собраниями/городской думой и утверждались министром внутренних дел. Все остальные назначения на штатные

[1] Устав лечебных заведений ведомства Министерства Внутренних Дел. //Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1893. Т. XIX. Кн. вторая. Отд. 1. С. 18–29.

врачебные должности и увольнения производились по представлению управы губернатором или градоначальником (по принадлежности больницы), вспомогательного медицинского персонала – управами. Органы самоуправления решали вопрос о назначении окладов медицинским работникам.

Устав больниц гражданского ведомства 1893 г. – «продукт политики всемерного ограничения земских учреждений», продиктованный «соображениями охраны полицейского режима»[1] – вызвал протесты земств. Чрезвычайное губернское земское собрание Костромской губернии 1894 г. ходатайствовало об отсрочке введения Устава, пересмотре тех его положений, которые, ущемляя права земств, производят «ломку во всей земской медицине» и внесло предложение о предварительном рассмотрении проекта устава земскими и городскими самоуправлениями[2]. Такое же ходатайство направили в МВД Тверская и некоторые другие губернии[3].

Правительство отступило, предоставив решение этого вопроса в будущем на усмотрение министра внутренних дел[4], что американская исследовательница Н. Фриден назвала «неожиданной победой» земств[5].

С 1895 г. порядок управления лечебными учреждениями, штаты и обязанности медицинского и хозяйственно-административного персонала определяла инструкция, изданная по распоряжению министра[6].

Главная задача губернского врачебного управления – «пещись вообще о соблюдении народного здравия». Врачебный инспектор и его помощник несли ответственность за выполнение мер, предусмотренных на случай эпидемии. В конкретный круг обязанностей входил, в первую очередь, контроль аптечного дела: открытие новых аптек, наем персонала, освидетельствование вольных аптек (к ним при-

---

[1] *Новомбергский Н.Я.* Указ. соч. С. 18-19.
[2] В Чрезвычайное губернское земское собрание. Доклад. О введении в действие лечебного устава 10 июня 1893 г. Кострома, б/г. С. 1-2.
[3] *Сидоров Д.В.* Социокультурная деятельность костромского земства в конце XIX начале XX века. [Электронный ресурс]. URL: http://moscowia.su/projects/konkurs/raboty/2008/1141. (дата последнего обращения: 1.06. 2015). С. 2.
[4] Врачебно-санитарное законодательство в России. С. 369.
[5] Frieden N. Op. cit. P. 179.
[6] Инструкция по управлению лечебными заведениями ведомства Министерства Внутренних Дел // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1894. СПб.: Типография Правительствующего Сената, 1894. Второе полугодие. № 113. Ст. 825. С. 2498-2530.

числялись и те аптеки при земских заведениях, которые имели право вольной продажи лекарств), совместно с полицейским управлением надзор за продажей аптекарских материалов в торговой сети и рекламой медикаментов. Врачебное отделение контролировало содержание всех больниц, лазаретов и лечебниц гражданского ведомства, включая земские и городские лечебные учреждения; наблюдало за санитарным состоянием населенных пунктов, качеством продовольствия на рынке; проводило медицинские освидетельствования и судебно-медицинские экспертизы. Врачебному отделению подчинялись врачи, находившиеся на государственной службе (уездные, городовые), общественных самоуправлений и вольнопрактикующие, а также средний медицинский персонал[1].

Обязанности уездных врачей после передачи земствам медицинской части изменились: они ограничивались проведением экспертизы по судебно-медицинским и медико-полицейским делам, борьбой с эпидемиями, надзором за соблюдением санитарно-гигиенических правил и некоторыми другими. Городовые врачи освобождались от работы в переданных земствам больницах, они, в основном, были заняты в качестве врачей тюремных больниц, полицейских врачей и заседали в присутствиях по воинской повинности[2].

По отношению к земским учреждениям врачебное отделение, представляя государственную власть, действовало как надзирающий и контролирующий орган, не инициируя проведение каких-либо мероприятий с целью улучшения медицинского обслуживания населения.

Параметры отношений между губернскими властями, включая врачебное отделение, и органами местного самоуправления определялись рамками, прописанными законодателем. «Положение» 1864 г. предусматривало создание учреждения, соединяющего органы самоуправления с правительственными органами и координирующего их деятельность в виде Губернского по земским и городским делам присутствия (ст. 8). Формы взаимодействия включали правительственный кон-

[1] Устав врачебный. Издание 1892. С. 6-8.
[2] Там же. С. 16-17.

троль и надзор за действиями органов общественного самоуправления, распределение функций в рамках отдельных предметов ведения, взаимное финансирование, обмен необходимой информацией, участие глав общественных управлений в губернских специализированных присутствиях.

Врачебный инспектор в обязательном порядке приглашался на заседания земских и городских общественных учреждений, губернских земских собраний с правом голоса – при рассмотрении дел призрения, санитарных и врачебных вопросов, участвовал в работе съездов земских врачей[1]. С 1874 г. по распоряжению министра внутренних дел съезды стали проходить при участии врачебного инспектора, а с 1889 г. – под руководством губернской медицинской администрации[2] (см. 4.4). С этого времени губернатор через подчиненного ему чиновника мог реально влиять на работу коллегиального врачебного органа.

На практике отношения между губернской администрацией (в лице губернатора, губернского правления, врачебного инспектора), полицией и другими властными структурами – с одной стороны, земскими и городскими самоуправлениями, а также земско-медицинской общественностью – с другой, складывались по различным сценариям. Нередко губернская администрация выступала в роли регулятора в разрешении конфликтных ситуаций, возникавших при столкновении интересов губернского и уездного земств, городов и земств. Эта роль приобретала все большее значение по мере усиления административного давления на земства. Сотрудничество с органами общественного управления достигалось в решении важнейших конкретных вопросов здравоохранения, в частности, при проведении противоэпидемических мероприятий.

В 1879 г. были утверждены «Временные правила относительно издания земскими учреждениями обязательных постановлений о мерах к предупреждению и прекращению повальных и заразительных болезней»[3], в которых определялись

---

[1] Там же. С. 9.
[2] Отчет Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел за 1889 год. С. 199.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. LV, ч. 1. СПб., 1884. № 59399.

права и взаимные отношения сторон в одном из направлений санитарно-профилактической работы:

– уездным земским собраниям (по соглашению с местным полицейским управлением) предоставлено издавать обязательные постановления по предметам, касающимся здравоохранения;

– постановления земских собраний сообщаются губернатору, который принимает решение о его обнародовании;

– если не достигнута договоренность между земским собранием и полицейскими органами или если у губернатора имеются возражения, вопрос выносится на рассмотрение особого совещания и решается большинством голосов; в особое совещание под председательством губернатора входят представители губернских властей, в том числе врачебный инспектор, его помощник и старший земский врач; в случае несогласия губернатора с решением особого совещания дело немедленно докладывается министру внутренних дел;

– утвержденное постановление земского собрания имеет обязательную силу.

Противостояние между губернской администрацией и органами общественного самоуправления обнаруживалось при решении вопросов, имеющих социально-политическую окраску, связанных, например, с нарушением законодательства об общественных управлениях, со стремлением земств или городских дум выйти за очерченные для них пределы. Нередко трения возникали в связи с несоблюдением общественными лечебными учреждениями положений нормативно-правовых документов, регламентирующих медицинскую деятельность.

В 1874 г. по представлению ярославского врачебного инспектора Н.Ф. Шайтанова от лица губернатора романово-борисоглебской земской управе было предложено «принять безотлагательно должные меры» по устранению обнаруженных в Александровской земской больнице недостатков (аварийное состояние помещений и др.), а заведующему больницей Медовщикову и уездному врачу Черокову (как представителю медицинской администрации в уезде) объявлен выговор. Уездное земское собрание с заявлением инспектора «о дурном положении Александровской земской больницы» не согласилось и просило губернатора снять выговор с врачей.

Выговор остался в силе, лечебное заведение по настоянию губернатора перевели в другое здание[1].

В 1875 г. ярославский губернатор опротестовал решение Рыбинской городской думы, ходатайствовавшей об утверждении Устава городской общественной больницы. Ряд параграфов проекта устава нарушал «Городовое положение», в частности, пункт о предоставлении медицинскому персоналу прав государственной службы – такого рода решения принимались на уровне министерства. Кроме того, губернатор посчитал, что нет надобности в особом уставе, так как больница должна была действовать на общих основаниях[2].

В течение нескольких лет владимирский губернатор Н.М. Цеймерн добивался нормализации обстановки и ликвидации многочисленных беспорядков во владимирской губернской земской больнице, выявленных в ходе министерской проверки (1896) и ревизии вице-губернатора кн. Н.Б. Урусова (1898)[3]. Проблема, по мнению губернатора, заключалась в равнодушном отношении губернского земства и некомпетентном руководстве больницей, интригах, необоснованном увольнении старшего врача хирурга А.М. Аплавина. Все это привело к конфликтам между врачами и управой, упадку трудовой дисциплины, бесхозяйственности, повышению уровня летальности в хирургическом отделении. Отношения между губернатором и земством резко обострились, особенно в связи с самовольным решением земской управой кадровых вопросов, что являлось прямым нарушением законодательства. Губернатор ходатайствовал перед министром внутренних дел И.Л. Горемыкиным, затем сменившим его Д.С. Сипягиным о принятии суровых мер: отстранении губернской земской управы – впредь до выборов нового состава – от руководства больницей и передаче заведования учреждением лицу, назначенному правительством. Лишь после вмешательства МВД (был назначен 6-месячный срок для устранения недостатков) земство всерьез занялось больницей.

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 828. Л. 27.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1788. Л. 1-27.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 27. Д. 340. Л. 1-179.

Инцидент во Владимирской губернии продемонстрировал, в целом, несовершенство законодательной базы земской медицины, в частности, отсутствие нормативов организации и ведения больничного дела, четкости в определении пределов властных полномочий губернатора. Другой пробел в законодательстве – отсутствие четкого разграничения функций губернского и уездных земств – заложил основу многочисленных конфликтов, возникавших между земствами различных уровней по вопросам финансирования губернских больниц. В каждом из этих случаев требовалось вмешательство властных структур – от губернатора до Сената (см. 3.2).

Реформирование губернской медицинской администрации оптимизировало ее структуру, но также привело к усилению в ней бюрократического начала. Живое участие в решении практических вопросов здравоохранения в губерниях – зачастую проявление личной инициативы медицинских чиновников, не связанное с выполнением их служебных обязанностей. Вместе с тем в условиях многоведомственности медицинского дела в России, отсутствия четкого разделения обязанностей субъектов, действующих в сфере здравоохранения, врачебному отделению принадлежала, безусловно, важная роль координатора и посредника.

3.2. ЗЕМСТВА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

Медицинская общественность ставила закономерный вопрос: «приказная медицина» изжила себя, кто же займется организацией медицинской помощи населению? Особую озабоченность вызывало состояние медицинской помощи в пореформенной деревне – крестьянство составляло свыше 90% населения России. «Московская медицинская газета» призывала: «… пора уже подумать о миллионах людей, вышедших из крепостной зависимости и лишившихся вместе с тем не попечений, а *тени* о их здоровье бывших их владельцев»[1]. Крестьянин «давно уже осознал потребность врачевания своих недугов», и к знахарям обращается потому, что «не находит вблизи врачей, готовых оказать ему помощь»[2].

[1] Московская медицинская газета. 1863. № 21. С. 333.
[2] Московская медицинская газета. 1862. № 30. С. 478.

На первых порах направление развития земско-медицинского дела определялось исключительно земцами, причем господствующим элементом в земских учреждениях было дворянство. Б.Б. Веселовский отмечал, что дворянская масса, выросшая в атмосфере крепостного права и сословных привилегий, несла с собою в земства, где оно было «полным властителем дел», свои навыки, свои взгляды[1]. Участковый земский врач И.И. Добровольский, служивший в начале 1870-х гг. в Даниловском уезде Ярославской губернии, в очерке «На земской службе» обрисовал потрясшую его картину «грабежа мужицких грошей, дармоедства, плутней, кумовства» земских деятелей[2].

К началу 1870-х гг. в связи с распространенностью заразных заболеваний, постоянной угрозой эпидемий вопросы народного здравия выдвинулись в число приоритетных в земской деятельности, и в этой области органы самоуправления вышли за пределы, обозначенные в законодательстве.

Единый подход к решению проблем отсутствовал. В земстве нашли почву самые различные взгляды на цели, задачи органов самоуправления в сфере здравоохранения, способы их решения. Нередко земские гласные относились к медицине как к чему-то навязанному извне, думали исключительно об экономии средств, считали, устройство сельской медицинской части преждевременным[3]. Высказывались предложения переложить оказание медицинской помощи на приходских священников и для этого расширить преподавание основ медицины в семинариях (этот предмет был введен еще в 1802 г.), собрать гражданскую медицинскую часть в одно целое и передать в ведение МВД, разделить расходы по медицинской части между правительством и земством[4] и др. Общим было стремление минимизировать расходы. В 1866 г., например, в смету ярославского губернского земства были включены расходы только на оспопрививание – 285 руб.[5] Сокращались врачебные должности: по 6 – во Владимирской и Костромской губерниях, 2 – в Ярославской[6].

---

[1] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 3. С. 202.
[2] *Денисов И. (И.И. Добровольский).* Указ. соч. С. 71.
[3] Московская медицинская газета. 1868. № 6-7. С. 58.
[4] См.: Московская медицинская газета. 1865. № 11.
[5] Ярославские губернские ведомости. 1866. № 2. С. 13.
[6] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 333.

«Московская медицинская газета» отмечала, что земства «в некоторых случаях не только не имеют никакого понятия о деле, которым предстоит заняться, но и с не совсем похвальной смелостью позволяют себе проводить воззрения, противоречащие столько же существующим законоположениям, сколько и простому здравому смыслу…»[1]. При этом земцы выступали против вмешательства посторонних, то есть врачей, в земское дело. «Временные Правила для земских учреждений…» 1864 г. предусматривали приглашение «лиц врачебного ведомства» на заседания земских учреждений при обсуждении врачебной части с правом голоса (ст. 76). Но это не вменялось земствам в обязанность и не стало общепринятой нормой. Земские врачи считали невозможным ограничиваться ролью наемных служащих земств и стремились участвовать в определении стратегии развития земской медицины. Сложность задач подвела земства к признанию необходимости привлечения медиков к созидательной работе, внесения «научного элемента» в их деятельность в сфере здравоохранения.

Гораздо большее воздействие на ход дела имели губернские съезды земских врачей, на которых разрабатывались общие вопросы развития земской медицины и координации усилий земств и медицинских работников. Открывая первый съезд ярославских врачей (1873), председатель губернской земской управы А.В. Скульский обозначил принципиальную позицию: «Земство ожидает от съезда врачей указания того верного пути, которым ему необходимо следовать в своих мероприятиях, чтобы оказать наибольшую помощь местному населению»[2]. В губерниях Верхневолжского региона представители земств принимали участие в съездах врачей с начала XX в.

Законодательная база земско-медицинского дела, как отмечалось выше, не была детально разработана, нормы обеспечения медицинской помощью не прописывались. Неясным оставался вопрос, в каком направлении развивать медицинскую помощь: централизовать в губернском городе или, по возможности, равно-

[1] Московская медицинская газета. 1868, № 6-7. С. 53.
[2] Вестник Ярославского земства.1873. № 15-16. Отд. 3. С. 1.

мерно распределить по территории губернии. Местному самоуправлению предоставлялось право самому разграничить предметы ведения между губернским и уездными земствами. В ведение губернских земств переходили губернские больницы приказов общественного призрения с «домом для умалишенных» (психиатрическим отделением), организация съездов земских врачей, губернская санитарная организация. Позднее губернские земства взяли на себя учреждение и содержание фельдшерских и повивальных школ. Уездным земствам достались больницы уездных городов, организация сельской медицины, противоэпидемическая работа. Как отмечал Б.Б. Веселовский, взаимные отношения губернского и уездных земств в сфере здравоохранения складывались эмпирически. Сначала губернские земства только заведовали переданными им лечебными учреждениями. В 1890-е гг. начали интенсивно вмешиваться в дела уездов[1].

Передача земствам лечебных учреждений приказов в Верхневолжском регионе проходила в 1865 – 1867 гг. Приняв в свое ведение лечебные учреждения приказов общественного призрения и обязанности по оспопрививанию, земства должны были заняться организацией медицинского дела. Однако «то, что ему (земству – *Е.С.*) было передано под названием учреждений по народному здравию, собственно говоря не существовало… Земства получили только никуда негодные больницы, устроенные в городах, где лечились лишь арестанты, да местные команды и обыватели, громадная же часть земских плательщиков, живущих по деревням, лишена была совершенно всякой медицинской помощи: там не было ни больниц, ни врачей, ни родовспомогательной помощи, ни оспопрививания… Словом, земству пришлось начинать все почти дело, как говорится ab ovo»[2].

Земские деятели отмечали как повсеместное явление «ничтожное содержание больничных врачей, скудость отпускавшихся на содержание больниц средств,

---

[1] *Веселовский Б.Б.* К вопросу о взаимных отношениях губернских и уездных земств. Пенза: Типо-лит. Т-ва А.И. Рапопорт и Ко, 1911. С. 1-2.

[2] Архив судебной медицины и общественной гигиены… 1881. Т.2. Отд. 1. С. 131.

чисто канцелярское отношение к делу начальствующих над больницами лиц, существование всевозможных злоупотреблений в хозяйстве этих заведений»[1]. Заведующий санитарным бюро тверской губернской управы С.Н. Корженевский позднее вспоминал: «30 лет тому назад больницы пользовались среди населения репутацией худшей, чем тюрьмы того времени, и попасть в больницу считалось большим несчастьем»[2].

Тверская губернская земская управа после осмотра заведений общественного призрения при передаче их земству направила в МВД докладную записку, в которой, в частности, отмечалось, что здание губернской больницы находится под угрозой обрушения. Расположение всей больницы «тесно и неудобно», нет помещения для обслуживающего персонала, «прислуга спит на полу коридора и палат». После «визитации врачей больница остается часов с трех на руках полупьяной прислуги и дежурного фельдшера». В ведение земства поступило всего 28 фельдшеров на 328 волостей[3]. Назначенный для проверки министерский чиновник подтвердил достоверность этих сведений: «Полный беспорядок во всем…»[4].

Владимирская управа докладывала о состоянии губернской больницы в момент передачи ее земству следующее: «Крыша течет, из сортиров зловоние распространяется на всю больницу», в психиатрическом отделении «полное разрушение, стены снаружи треснули, больные крайне стеснены, скучены, а палаты скорее походят на казематы»[5].

Губернские больницы имели примитивное устройство: соматическое и психиатрическое отделения. Врачебный персонал состоял из старшего врача, 1–3 ординаторов и 3–5 фельдшеров, иногда фармацевта. Например, штаты костромской больницы состояли из двух врачей, двух фельдшеров и провизора[6]. Врачи не имели специализации, особенно острой была нужда в психиатрах.

---

[1] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 63.
[2] *Корженевский С.Н.* Указ. соч. С. 162.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 516. Л. 1-2об.,
[4] Там же. Л. 8-9.
[5] Владимирская губерния // Земско-медицинский сборник. Выпуск V. М.: Типография Д.И. Иноземцева.,1892. С.3-4.
[6] ГАКО. Ф. 204. Оп. 1. Д. 646. Л. 4-4об.

Большинство уездных лечебных учреждений размещалось в арендованных частных домах, неприспособленных для больничных нужд. Так, ярославский врачебный инспектор Ф.И. Кох в 1868 г. докладывал, что ростовская больница занимает тесный ветхий наемный дом с двумя флигелями, заразные больные не отделены. В тесном помещении аптеки приготовление лекарств затруднено. Помещение для хранения лекарственных материалов сырое. Больница бывает переполнена, и тогда больные лежат на полу. Они содержатся в антисанитарных условиях, вследствие чего распространены тифозная горячка и госпитальный антонов огонь (гангрена). Больница находится «в весьма дурном состоянии»[1].

Первостепенной задачей земств стало приведение в порядок больничного хозяйства и организация медицинской помощи в уездах, что требовало средств.

Капиталы приказов общественного призрения, размещенные в ценных бумагах, в 1868 г. по усмотрению Государственного Совета были перераспределены с назначением определенных сумм тем губерниям, у которых собственные средства благотворительных учреждений признавались недостаточными. В результате Владимирская губерния получила 120 тыс. руб. (из 128 805 руб., принадлежавших владимирскому приказу). Владимирское земство неоднократно ходатайствовало о выдаче всего благотворительного капитала, но безуспешно[2]. Тверской губернии правительство выделило 210 тыс. руб. (из 336 217 руб.) и Ярославской – 150 тыс. руб. (из 215 000 руб.). Сведения о передаче средств Костромской губернии отсутствуют[3]. Эти капиталы, как и частные пожертвования на конкретные цели (8 802 руб. – у Владимирского земства, 1 748 руб. – у Костромского, 19 610 руб. – у Тверского и 43 959 руб. – у Ярославского[4]), составили неприкосновенный фонд общественного призрения губерний. Проценты предназначались исключительно на определенные цели благотворения и на содержание заведений, полученных от приказов. Средства на капитальные расходы (ремонт, расширение учреждений, новое

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 828. Л. 3–7а об.
[2] *Сычугов С.И.* Деятельность Владимирского губернского земства по обеспечению народного здравия. С. 15.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. XLIII, ч. 2. СПб., 1875. № 46068; Обзор деятельности земств по медицинской части. С. 62.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. XLIII, ч. 2. № 46068.

строительство и др.) можно было получить в виде займов из этих капиталов с разрешения МВД или из земских сборов[1]. Ходатайства земств о разрешении займа из собственных капиталов МВД давало на условиях утверждения министерством проектов и смет строительства[2].

На нужды медицины первоначально тратились проценты с капиталов плюс пособие, которое казна выплачивала приказам с 1830 г. за понижение банковской процентной ставки. Кроме того, многие больницы располагали собственными, хотя и незначительными средствами, как правило, пожертвованными. Например, собственный капитал рыбинской уездной земской больницы (Ярославская губ.) составлял 9 774 руб. 91 ¼ коп.[3], а капитал чухломской больницы (Костромская губ.) – всего 500 руб.[4] Лечебные учреждения имели и свои источники доходов: плату за лечение ведомственных больных и арестантов – из казны и частных лиц. Плату, однако, не удавалось получать в полном объеме: вследствие непосильной для бедных жителей стоимости лечения накапливались недоимки, которые иногда списывались решением земских собраний, неаккуратными плательщиками были и казенные ведомства.

Расширение сферы деятельности земств в области здравоохранения привело к постепенному возрастанию доли затрат на медицину в земских бюджетах (см. Приложение 10), причем наиболее резкое увеличение расходов происходило в 1870-е – 1880-е гг. В среднем, в 1877 г. расходы губернских земств составляли до 5% общей сметы, большинства уездных земств – около 20%; к 1901 г. общеземские расходы выросли до 25–33%[5]. Затраты земств Владимирской губернии в 1895 г. составляли до 33,1%, Тверской – до 32,5%, Костромской – до 30,2%, Ярославской – до 33,3% общей сметы[6].

В первый период развития земской медицины госпитальная помощь сосредоточивалась, в основном, в городах. Губернские больницы были отремонтированы,

---

[1] Там же.
[2] См., например: РГИА. Ф. 1288. Оп. 13. Д. 6. Л. 1, 36об.; Оп. 14. Д. 155. Л. 9.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1795. Л. 53об.
[4] Костромская губерния // Земско-медицинский сборник. Т. 1. М.: Типография Д.И. Иноземцева, 1893. С. 96.
[5] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 418, 420.
[6] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 177.

расширены, технически переоборудованы, обеспечены квалифицированным персоналом (см. Приложение 6). Изменилась их структура. Появились терапевтические, хирургические, психиатрические отделения, амбулатории. Затем выделились отделения глазных болезней, гинекологические, кожно-сифилитические, инфекционные. В костромской и владимирской больницах открылись родильные отделения (в тверской больнице – палата для рожениц). Инфекционные и венерические больные выводились в отдельные бараки. На рубеже XIX – XX вв. появились рентгеновские кабинеты, дезинфекционные камеры и бактериологические лаборатории.

Помимо собственных средств, земства использовали государственные субсидии. Так, тверскому земству в конце 1860-х гг. МВД выделило на ремонт губернской больницы 31 600 руб., кроме того дало разрешение использовать 5 тыс. руб. собственных доходов. Это позволило благоустроить больницу на 120 человек, провести водопровод и вентиляцию, расширить психиатрическое отделение (с 30 до 60 коек), пристроить каменный сиротский дом и сделать другие улучшения[1].

Губернские больницы требовали больших средств. В Ярославской губернии, например, земская роспись расходов на 1873 г. предусматривала затраты на содержание больницы в сумме 46 047 руб. 82 коп. Большая часть расходов покрывалась доходами богоугодных заведений: процентами с капиталов общественного призрения, дотацией из казны, платой за лечение лиц военного ведомства и арестантов, за лечение гражданских лиц, за призрение в богадельне и др. – всего 37 183 руб. 3 коп.[2], однако этих средств было недостаточно. Покрытие дефицита ложилось на губернское земство.

Вопрос о содержании губернских больниц, актуальный для всех земских губерний, воспринимался весьма болезненно и не имел простого решения. В теории губернское земство, унаследовав учреждения и капиталы приказов общественного призрения, приняло на себя обязанности в том же объеме, в каком они возлагались на приказы. Следовательно, должно было лечить на свои средства только тех боль-

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 516. Л. 32об.-72.
[2] Вестник Ярославского земства. 1872. № 5-6. Отд. 2. С. 168-169.

ных, которые ранее могли пользоваться бесплатной помощью в «приказных» больницах. Бывшие помещичьи крестьяне по закону этой возможности не имели. Губерния, кроме того, брала на себя организацию таких видов врачебной помощи, которые были не по силам уездам (в первую очередь содержание психиатрических отделений), создание сети врачебных участков и оказание помощи населению в случае эпидемии. С другой стороны, губернские больницы содержались на земские сборы, которые платило население всей губернии, при этом губернские соматические больницы функционировали по преимуществу как лечебные заведения губернского города и уезда. Оттягивая на себя средства уездных земств, губернская больница тормозила развитие медицинского дела в глубинке.

В некоторых губерниях земства пошли по пути взыскания платы с уездов в соответствии с действительной стоимостью лечения уездных больных и сокращения коек в губернской больнице.

Ярославское губернское земское собрание в 1871 г. приняло решение частично переложить расходы по содержанию больницы на уездные земства. С 1872 г. каждый уезд, помимо сумм, причитающихся по общей раскладке, должен был вносить плату соразмерно числу жителей, лечившихся в больнице с правом взыскивать эти деньги непосредственно с больных[1]. Таким образом, обязанность содержать губернскую больницу возлагалась на все население губернии.

Это решение привело к обострению отношений между губернским и уездными земствами, в первую очередь с земством Ярославского уезда, который не имел собственной больницы. «Перетягивание каната» растянулось на долгие годы. Свою позицию земцы подкрепили следующим доводом: уездное земство не получало наследства от приказа общественного призрения и не пользовалось доходами от губернской больницы[2]. Губернатор поддержал уезд: губернское земство «присвоило себе в настоящем деле власть не принадлежащую ему по закону, нарушая

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 15. Д. 849. Л. 1.
[2] Врачебно-санитарные хроники Ярославской губернии за 1904 год. № 13. С. 575; Вестник Ярославского земства. 1890. № 221-222. Отд. 2. С. 111.

самостоятельность ярославского уездного земства»[1]. Вопрос дважды рассматривался в Сенате. И, если в первом случае Сенат поддержал позицию губернатора, то во втором признал правомерность решения губернского земства[2]. С 1897 г. ярославское уездное земство вынуждено было ежегодно вносить 16 000 руб. на содержание 80 коек, но, в среднем, в период 1890 – 1906 гг. уезд использовал 103,7 коек в год, стало быть, лечение ярославцев частично оплачивали другие уезды[3].

Аналогичное постановление приняло владимирское губернское земское собрание в 1873 г. Владимирское уездное земство, не располагавшее собственной больницей, обратилось к губернатору с ходатайством об отмене постановления, тот отказал в удовлетворении ходатайства. По жалобе уездного земства в 1879 г. дело слушалось в Сенате, и Сенат также оставил жалобу без последствий[4].

Тверское губернское земское собрание в 1898 г. приняло решение об отказе принимать в губернскую больницу больных из тех уездов, которые откажутся вносить полную стоимость содержания коек и амбулаторного лечения. Губернское правление постановление земского собрания отменило. Сенат жалобу земской управы на решение губернского правления оставил «без последствий», поскольку, согласно Уставу о общественном призрении, больница не имела права отказать в приеме неимущим больным при наличии свободных мест[5].

Решение костромского губернского земского собрания 1899 г. о сокращении количества коек в губернской больнице было также отменено губернским по земским делам присутствием. По жалобе земства Сенат вынес определение о правомерности действий земства – законом штат коек больницы не установлен – и отменил постановление губернского правления[6].

Таким образом, возник вопрос об общегубернском значении губернских земских больниц и занял прочное место в повестке дня съездов врачей. Известный тверской земский деятель, старший врач губернской больницы М.И. Петрункевич

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 15. Д. 849. Л. 245об.-246.
[2] Там же. Л. 1об.-2, 58, 248а.
[3] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 35.
[4] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1720. Л. 1-16.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 15. Д. 1775. Л. 1-7.
[6] РГИА. Ф. 1287. Оп. 15. Д. 1903. Л. 1-7.

высказался за ликвидацию этих учреждений: «губернские больницы в то время, когда все уезды ведут и расширяют свои больницы, являются даже вредными учреждениями, потому что поглощают слишком много средств, ослабляя тем самым уездную деятельность»[1].

Тверские врачи обсуждали вопрос о губернской больнице на XI, XII, XIII и XIV съездах (1893 – 1900). В докладе, представленном XI съезду, было доказано, что 82,3% больных – жители Твери и уезда, что губернская больница не является научным центром. Съезд пришел к выводу о необходимости реформирования губернской больницы: больница должна удовлетворять потребностям большей части населения, развивать специализированные виды помощи, которые не по силам уездным больницам[2]. Последующие съезды эту позицию подтвердили.

Важность вопроса о губернских больницах обусловила его обсуждение на IX Пироговском съезде (1904). В постановлении съезда признавалось, что больницы «косвенно тормозят правильное и полное развитие участковой медицины, санитарного дела и городской медицины». Съезд рекомендовал закрыть губернские больницы и передать их городу или уезду, или реорганизовать больницы таким образом, чтобы они служили общегубернским нуждам[3]. Земства Верхневолжского региона пошли по второму пути.

В Ярославской губернии вопрос о работе губернской больницы обсуждался на IV (1902), затем V (1911) съездах земских врачей и представителей земств. Съезды признали необходимость реорганизации больницы: сокращение тех ее отделений, которые обслуживают Ярославль и его уезд, до «минимума, определяемого внутренними потребностями самой больницы»[4].

V съезд установил двухлетний срок ликвидации терапевтического и заразного отделений путем постепенного сокращения количества коек с сохранением

---

[1] Цит. по: *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. С. 155.
[2] Одиннадцатый губернский съезд врачей Тверского земства. 22-28 февраля 1893 года. С. 346-365, 372.
[3] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1904. № 3. С. 224.
[4] Труды четвертого губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Кн. 2. С.112; Кн. 3. С. 112-113; Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 42.

коек только для нужд самой больницы и других богоугодных заведений земства[1]. К 1914 г. период реорганизации соматической больницы закончился, формально оставались три отделения: хирургическое, гинекологическое и глазное, а также небольшие терапевтическое (на 12 коек) и инфекционное (на 6 коек) отделения. Освободившиеся площади позволяли сделать перепланировку больничных отделений, но эти планы были разрушены начавшейся войной.

Костромское земство по решению губернского собрания 1899 г. провело радикальное сокращение числа коек в губернской больнице со 150 до 50, несмотря на противодействие губернской администрации. Действия земства поддержал X съезд врачей и представителей земств[2].

По общему признанию, общегубернское значение имела служба психиатрической помощи. Создавать ее приходилось практически с нуля. В 1855 г. в ведомстве всех приказов общественного призрения находилось 34 «дома для сумасшедших» и 13 психиатрических отделений губернских больниц, где содержались 1 660 больных[3]. «Это были своего рода отделения тюрем, для заключения невменяемых преступников или нарушителей общественной безопасности»[4]. Коечная мощность учреждений для душевнобольных далеко не удовлетворяла потребностей. Ярославское земство получило от приказа 25 психиатрических коек, владимирское и тверское – по 30 коек и костромское – 40 коек[5].

В 1860 – 1870-е гг. земства занимались переустройством «приказного» наследства. Ярославское земство сразу ввело бесплатное содержание и лечение психических больных, тверское земство понизило плату для бедных.

В земствах ставился вопрос об устройстве психиатрических отделений в соответствии с достижениями медицины, но психиатрия была молодой отраслью

---

[1] ГАЯО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 932. Л. 32-34.

[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 15. Д. 1903. Л. 1-10; Костромской губернский съезд врачей и представителей земств Костромской губернии. Труды X губернского съезда. Вып. 3. С. XXIV; Проект доклада Костромскому губернскому собранию созыва 1899 г. больничной комиссии. Б/м., б/г. С. 8.

[3] *Варадинов Н.* Указ. соч. Ч.III, кн. 4. С. 163.

[4] *Яковенко В.И.* Обзор деятельности всех земств по призрению душевно-больных со времен передачи им больниц приказами общественного призрения. // Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии. 1897. Т. 29. № 2. С. 3.

[5] Там же. С. 9.

науки, областью мало знакомой для работавших в земстве врачей, тем более для земских деятелей. Прежде всего, неясным был вопрос, в каком направлении развивать психиатрическую помощь: централизовать в губернском городе или открывать психиатрические отделения в уездных больницах.

Губернские земства изъявили готовность принять на себя содержание психиатрических отделений. Вместе с тем транспортировка больных в губернский центр стоила недешево и зачастую была затруднительна из-за недостатка медицинского персонала для сопровождения больных и больших расстояний (особенно из удаленных от губернского города уездов Костромской и Ярославской губерний).

Подходы правительства и земств к организации психиатрической помощи различались. Земства стремились создать не только приют для неизлечимых хроников, но прежде всего условия для активной лечебной помощи. Земские врачи считали необходимым не отделять психиатрическую помощь от общемедицинской, приблизить психиатрическую помощь к населению, развивать профилактическое направление. Правительство же по-прежнему полагало главной задачей призрение, обеспечение изоляции больных, представляющих угрозу общественной безопасности, и запрещало земствам ограничивать прием в больницы[1].

Органы местного самоуправления рассматривали организацию психиатрической помощи делом не только земским, но и государственным, поэтому настойчиво ходатайствовали перед правительством о безвозвратных субсидиях, однако получение средств обусловливалось одобрением МВД земских проектов и смет, поэтому владимирскому и ярославскому земствам было отказано в финансовой поддержке. Костромскому земству правительство отпустило 35 тыс. руб. на капитальный ремонт больницы[2].

24 октября 1879 г. Комитет Министров утвердил положение о выдаче земствам безвозвратных субсидий из капиталов общественного призрения в объеме

---

[1] *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 95-96.
[2] Там же. С. 240.

50% общей стоимости работ по улучшению содержания душевнобольных[1]. Финансовая помощь позволила значительно увеличить коечную мощность и обустроить психиатрические отделения, но земства вынуждены были отказаться от намечавшегося лечебно-профилактического пути общей медицины. По поручению МВД архитектор И.В. Штром и психиатр профессор И.М. Балинский разработали типовые проекты психиатрических лечебниц, по этим планам и велось строительство в губерниях.

В 1870-е – 1880-е гг. костромское земство построило лечебницу на 45 коек, затем она была расширена до 150 коек. Бараки на 90 коек для хронических больных получила владимирская больница. Отремонтировано и расширено с 30 до 60 коек психиатрическое отделение тверской больницы. Шесть павильонов получила ярославская больница и смогла увеличить мощность до 144 коек.

Заведование психиатрическими отделениями постепенно переходило от врачей соматического отделения к специалистам. Нужда в психиатрах была острой. Некоторые земства посылали врачей в единственную в стране петербургскую психиатрическую клинику для изучения методов лечения больных. В частности, в 1868 г. тверское земство направило в Петербург врача Кудрина. В 1880-е гг. началась подготовка психиатров на медицинских факультетах, и появилась возможность обеспечить специалистами губернские больницы. Костромское земство пригласило психиатра одним из первых, в 1881 г.[2]

Постепенно менялся взгляд на психически больного. За ним признавалось его человеческое достоинство, право на удовлетворение человеческих потребностей, в том числе духовных. Повсюду – в больших или меньших масштабах – началось внедрение более гуманных и прогрессивных методов содержания. Внедрялись принципы «открытых дверей», «нестеснения» больных, по возможности убирались решетки на окнах, ограничивалось применение горячечных рубашек. При определенных показаниях больных изолировали. Уход сочетался с чисто медицинскими мероприятиями. Как метод лечения применялся физический труд (для физически

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XLIV, ч. 2. № 60109.
[2] *Яковенко В.И.* Указ. соч. С. 31-32.

здоровых) и развлечения (прогулки, чтение, игры)[1]. Организации трудотерапии и созданию комфортных условий для больных наилучшим образом отвечали загородные колонии и лечебницы. Поскольку психиатрические отделения больниц были переполнены хрониками, среди врачей стали популярными идеи их отдельного содержания, и загородные колонии открывали такую возможность.

Седьмой съезд земских врачей тверской губернии (1879) высказался за изменение системы психиатрической помощи и предложил переместить больных в сельскую местность и занять земледельческим трудом. Земство поддержало проект устройства колонии на 400 человек: 140 лечебных коек и 260 для призрения хроников. Было приобретено имение, расположенное неподалеку от Твери в с. Бурашево. МВД компенсировало 50% стоимости покупки. В 1881 – 1883 гг. при финансовой поддержке государства земство возвело 17 каменных зданий и командировало на стажировку за границу известного в будущем врача-психиатра М.П. Литвинова. В 1884 г. первая русская психиатрическая колония открылась, М.П. Литвинов возглавлял ее в течение 13 лет[2].

В этот период Бурашевская колония служила образцом и школой для земских психиатров других губерний. Она постоянно расширялась, увеличивалось число больных: до 697 в 1898 г. и до 975 в 1910 г. В колонии работали видные психиатры, в частности, П.П. Кащенко, Д.Б. Франк, В.И. Яковенко. В 1912 г. врачебный персонал состоял из 8 человек. Постепенно внимание к колонии ослабло, и к 1909 – 1910 гг. она значительно устарела. На судьбе учреждения сказались политические распри между либеральными и консервативно настроенными земцами. В 1895 – 1898 гг. колония пережила кризис. М.П. Литвинова уволили. Его преемник С.Н. Советов, до 1896 г. возглавлявший психиатрическое отделение во Владимире, ужесточил режим содержания больных (был введен карцер) и сократил расходы[3]. Расходы

---

[1] Там же. С. 77-78.

[2] Колония для душевнобольных в селе Бурашеве Тверского губернского земства. С. 1-3.

[3] *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 168-171.; *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии. С. 310-324.

на содержание колонии составляли самую крупную статью в земском бюджете: в 1913 г. 70% медицинской сметы и 30% общей сметы[1].

Психиатрическое отделение костромской губернской больницы в самостоятельное учреждение выделилось в 1881 г., с 1886 г. его возглавлял П.С. Лебедев. С деятельностью Лебедева, 25 лет прослужившего в костромском земстве, связаны улучшения в организации психиатрической помощи: расширен штат служащих, приглашены два ординатора, фельдшерам и надзирательницам увеличено жалованье, введены периодические прибавки. Менялся быт больных. Широко применялась трудотерапия. Женщины занимались рукоделием, мужчины работали в мастерских (слесарных, сапожных и др.) – врачи стремились, по возможности, сделать труд разнообразным[2].

В 1889 г. сессия костромского губернского земского собрания высказалась в пользу строительства загородной колонии. Однако вопрос по ряду причин остался открытым. К этой идее земское собрание вернулось в 1900 г.[3] По поручению собрания земская управа купила два участка земли в 12 верстах от Костромы. В 1903 г. правительство отпустило из государственного казначейства 301 тыс. руб. – 50% стоимости строительства[4], и земство приступило к сооружению семи каменных зданий с отоплением, водопроводом, канализацией и электрическим освещением.

Загородная колония в усадьбе «Никольское» представляла собой городок с административным зданием и лечебными корпусами, хозяйственными постройками, лазаретом и секционной комнатой, часовней (покойницкой) и церковью, лабораторией для микроскопических исследований, дезинфекционной камерой, домами для врачей, квартирами для персонала, техническими службами. Рядом с колонией расположилась сельскохозяйственная ферма. Колония открылась в начале 1909 г., в нее перевели 242 мужчин и 176 женщин. Садоводством, огородничеством и полеводством занимались более 20% больных. Администрация заботилась об

---

[1] *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии. С. 324.
[2] *Апушкин А.А.* Указ. соч. С. 133-136; Медицинский отчет по психиатрической колонии «Никольское» за 1911 г. С. 39.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 13. Д. 6. Л. 14об., 32-33.
[4] *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 241.

удовлетворении культурных потребностей больных (выписывались газеты и журналы, приобретен патефон). Выздоравливающим разрешался отпуск в город. Колония была и лечебницей, и приютом для неизлечимых хронических больных[1]. Под руководством П.С. Лебедева работали 3 ординатора, в том числе женщина-врач[2].

Ярославское земство решение о постройке новых помещений приняло после введения положения 24 октября 1879 г. и одним из первых использовало возможность получения субсидии. К 1888 г. психиатрическое отделение располагало 6 павильонами: три павильона для лечебницы на 60 коек и три – для приюта хроников на 84 койки. Но потребности в стационарном лечении постоянно возрастали, в 1895 г. среднесуточное число больных составило 220,7 человек[3].

По примеру соседей ярославское земство вынашивало планы создания загородной колонии с возможностью организации сельскохозяйственного труда больных. В 1898 г. земство приобрело для психиатрического отделения загородную дачу – земельный участок площадью около 41 десятины с постройками. На участке развернули приют, где разместилось до 100 хронических больных. Из-за отсутствия средств новые помещения не строились. Трудотерапия носила случайный характер, обрабатывался только огород в 4 десятины[4]. В 1899 г. сессия губернского земского собрания постановила выделить психиатрическое отделение в самостоятельное учреждение. Старшим врачом был назначен А.А. Малинин. К 1910 г. лечебница располагала 4 штатными врачами[5].

Во Владимирской губернии психиатрическое отделение формально оставалось в составе соматической больницы, но собственно медицинская часть велась самостоятельно. Губернское земство уклонялось от капитальных затрат на организацию психиатрической помощи, считая ее делом правительства. В 1887 г. земство

---

[1] *Лебедев И.С.* Указ. соч. С. 1-12.
[2] Медицинский отчет по психиатрической колонии «Никольское» за 1911 г. С. 49.
[3] Призрение душевно-больных Ярославским губернским земством. Исторический очерк. Доклад врача А.А. Малинина. С. 4-5.
[4] *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 263.
[5] *Малинин А.А.* О призрении душевно-больных Ярославским земством. Доклад // Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 2. С. 4.

отменило плату за лечение психических больных, в 1889 г. вследствие переполненности психиатрического отделения открыло семейный патронаж[1].

Семейный патронаж для спокойных хронических больных (передача родственникам или в крестьянские семьи) с выдачей пособий на их содержание ввели также в Костромской, Тверской и Ярославской губерниях. Эта форма децентрализации психиатрической помощи оправдывала себя при условии организации ее под наблюдением врачей, что не всегда оказывалось возможным.

В 1908 г. открылась Московская окружная психиатрическая лечебница, она частично сняла нагрузку с медицинских учреждений центральных губерний. Так, из Владимирской губернии в окружную лечебницу было переведено 80, из Ярославской – 50 больных. Лечение оплачивалось губернскими земствами.

В 1900-е – начале 1910-х гг. Владимирская губерния располагала 632 психиатрическими койками и 5 врачами-психиатрами, Костромская – 342 койками и 5специалистами, Тверская – 977 койками и 9 врачами, Ярославская – 326 койками и 4 врачами (см. Приложение 8). По оценке В.И. Яковенко, «земства сделали громадный шаг вперед в деле попечения душевно-больных»[2]. Тверская и Костромская колонии по своему устройству не уступали лучшим европейским учреждениям.

Для организации сельской медицины не было готовых образцов. Существовали опасения, что по средствам и условиям сельского быта невозможно организовать правильную врачебную помощь, а устройство фиктивной медицинской организации – бесполезный расход и лишнее бремя для населения.

Медицинская общественность предлагала различные варианты устройства врачебной помощи на селе:

- учреждение приемных покоев в ведении фельдшеров под надзором врачей;
- назначение участковых врачей и лечение на дому у крестьян или у врача;
- открытие участковых больниц с участковыми врачами;
- назначение участковых врачей и учреждение больницы в уездном городе;

---

[1] *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 256.
[2] *Яковенко В.П.* Указ. соч. С. 83.

- форма и объем оказания медицинской помощи определяются взаимным соглашением сельских обществ и врачей[1].

Первый период развития земской медицины (до 1880-х гг.) – период выработки губернским и уездными земствами оптимальных (с учетом реальных условий) форм организации медицинской помощи. Сложилась разъездная система. Земства исходили из того, что все население, которое платит земские сборы, должно иметь равные права на медицинское обслуживание, и каждый больной – возможность пригласить к себе врача. Земские врачи жили в городах и периодически, 1–4 раза в месяц, выезжали в уезд с целью ознакомления с санитарно-эпидемиологической обстановкой, осмотра больных и проверки работы фельдшера.

Обязанности земского врача определялись инструкцией. Одними из первых получили инструкцию врачи Любимского уезда Ярославской губернии (1866). Земский врач был должен: еженедельно в определенные дни принимать больных в фельдшерских пунктах, остальное время вести прием в Любиме; выезжать на место в случае эпидемии и, по возможности, к тяжело больным; наблюдать за работой земских оспопрививателей; искоренять знахарство; бороться с сифилисом[2]. Контроль работы фельдшеров данной инструкцией врачу в обязанность не вменялся.

Опорное структурное подразделение медицинской организации на селе – фельдшерский участок, унаследованный от дореформенного периода (фельдшерские участки – форма организации медицинской помощи государственной деревне). На каждого земского врача приходилось 2–3 фельдшерских участка. Чтобы добраться до них врачам приходилось преодолевать немалые расстояния, часто по плохим дорогам. Особенно большие переезды, по 60–70 верст в один конец, делали врачи в малонаселенных уездах, например, Костромской губернии.

Неизбежным спутником разъездной системы стал фельдшеризм – самостоятельная врачебная деятельность фельдшеров. В пользу фельдшеризма выдвигался ряд аргументов: фельдшера обходятся дешевле, следовательно, можно пригласить больше фельдшеров при меньших затратах. Фельдшера – чаще выходцы из низших

---

[1] Московская медицинская газета. 1863. № 21, 22. 1865. № 8, 9; 1868. № 9, 43 и др.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 2. Д. 38. Л. 3.

сословий, стало быть, легче приживаются в крестьянской среде, менее требовательны к комфорту.

Эта система не оправдала себя: врач много времени тратил на разъезды, в неотложных случаях его невозможно было отыскать. Контроль работы фельдшеров носил формальный и эпизодический характер и уже в силу этого был неэффективен. Фельдшера занимались врачеванием самостоятельно, в ряде случаев подчинялись непосредственно земствам и не зависели от врачей, что врачами признавалось безусловно ненормальным явлением.

На некоторых фельдшерских пунктах, например, в Романово-Борисоглебском уезде Ярославской губернии, фельдшеров не было, помещения использовались врачами, приезжавшими для приема больных, иногда фельдшера, не имея специального помещения, вынужденно принимали больных у себя на квартире[1]. В Галичском уезде Костромской губернии, как отмечал помощник врачебного инспектора М.А. Невский, фельдшерские пункты – «без инструментов, без лекарств, без акушерки, а нередко и без фельдшеров». В 1876 г. уезд остался и без врача[2].

Большинство врачей добивались отказа от разъездной системы. Известный деятель земской медицины (бывший врач г. Кинешмы Костромской губернии) профессор М.Я. Капустин, выражая мнение многих своих коллег, писал, что разъездная система «должна быть упразднена как невыгодная для населения, вредная для врача, сводящая высокое дело врачевания к неумышленному шарлатанству»[3]. Предпочтительной считалась стационарная система как «способ, достигающий результатов наибольших в количественном отношении, наилучших в качественном и наиболее уравнительных в земском»[4]. «Лечение больных в постоянных больницах должно быть поставлено в основу врачебной помощи земской медицины»[5].

Против разъездной системы выступили земские врачи Верхневолжского региона. В частности, I съезд земских врачей Ярославской губернии (1873) заявил,

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1873. № 15-16. Отд. 3. С. 69.
[2] *Невский М.А.* Указ. соч. С. 59.
[3] *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. С.25.
[4] Там же. С. 22.
[5] *Капустин М.Я.* Главные основания проекта земской сельской больницы. С. 1.

что фельдшерские пункты «при полной самостоятельной деятельности фельдшеров и при настоящем недостаточном контроле врачей, терпимы быть не могут». «Деятельность врача должна быть постоянной в каких-нибудь определенных пунктах, где должны существовать и маленькие больнички»[1].

Стационарная система предполагала разделение территории уезда на врачебные участки, учреждение в центре участка больницы и амбулатории, ежедневный прием больных лично врачом, затем оказание помощи на дому – в пределах доступности и выезды по экстренным случаям. Многие земства такую форму отвергали. Компромиссом между разъездной и стационарной организацией помощи стала смешанная система, которая предполагала создание врачебных участков с амбулаторией, приемным покоем (сельской больницей) и сохранение самостоятельных фельдшерских пунктов там, где это диктовалось местными условиями.

Проекты организации стационарной помощи впервые были предложены в Полтавской губернии. Первым к организации стационарной медицинской помощи приступило московское земство в начале 1880-х гг. Московская земская медицинская организация послужила образцом для других земских губерний.

Владимирские земские врачи в течение 1880-х гг. обсуждали на съездах вопросы строительства сельских больниц и действенного врачебного контроля самостоятельных фельдшерских пунктов (I съезд), рассмотрели типовой проект сельской больницы, предложенный Е.А. Осиповым (II съезд), приняли решение о замене разъездной системы стационарной или стационарно-разъездной (IV съезд)[2]. Тверские врачи на IX съезде (1887) приняли проект организации медицинской части в губернии, предусматривавший стационарную систему обслуживания[3].

К 1890 г. большинство уездов Верхневолжских губерний были разделены на врачебные участки. Во Владимирской губернии было образовано 45 врачебных

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1873. № 15-16. Отд. 3. С. 57, 59.

[2] Извлечение из постановлений и докладов Первого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С.2; Извлечение из постановлений и докладов Третьего губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С. 1; Извлечение из постановлений и докладов Четвертого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С. 9.

[3] Протоколы заседаний IX съезда врачей Тверской губернии. С. 25-30.

участков, в Костромской – 30, в Тверской – 44, в Ярославской – 24[1]. К 1900 г. все губернии региона отказались от разъездной системы медицинского обслуживания (см. Приложение 5). В конце XIX в. некоторые губернии центрального региона России приступили сокращению и ликвидации самостоятельных фельдшерских пунктов (Московская, Владимирская), но в других, напротив, их число увеличилось. Самостоятельный фельдшеризм сохранялся до конца рассматриваемого периода[2]:

Губерния	Самостоятельные фельдшерские пункты в 1898 г.	в 1910 г.
Владимирская	59	52
Костромская	57	86
Тверская	34	42
Ярославская	45	58

Особое место в земской медицине занимал вопрос о межуездных врачебных участках. Уездные земства не шли на открытие врачебного участка на территориях, расположенных вблизи границ других уездов из опасения, что соседи будут пользоваться медицинской помощью за чужой счет. Это обстоятельство актуализировало вопрос о создании межуездных участков, он неоднократно поднимался на съездах губернских врачей: на четвертом съезде врачей владимирского земства (1886) и тринадцатом съезде тверских врачей (1898)[3] и др. В 1890 – 1900-е гг. во Владимирской губернии было организовано 9 межуездных участков с амбулаториями, на одном из них имелась больница, в Тверской – 3 участка, в Костромской – 2 участка с больницами, тогда как в Московской, начиная с 1878 г. – 14 участков[4]. Межуездные участки обслуживались врачом, фельдшером и акушеркой.

---

[1] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 87.

[2] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 341; *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. С. 98-99.

[3] Извлечение из постановлений и докладов Четвертого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С. 4-5; Тринадцатый губернский съезд Тверского земства. С. 35-36.

[4] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 378; Обзор деятельности земств по медицинской части. С. 69; *Куковякин С.А.* Указ. соч. С. 136.

В Ярославской губернии планировалось организовать 3 межуездных участка, однако удалось открыть лишь один. Учреждение участка и лечебницы в с. Красное (Рыбинский уезд) взяло на себя губернское земство. Губернское собрание 1903 г. постановило ассигновать 3 000 руб. на устройство больницы[1]. Краснинский участок с амбулаторией открылся в 1906 г. В зону обслуживания участка входили 103 селения Рыбинского и 123 селения Романово-Борисоглебского уезда[2]. Позднее, с 1909 г., заработала больница на 10 коек с терапевтическим и хирургическим отделениями, родильной палатой на 2 койки и заразным бараком на 8 коек. Оказывалась помощь на дому[3]. Медицинский персонал участка состоял из врача, фельдшера, фельдшерицы-акушерки и акушерки. Амбулаторная помощь была востребована местными жителями, число обращений составляло ежегодно (1908 – 1913) 7–8 тыс. Возрастало и число стационарных больных: 1909 г. – 466, 1911 г. – 506, 1913 г. – 562 человека[4]. Участок содержался за счет Рыбинского, Романово-Борисоглебского и губернского земств и находился в ведении губернского земства.

Больничное дело в уездах в большинстве случаев развивалось медленно. Больницы – в основном, в городах и, как правило, небольшие: 10–20 коек, более крупные в Александрове (45 коек) и Шуе (55 коек) – Владимирской губернии, Ростове (70 коек) и Угличе (55 коек) – Ярославской губернии и некоторых других уездных центрах. Уездные земства не выделяли достаточных средств на финансирование больниц, собственные средства учреждений были незначительны. Не хватало врачей, фельдшеров, помещения нуждались в ремонте. В отчетах ярославского врачебного инспектора нередки записи такого рода: больница «доведена до полного и совершенного расстройства» (Мологский уезд, 1876)[5]. Упоминавшийся выше С.Н. Корженевский в 1903 г. писал о плохо оборудованных уездных больницах Тверской губернии, служившими большей частью приютами для хроников[6].

---

[1] Врачебно-санитарные хроники Ярославской губернии за 1904 год. № 15. С. 642.
[2] Доклад по I Межуездному участку // Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. С. 1.
[3] Отчет по больнице Краснинского межуездного медицинского пункта за 1909 г. С. 3, 22.
[4] Доклад по I Межуездному участку. С. 11, 22.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1954. Л. 21 и др.
[6] *Корженевский С.Н.* Указ. соч. С. 64-65.

В связи с бедственным положением рыбинской уездной больницы, которая во всем «терпит крайний недостаток», МВД направило предписание ярославскому губернатору: поручить рыбинскому городскому обществу отвести помещение, а уездному земству озаботиться снабжением больницы[1]. В 1874 г. больница получила общественное здание, два частных дома были наняты городом и земством.

В больничном строительстве и содержании больниц большую роль сыграла благотворительность. Примером может служить Ярославская губерния. Мологское земство получило три сельских больницы в безвозмездное пользование от их учредителей гр. Мусиных-Пушкиных. Одной из первых на селе, в 1873 г., была основана больница в с. Вятское (Даниловский уезд). Позднее, в 1880-е гг., потомственный почетный гражданин Кундышев-Володин выстроил для больницы двухэтажный дом. И хотя коечных больных было немного, амбулатория сразу приобрела популярность. В 1897 г., например, больница приняла 79 госпитальных больных и 7 382 приходящих (8 726 посещений)[2].

Благотворительность наиболее активно проявлялась в уездах с высокой долей зажиточного населения, в частности, в Ростовском уезде. В 1869 г. ростовские купцы Мясниковы подарили уездному земству земельный участок под уездную земскую больницу и двухэтажный каменный дом, в котором разместился главный корпус. В 1878 г. купцы Королевы пожертвовали 3 000 руб. на капитальную пристройку к больнице и летний барак. На частные средства построили каменное здание для домовой церкви, квартир служащих и других нужд больницы. На пожертвование Демидовой в 23 тыс. руб. устроили богадельню[3].

В 1900 г. в селе Вощажниково Ростовского уезда была открыта лечебница на 10 коек с постоянным врачом – первое в уезде сельское лечебное заведение. Для больницы местный землевладелец гр. С.Д. Шереметев пожертвовал двухэтажный деревянный дом со всеми службами, кирпич для ремонта и 1 100 руб. Помощь ока-

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 828. Л. 9-10.
[2] Труды четвертого губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Кн. III. С. 9.
[3] Там же. С. 3-4.

зало волостное правление: деньгами (250 руб.), транспортными средствами, личным трудом. Земство решило отпускать ежегодно деньги на содержание лечебницы[1]. Благотворительные средства выделялись и для фельдшерских пунктов. В частности, ежегодно с 1897 г. от предпринимателей Осорьиных и Егорычевых поступало 300 руб. на содержание пункта в с. Макарово; волость содержала квартиры для фельдшерских пунктов в Поречье и Ивановское и других селах[2].

Крестьяне Боровской волости Даниловского уезда на сходе постановили ассигновать из мирских сборов 300 руб. на устройство фельдшерского пункта с приемным покоем в с. Бор-Голышкин, 900 руб. выделило уездное земство, частные лица собрали на содержание пункта 224 руб. 90 коп.[3]

При больницах – любимской, ростовской и рыбинской были учреждены благотворительные общества с целью оказания помощи недостаточным больным. В архивных документах сохранились сведения о деятельности рыбинского Благотворительного общества в начале XX в. Общество, в состав которого входили попечитель больницы, врач и член земской управы, занималось сбором пожертвований, проведением благотворительных мероприятий. Эти средства и членские взносы, составившие капитал, размещенный в государственных ценных бумагах, позволили выдать пособия в сумме 257 руб. 35 коп. в 1908 г. и 359 руб. 75 коп. в 1910 г.[4]

1880-е гг. отмечены интенсивным сельским больничным строительством в Верхневолжских губерниях[5]:

Губерния	Количество уездов	Число больниц в 1866 – 1867 гг. (количество коек)	Число больниц в 1890 г. (количество коек, кроме психиатрических)
Владимирская	13	14 (361)	25 (850)
Костромская	12	12 (337)	30 (715)
Тверская	12	12 (335)	34 (720)
Ярославская	10	8 (312)	11 (790)

[1] Там же. С. 5-7.
[2] Там же. С. 9.
[3] РГИА. Ф. 1284. Оп. 241. Д. 215. Л. 100-100об.
[4] РбФ. ГАЯО. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1495. Л. 24-29; Ф. 68. Оп. 1. Д. 213. Л. 1-2об.
[5] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 62-63, 87.

В Ярославской губернии больничное строительство на селе развернулось позднее, в начале XX в. К 1914 г. население губернии обслуживали 34 земских больницы, из них 10 были расположены в городах и 23 – на селе[1].

На организацию управления земскими больницами оказали влияние положения устава лечебных заведений 1851 г.: вместо ранее существовавших больничных советов заведование возлагалось непосредственно на земские и городские управы. Некоторые земства на этой основе разработали собственные нормативные документы. Так, согласно «Уставу земских лечебных заведений Костромской губернии» больницей заведовал член губернской или уездной управы (по принадлежности), непосредственным распорядителем по хозяйственной и полицейской (внутреннему распорядку) части управа назначала смотрителя. Медицинское управление поручалось совету врачей. Штаты больницы утверждало земское собрание соответствующего уровня, вопросами найма и увольнения персонала ведала управа[2].

Врачи добивались передачи ведения больничного хозяйства в их руки. Первыми, в 1880-е гг., устранения смотрителей от руководства больницами добились врачи Тверской губернии.

Показателем качественного роста земской медицины стало постепенное развитие специализированных видов помощи. Специалисты – гинекологи, отоларингологи, стоматологи, офтальмологи – до конца XIX в. в российской провинции практически отсутствовали. Большинство российских медиков (78%) в тот период вообще не имели специализации[3]. Большой редкостью в деревне была акушерка. «Крестьянская женщина находится в руках повитух, которые наносят громадный вред, как матерям, так и детям»[4], – признавали ярославские врачи.

Отсутствие у сельской повитухи специальных знаний, инструментария, лекарственных препаратов, антисанитарные бытовые условия, неправильное вскарм-

---

[1] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. С. 6.
[2] Устав земских лечебных заведений Костромской губернии. С. 1-51.
[3] Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1892. Т. XVI. Октябрь. Отд. IX. С. 8.
[4] Вестник Ярославского земства. 1873. № 15–16. Отд. 3. С. 71.

ливание приводили к высокой материнской (главным образом от родильной горячки – послеродового сепсиса) и младенческой смертности. Так, во Владимире младенческая смертность в 1880-е гг. составляла 29% общей смертности[1].

Земства Владимирской, Костромской и Тверской губерний организовали родильные отделения в губернских больницах (см. выше). В Ярославской губернии единственное родовспомогательное заведение – родильное отделение на 6 мест при филантропическом учреждении – лечебнице Общества ярославских врачей было открыто в 1861 г., в 1872 г. появилось родильное отделение при рыбинской земской больнице. Но в деревне акушерок практически не было. Создание системы родовспоможения на селе стало актуальным направлением развития земской медицины.

В деле организации акушерской помощи земства сталкивались с проблемой кадров, с консерватизмом населения, противодействием повитух. Акушерка Сивкова, приглашенная в с. Курба (Ярославский уезд) в 1874 г., много лет спустя вспоминала: «первый год я и подруга в Диево-Городище сидели без дела. У меня за год было всего 6 родов, из них 3 у лиц духовных… В 1875 г. стали ко мне похаживать женщины с самыми разнообразными недугами…» Далее акушерка сообщала, что успешно лечила кожные заболевания и сифилис, благодаря чему приобрела авторитет у крестьянок и в 1875 г. провела уже 12 родов. В 1876 г. ее перевели в с. Великое, где «встретили с доверием и расположением, [она] приняла за год 40 родов, кроме того обращались с разными женскими заболеваниями»[2].

В Солигаличском уезде (Костромская губ.) в 1877 г. земскими акушерками было оказано всего 19 родовспоможений. Поэтому уездное земское собрание на первых порах обязало акушерок обучать сельских повитух рациональному родовспоможению[3]. Такое же решение принял второй съезд врачей Владимирской губернии[4].

Организовать акушерскую помощь по месту жительства рожениц было сложно из-за больших расстояний, состояния дорог, трудностей с обеспечением

---

[1] *Сычугов С.И.* Состояние общественного здоровья в городе Владимире. С.10.

[2] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С.2.

[3] *Невский М.А.* Указ. соч. С. 7.

[4] Извлечения из постановлений и докладов второго съезда земских врачей Владимирской губернии. С. 9-10.

транспортными средствами – земства скупились на расходы. Реально акушерка могла оказать помощь тем, кто посылал за ней лошадей, что не всегда могла себе позволить крестьянская семья. Вследствие непопулярности акушерок среди сельского населения труд акушерки был экономически неэффективен. Так, во Владимирской губернии одно родовспоможение обходилось земству от 25 до 40 руб.[1]

На первый план выдвинулась проблема рациональной организации родовспоможения. Необходимо было «приблизить» акушерку к роженице. Этот подход нашел отражение в постановлениях съездов земских врачей: рекомендовалось открывать родильные отделения при уездных больницах, приюты для рожениц (выделять койки) – в участковых, обеспечить акушерками фельдшерские пункты, учредить акушерские пункты и увеличить численность акушерского персонала.

Самостоятельные акушерские пункты открывались, в основном, в период развития разъездной системы медицинского обслуживания (например, в Ярославской губернии действовали 17 пунктов, в Костромской – 21). Переход к стационарной системе позволял реорганизовать акушерскую службу: акушерка жила при врачебном участке и работала под контролем врача, принимая роды как в лечебнице, так и на дому. Врачи настаивали на подчинении акушерок врачебному контролю, что вытекало из необходимости повышения качества акушерской помощи. Должностные обязанности акушерки определяла инструкция, главные состояли в подчинении участковому врачу и явке по вызову к роженице.

Земские акушерки оказывали различные виды медицинской помощи: гинекологическую, венерологическую, хирургическую (проводили катетеризацию, ставили банки, делали перевязки, прижигания), работали в аптеке, занимались оспопрививанием и т.д. В Курбе, например, в течение года акушерка, помимо оказания родовспоможений, приняла 172 пациентки с женскими заболеваниями и 321 сифилитическую больную[2]. Особенно востребованными оказались фельдшерицы-акушерки – специалисты более широкого профиля. Им не надо было платить отдельное жалованье за родовспоможение – оно не составляло их главную обязанность.

---

[1] Извлечение из протоколов и докладов V съезда земских врачей Владимирской губернии. С. 9.
[2] Вестник Ярославского земства. 1880. № 97-98. Отд. 2. С. 26.

Родовспоможение, лечебная, санитарно-профилактическая, просветительская работа акушерок, высокие личностные качества, которые отличали многих, – все это способствовало утверждению не только их авторитета, но и преодолению недоверия к рациональной медицине на селе: «женщина, освидетельствованная предварительно акушеркой, скорее после этого соглашалась подвергнуться исследованию врача»[1], – констатировали земские врачи.

Вопрос о состоянии акушерской помощи постоянно присутствовал в повестке дня съездов земских врачей: врачи отслеживали развитие системы родовспоможения, меняющееся отношение к акушерке. В большинстве случаев съезды отмечали медленное развитие акушерской помощи. К 1890 г. родильные приюты открылись в 6 уездах Владимирской губернии, VI съезд земских врачей постановил организовать палаты для рожениц (2–3 койки) в участковых больницах остальных уездов[2]. В Тверской губернии в 1899 г. акушерки провели, в среднем, 4% родов, в Зубцовском уезде этот показатель составил 10%. В уездах действовало 7 родильных приютов, работали 39 фельдшериц-акушерок и 53 акушерки[3]. В Ярославской губернии в земстве служили 65 акушерок, причем большинство работало при врачебных пунктах, в 1899 г. при их участии было проведено 6% общего числа родов[4]. Наиболее высоких результатов достигла Костромская губерния: в 1903 г. земские акушерки оказали 3 942 родовспоможения, что составило 9,2% всех родов[5].

Начало XX в. отмечено существенными сдвигами в развитии акушерской помощи, в том числе и стационарной. Так, в 1913 г. в Ярославской губернии акушерки оказали 8 769 родовспоможений, что составляло, в среднем, 15,1% всех родов. На дому врачом было принято 2,6 % родов, акушеркой – 49,2 %, в стационарных условиях проведено 48,1 % родов[6].

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1873. № 15–16. Отд. 3. С. 72.
[2] Извлечение из протоколов и докладов VI съезда земских врачей Владимирской губернии. С. 8.
[3] Четырнадцатый съезд земских врачей Тверской губернии… с. 30-31.
[4] Труды третьего губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Вып . I. Сводные таблицы. Таблица V; Вестник Ярославского земства. 1900. № 333–336. С. 83.
[5] Отчеты санитарных бюро и санитарных врачей за 1903 год. С. 53.
[6] Труды VI съезда губернских врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. С. 16-17.

Успехи были очевидны, но развитие родовспоможения, как и земской медицины в целом, тормозилось нерешенностью серьезных проблем, в том числе проблемы финансирования. Земство экономило на содержании акушерского пункта, на жалованье акушеркам, стремилось переложить часть расходов на волостные самоуправления, то есть «залезть в тощий кошелек крестьянина». Волость, в частности, оплачивала акушеркам квартиру с отоплением и освещением. По мнению современников, акушерство не заняло видного места в общей земско-медицинской деятельности: «нельзя сказать, чтобы заботы земства проявлялись в этом направлении»[1]. Низкий уровень развития акушерской помощи отмечал Б.Б. Веселовский[2].

Новым явлением конца XIX в. стало развитие земской хирургии. «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» назвал ее «венцом земской медицины»[3]. Успехи в развитии клинической медицины позволяли делать операции на органах грудной и брюшной полости. В земской хирургии выделились офтальмология, гинекология, урология. Операции проводились под эфирным и хлороформным наркозом. С конца 1870-х в провинцию проникала антисептика. Были окончательно разработаны антисептические методы в акушерской практике, что сделало возможным снизить летальность от родильной горячки до 0,5–1 %[4]. Со второй половины 1880-х гг. строгое проведение антисептических приемов стало, за редким исключением, обязательным в городских и сельских больницах. В конце XIX в. стала внедряться асептика.

Ведущая роль в хирургии принадлежала губернским земским больницам. В них появились хирургические отделения, заведование которыми постепенно перешло в руки хирургов. Хирургическую деятельность больниц этого периода можно характеризовать количественными показателями и характером хирургических вмешательств. Так, в тверской губернской больнице в 1892 г. было произведено 56 крупных операций, в том числе 36 операций по удалению опухолей, 11 ампутаций,

---

[1] *Артемьев А.П.* Участие и роль земства в деле упорядочения родовспоможения в России. СПб., 1898. С. 15.
[2] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. С. 412.
[3] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1908. № 1. С. 16.
[4] *Брейдо И.С.* История антисептики и асептики в России. Л.: Медгиз, 1956. С. 92.

5 камнесечений[1]. В костромской больнице производились сложные хирургические вмешательства по поводу цирроза печени, онкологических заболеваний, операции на органах головы (удаление мозговой грыжи, челюстные), урологические и гинекологические, на органах грудной и брюшной полости, на конечностях. В течение января – сентября 1902 г., например, было сделано свыше 300 крупных и более 200 малых операций[2].

Некоторые губернские земские больницы, как, например, ярославская, стали крупными хирургическими центрами. В конце XIX в. хирургическое отделение ярославской больницы возглавлял старший врач В.Ф. Линденбаум. Он стал основоположником хирургии в губернии. Научные работы Линденбаума по проблемам хирургии, гнойной хирургии, антисептики (именно он внедрил антисептику в Ярославле) были опубликованы в центральной медицинской периодике и принесли автору общероссийскую известность. Его преемник на посту заведующего хирургическим отделением Г.Г. Фальк внедрил асептику. Он укрепил авторитет хирургического отделения как высококлассного лечебного центра и школы молодых специалистов. Глазным отделением заведовал известный офтальмолог Н.И. Кацауров (он же возглавил открытую в начале XX в. специализированную глазную лечебницу). Хирургическая деятельность больницы отличалась высокой активностью. В частности, в период 1.01.1907 – 1.09.1908 в было произведено 725 операций в стационаре (из них 541 под общим наркозом) и 1329 операций амбулаторно[3].

В уездах хирургическая помощь оказывалась земскими врачами-универсалами. Чаще, правда, производились амбулаторно малые хирургические операции. В случаях, требовавших сложных хирургических вмешательств, больные обычно направлялись либо в губернскую больницу, либо в лечебные учреждения столиц.

Но в некоторых уездных больницах активно оперировали. В 1880-х – 1890-х гг. крупные операции производились в вышневолоцкой, старицкой, новоторжской,

---

[1] Одиннадцатый губернский съезд врачей Тверского земства. 22-28 февраля 1893 года. С. 358.
[2] Из медицинского отчета врачей Костромской губернской земской больницы. Доктора медицины Пл. Тихова. С. 29-31.
[3] Медицинские отчеты по губернской больнице и сведения по остальным богоугодным заведениям за 1907 г. и восемь месяцев 1908 г. С. 38.

бежецкой, кашинской уездных больницах (Тверская губ.) и некоторых участковых[1]. В больнице Новоторжского уезда за период 1896–1898 гг. было проведено 787 хирургических вмешательств в стационаре и 774 в амбулатории[2]. В 1890-е гг. успешная хирургическая деятельность отмечалась в некоторых уездах Костромской губернии (например, в Кинешемском уезде), в уездах Владимирской губернии. Качественной постановкой лечебной работы отличался Иваново-Вознесенск (Шуйский уезд): в земской больнице в 1898 г. было проведено 450 операций, а в 1905 г. уже свыше 600, в том числе 4 акушерских, 4 по удалению доброкачественных опухолей, 52 офтальмологических[3]. Хирургическая помощь в уездных больницах Ярославской губернии в этот период оставалась на невысоком уровне, полостные операции во многих из них не производились.

С начала XX в. в уездных больницах стали появляться врачи-хирурги. Они производили не только сложные операции, но и требующие специальных знаний: глазные, гинекологические. Так, врач Ветлужской уездной больницы (Костромская губ.) П.Ф. Гусев в период с января 1902 г. по 15 июня 1904 г. провел 76 операций на органах головы и шеи, 17 операций на органах грудной полости, 85 на органах брюшной полости, 39 гинекологических, 19 акушерских, 15 урологических и 86 операций на конечностях. В амбулатории было оказано 158 хирургических пособий (наложение гипсовых повязок, вскрытие гнойников и др.)[4].

Успешно оперировали в Тверской губернии: в больницах Бежецкого, Вышневолоцкого, Кашинского и губернской. Заведующий хирургическим отделением Зубцовской земской больницы А.К. Кистер за 1912 г. сделал 121 крупную операцию, в том числе офтальмологические, на органах грудной и брюшной полости, по поводу злокачественных новообразований, гинекологические и акушерские[5].

---

[1] *Казаков Ю.В., Глянцев С.П., Касьяненко А.П.* Указ. соч. С. 37, 41.
[2] Материалы научной конференции, посвященной 100-летию первого съезда земских врачей Тверской губернии. С. 73.
[3] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 22.
[4] *Гусев П.Ф.* Краткие сведения об операциях, произведенных в Ветлужской земской больнице, костромской губернии, с 1 января 1902 по 15 июня 1904 года. СПб.: Т-во скоропечатни А.А. Левенсон. 1904. С. 3-4.
[5] *Жданов Г.Н.* Указ. соч. С. 53-55.

Наблюдался прогресс в хирургической деятельности в уездах Ярославской губернии. В 1910–1911 гг. в Рыбинске было сделано 579 операций, в Мышкине – 405, в Пошехонье – 177. Активно оперировали даже в некоторых участковых больницах: например, в Вятской (Даниловский уезд), Некоузской (Мологский уезд), Владычинской (Пошехонский уезд)[1]. В Краснинской межуездной больнице (Рыбинский уезд) производились полостные операции, на органах дыхания, глазные, гинекологические, на костях и суставах, пластические, удаление новообразований. Всего в стационарных условиях в этой больнице в 1913 г. было прооперировано 230 больных, в амбулатории произведено 396 оперативных вмешательств[2]. Земские врачи отмечали, что в Рыбинском уезде хирургическая работа поставлена «широко и разносторонне»[3].

Земская медицина дала отечественной хирургии плеяду замечательных специалистов. Наряду с В.Ф. Линденбаумом и Г.Г. Фальком, хорошо известны имена старшего врача владимирской губернской больницы и заведующего хирургическим отделением А.М. Аплавина, хирургов, работавших в Тверской губернии – старшего врача губернской больницы М.И. Петрункевича и С.Н. Корженевского.

Успехи в развитии лечебной помощи сельскому населению отражают объективные показатели (см. Приложение 7). В 1914 г. во Владимирской губернии насчитывалось 103 врачебных участка, Костромской – 86, Тверской – 88 и Ярославской – 56[4]. Радиус врачебных участков Верхневолжских губерний колебался, в основном, в пределах 10 – 17 верст (это средний показатель по земской России), но в прилегающих к Московской губернии уездах Владимирской, Тверской и Ярославской губерний уменьшался до 10 – 12 верст, как и в Московской. Здесь, а также в Макарьевском и Кинешемском уездах Костромской губернии на одного участкового врача приходилось не более 20 тыс. человек, в большинстве же уездов центрального промышленного района – 20 – 30 тыс. человек[5].

---

[1] ГАЯО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 932. Л. 1об., 9об., 12об., 26об., 44об., 80об.

[2] См.: Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. Доклад по I Межуездному участку. С. 1-25.

[3] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 49.

[4] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 24-27.

[5] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т.1. 364-365.

Рост численности земских медицинских служащих отражен в таблице[1]:

Губерния	Врачи			Вспомогательный медицинский персонал		
	1870 г.	1890 г.	1910 г.	1870 г.	1890 г.	1910 г.
Владимирская	29	57	120	76	175	?
Костромская	24	43	108	83	171	238 (1900г.)
Тверская	24	50	115	79	170	206
Ярославская	19	38	70	57	139	294

Из данных таблицы следует, что число врачей в губерниях региона за период с 1870 по 1910 гг. возросло в 3,6 – 4,8 раза, вспомогательного медицинского персонала – в 2,6 – 5, 2 раза.

Менялось отношение населения к рациональной медицине. Жители земских губерний значительно чаще обращались за медицинской помощью: в период с 1896 по 1901 гг. было зарегистрировано 450,4 обращений на 1 000 человек в земской России и 222,2 обращений на 1 000 человек в остальных регионах европейской части страны[2]. Обращаемость в медицинские учреждения динамично росла. Если в 1876 г. врачебной помощью пользовалось 0,9% населения Владимирской губернии, 1,6% Костромской, 3,7% Тверской (по Ярославской губернии данных нет)[3], то в 1914 г., во Владимирской губернии на каждую 1 000 человек населения приходилось 1 022 обращения, в Костромской – 837, в Ярославской – 831, в Тверской – 570[4]. Первые три вместе с Московской входили в группу губерний с наиболее высокими показателями.

---

[1] *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии. С. 367; ГАКО. Ф. 135. Оп. 1. Д. 1316. Л. 13-13об.; *Осипов Е.А. , Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 90; Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. С. 3.; ; *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. С. 98-99.

[2] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1896-1901 годы. С. 15.

[3] Отчет Медицинского Департамента за 1876 год. С. 48.

[4] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 7-8.

Наибольшей популярностью пользовалась амбулаторная помощь. Так, в начале XX в. в амбулаторию обращались до 50–80% населения Тверской губернии[1]. «Надежным показателем завоеванного народного доверия является колоссальный рост амбулаторий, повышение коэффициентов обращаемости и посещаемости», – отмечал Журнал Общества русских врачей[2].

Один из сложных вопросов земской медицины – плата за лечение и медикаменты. Этот вопрос активно обсуждался в медицинской печати[3]. Многие врачи выступали против личной платы населения[4]. Шестой съезд земских врачей Тверской губернии (1877) рекомендовал ввести бесплатное лечение и стационарных, и амбулаторных больных, тринадцатый съезд (1898) признал безусловно необходимой отмену платы с коечных и амбулаторных больных. Первый съезд земских врачей Владимирской губернии (1882) принял постановление об отмене платы за лечение заразных больных, пятый съезд (1888) – об отмене платы с психических, хирургических и офтальмологических больных. Аналогичные решения принимали врачи Костромской и Ярославской губерний.

Постепенно земцы доходили до принятия принципа бесплатности – основного принципа земской медицины[5]. В уездных больницах наблюдалась тенденция к понижению и отмене платы. Освобождались от платы некоторые категории больных: сифилитические и эпидемические больные, бедняки.

Единого подхода к вопросу о плате за лечение не было даже в пределах одной губернии. В Ярославской губернии, например, к 1890 г. бесплатное коечное лечение для жителей своего уезда ввели земства Мологского, Романово-Борисоглебского, Ростовского и Угличского уездов. В Мышкинском уезде плата взималась по 25 коп. в день со «своих» больных и 60 коп. – с жителей других уездов. В Пошехонском уезде коечное лечение стоило 4 руб. 50 коп. в месяц, в Любимском – 5 руб.

---

[1] *Корженевский С.Н.* Указ. соч. С. 159.
[2] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1908. № 1. С. 11.
[3] См., например: Московская медицинская газета. 1863. № 21, 22; 1864. № 38; 1867. № 25; 1868. № 43; 1873. № 10, 11; 1877. № 8 и др.
[4] Московская медицинская газета. 1863. № 21. С. 335-336.
[5] *Жбанков Д.Н.* Итоги земской медицины // Врач. 1894. № 18. С. 517.

в месяц, в Даниловском и Рыбинском уездах – 7 руб. 20 коп. в месяц, но освобождались от платы бедняки, инфекционные и сифилитические больные[1].

В целом в Верхневолжском регионе, по данным на 1898 г., ситуация складывалась следующим образом:

- бесплатное коечное лечение предоставлялось в 4 уездах Владимирской губернии, 7 уездах Костромской губернии, 6 уездах Тверской губернии и 1 уезде Ярославской губернии;

- бесплатная амбулаторная помощь предоставлялась во всех (13) уездах Владимирской губернии, 11 уездах Костромской губернии, 4 уездах Тверской и 7 уездах Ярославской губернии[2].

В некоторых уездах взималась плата только с «чужих». Для сравнения: в Московской губернии бесплатная коечная и амбулаторная помощь оказывалась в 11 уездах из 13.

На рубеже XIX – XX вв. происходило сокращение бесплатного стационарного и амбулаторного лечения как следствие напряжения платежных сил земств. В Ярославской губернии в 1902 г. бесплатное амбулаторное и коечное лечение сохранилось только в Мологском и Угличском уездах, бесплатное амбулаторное лечение – в Пошехонском и Рыбинском уездах. В Даниловском уезде плата взималась даже с острозаразных и сифилитических больных [3]. Поэтому случалось, что в лечебницах уезда в течение года не было ни одного пациента.

В 1903 г. принцип бесплатности земской медицины был официально признан: в новых земских губерниях во всех земских сельских лечебных заведениях жителям губернии медицинская помощь должна была предоставляться бесплатно[4].

К концу рассматриваемого периода этот животрепещущий вопрос земской медицины в регионе так и не был решен. Тем не менее, впервые в российской ис-

---

[1] РбФ ГАЯО. Ф. 68 Оп. 1. Д. 39. Л. 4об.; Вестник Ярославского земства. 1890. № 221–222. Отд. 3. С. 66–67.
[2] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т.1. С. 385, 396.
[3] Труды четвертого губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Кн. II. С. 88.
[4] Положение об управлении земским хозяйством в губерниях Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилевской и Подольской губерниях. Ст. 104. // Свод законов Российской империи. 1905. Т. II. Приложение. С. 271-272.

тории квалифицированная медицинская помощь на селе стала доступной в результате создания сети лечебных учреждений и обеспечения их кадрами (см. Приложение 7). В решении этой задачи объединились усилия демократически настроенной медицинской интеллигенции и земств, продемонстрировавших возможности общественного самоуправления в решении важнейшей социальной проблемы.

3.3. ЗЕМСТВА И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Подавляющее большинство населения России было лишено лекарственной помощи вследствие недостаточного числа аптек, к тому же сосредоточенных в городах, и высоких цен на лекарства. Лечение в земских медицинских учреждениях на общественный счет логично предполагало дешевое или бесплатное лекарственное обеспечение. «Московская медицинская газета» писала в 1867 г., что все меры, принимаемые земством, «не принесут ожидаемой от них пользы, пока земство одновременно с ними не предпримет со своей стороны *чего-либо такого, что…облегчило бы возможность получения лекарственных материалов*», так как цены «есть общеизвестное, единственное и непреодолимое для несостоятельных классов препятствие к лечению»[1]. Помощник врачебного инспектора Костромской губернии М.А. Невский высказался по этому поводу более определенно: «Бесплатный отпуск лекарств есть крайне вопиющая необходимость для народа, иначе едва ли мыслимо какое-либо лечение при покупке медикаментов по аптекарской таксе»[2].

Вопрос о способах приобретения лекарств, их качестве, о покупке аптек или открытии собственных, о взимании платы за медикаменты, короче, вопрос о создании собственной системы лекарственного обеспечения поднимался с самого начала деятельности земств и решался по-разному. Его решение находилось в руках земских собраний и земских управ.

На момент передачи земствам больниц приказа общественного призрения аптеки с фармацевтическим персоналом были при губернских больницах Тверской и

---

[1] Московская медицинская газета. 1867. № 25. С. 225.
[2] *Невский М.А.* Указ. соч. С. 36.

Ярославской губернии. В крупных больницах I и II классов, имевших более 100 штатных коек, – вышеупомянутые больницы относились к этой категории – аптеки под управлением фармацевта полагались по штату.

В остальных лечебных заведениях больничные аптеки обслуживались фельдшером под руководством врача. Представление об этих заведениях дают, например, материалы ревизии мологской уездной больницы (Ярославская губ.): аптека располагается в маленькой неопрятной комнате и состоит в ведении фельдшера, что, по мнению ревизора, «не обеспечивает благонадежного приготовления лекарств», имеются различные нарушения, в частности, правил хранения сильнодействующих веществ[1]. Медикаменты и лекарственное сырье закупались в вольных аптеках (некоторые аптеки отпускали лекарства для земских учреждений со скидкой 15–20%, например, в Костромской, Тверской и Ярославской губерниях) и у дрогистов (оптовых торговцев) Москвы и Петербурга. Качество закупаемого сырья и препаратов не проверялось: не было ни специалистов, ни лабораторий.

Земства в первое время стремились избежать больших затрат на устройство аптек, ограничиться скромными размерами в расчете на то, что ими смогут заведовать опытные фельдшера под непосредственным надзором врачей. Впоследствии, как полагали в земствах, аптеки можно расширить, пригласить фармацевтов, а к организации аптек привлечь частных предпринимателей или благотворителей. Аптеки смогут получить право вольной (свободной) продажи лекарств населению, бедным отпускать лекарства бесплатно[2]. Доходы от продажи медикаментов предполагалось направить на развитие медицинского обслуживания.

Развитие собственной аптечной сети сдерживалось не только ограниченными финансовыми возможностями земств. Закон позволял земствам открывать аптеки с вольной продажей лекарств на равных с частными лицами правах с соблюдением прописанных условий и норм («нормальные» аптеки), но ряд ограничений правового характера препятствовали развитию земского аптечного дела: для открытия

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1954. Л. 12об.-13.
[2] Московская медицинская газета. 1868. № 43. С. 393-394.

новой аптеки требовалось согласие владельцев уже существующих в данном населенном пункте заведений, запрещалось владеть или управлять двумя аптеками в одном населенном пункте (ст. 240, 242 и 243)[1]. Налицо было противоречие, с одной стороны, между желанием земств сделать лекарственное обеспечение максимально доступным для населения, с другой стороны, существующей нормативно-правовой базой аптечного дела и практикой государства.

Земства обращались в МВД с ходатайствами о предоставлении им преимущества перед частными лицами при выдаче разрешений («привилегий») на открытие аптек, мотивируя стремление к извлечению торговой прибыли необходимостью увеличения средств на содержание медицинской части. С таким ходатайством, в частности, обратилась тверская земская управа в 1867 г. Тверское земство планировало учредить вольную аптеку при губернской больнице для продажи лекарств населению по сниженным ценам и для обеспечения медикаментами уездных лечебных учреждений, в перспективе открыть вольные аптеки в уездах. Медицинский департамент отказал тверскому земству на том основании, что при незначительном торговом обороте четырех тверских вольных аптек (в среднем, 4 389 руб. в год) в пятой аптеке надобности нет. МВД отклонило и повторное ходатайство в 1872 г., предложив земству открыть аптеку в другом населенном пункте или выкупить частную[2]. В 1876 г. МВД отказало в разрешении открыть вольную аптеку александровскому уездному земству (Владимирская губ.)[3].

Вопрос о земских вольных аптеках рассматривался в МВД с 1868 г. МВД расценивало предоставление льгот земствам и городским самоуправлениям как переворот в аптечном деле, чреватый свободой деятельности для непрофессионалов, нарушением интересов вольных аптекарей, ослаблением контроля оборота сильнодействующих медикаментов и другими нарушениями действующего законодательства. Вместе с тем, Медицинский совет при МВД считал целесообразным предо-

[1] Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части. С. 44-46.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 784. Л. 2-24об.
[3] Отчет Медицинского Департамента за 1876 год. С. 72.

ставлять право вольной продажи тем аптекам, которые уже существовали при больницах[1]. Комитет Министров также высказывался о желательности предоставить земствам возможность оказывать медицинское пособие бедной части населения[2].

Циркуляром от 8 декабря 1872 г. разрешался отпуск из аптечных учреждений по заготовительной стоимости лекарств, разрешенных к отпуску без рецептов, безденежная раздача неимущим и тем жителям уезда, которые платили земские сборы, а также ручная продажа[3]. Ручная (безрецептурная) продажа включала отпуск безвредных лекарств, предметов медицинского назначения (инструментов, предметов ухода за больными и т.п.), косметики, фототоваров и др.

В 1873 г. были утверждены новые правила открытия аптек[4], согласно которым число городских аптек регулировалось числом постоянных жителей и количеством поступивших в аптеки в течение года рецептов. Согласно правилам, одна аптека в губернском городе должна обслуживать не менее 10 000 жителей и принимать к производству не менее 15 000 рецептов в год, аптека уездного города была рассчитана, как минимум, на 7 000 жителей и 12 000 рецептов в год. При решении вопроса об открытии сельских аптек учитывалось только расстояние между аптеками: не менее 15 верст. Сельские аптеки устраивались по упрощенной схеме и обеспечивались медикаментами по сокращенному каталогу.

Земствам разрешалось бесплатно снабжать население лекарствами там, где нет частных аптек, где есть – только бедных при наличии удостоверений о бедности (полицейских свидетельств или удостоверений от врача)[5]. Право безденежно отпускать лекарства неимущим предоставлялось земствам как правопреемникам приказов общественного призрения на основании Устава о общественном призрении (ст. 586, 587). Сельские аптечки, ранее состоявшие в ведомстве Министерства государственных имуществ и бесплатно снабжавшие лекарствами государственную деревню, также сохраняли это право с переходом к земствам.

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 781. Л. 1об.-4.
[2] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 400.
[3] Вестник судебной медицины и общественной гигиены. 1887. Т. 2. Отд. 1. С. 38–40.
[4] ПСЗ РИ-2. Т. XXXXVIII, ч. 2. СПб., 1876. № 52611.
[5] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 401.

Ввиду постоянных обращений губернских земских собраний о предоставлении преимуществ, 6 ноября 1881 г. Комитет Министров ввел в действие временные правила о порядке открытия сельских аптек[1]. Предусматривалась возможность учреждения аптек на расстоянии уже 7, а не 15 верст, как было ранее. Кроме того, снизилась планка требований относительно внутреннего устройства, порядка содержания и заведования. Эти аптеки были избавлены от необходимости иметь лаборатории, готовить аптекарских учеников, к заведованию допускались гезели. По мнению официальных кругов, с введением новых правил «земские учреждения получили полную возможность открывать по мере надобности наиболее удешевленные аптеки и тем прийти на помощь местному населению»[2].

Позднее, в 1892 г., временные правила в качестве постоянно действующей нормы были зафиксированы в новой редакции Врачебного устава (ст. 572–579)[3]. Земству предоставлялось право на устройство лабораторий в сельских аптеках для приготовления лекарств под надзором провизора. Устав не воспрещал продавать лекарства ниже таксы, но без рекламы (ст. 259 и 260)[4].

Первая в Ярославской губернии земская аптека с вольной продажей лекарств открылась при рыбинской земской больнице в 1872 г. Рыбинская земская управа безуспешно ходатайствовала об учреждении аптеки еще в 1867 г., но не получила разрешения. В 1869 г. уже губернское правление от имени Медицинского департамента предложило земству открыть аптеку[5]. Земство планировало придать аптеке статус самостоятельного учреждения. Губернатор отказал: продажа лекарств «допускается лишь в видах увеличения средств больницы», поэтому аптека должна оставаться структурным подразделением последней[6].

Вольная аптека стала прибыльным предприятием. В 1873 г. доходы от продажи лекарств населению составили 9 487 руб. 41 коп., от продажи лекарств Ры-

[1] ПСЗ РИ – 3. Т. I. СПб., 1885. Штаты и табели. № 511.
[2] РГИА. Ф. 1263. Оп. 1. Д. 4252. Л. 68.
[3] Устав Врачебный. Издание 1892. С. 92.
[4] Там же. С. 35.
[5] РбФ ГАЯО. Ф. 10 Оп. 1. Д. 774. Л. 1-1об.
[6] Там же. Д. 140. Л. 59об.

бинскому уездному земству (для лечебных учреждений) – 983 руб. 21 коп., продажи искусственных минеральных вод – 2 240 руб. 49 коп. Чистая прибыль составила 3 112 руб. 90 коп.[1] Доходы аптеки дали возможность содержать родильное отделение земской больницы, а также организовать собственное производство искусственных минеральных вод.

Инспектор ярославского врачебного отделения И.Н. Буховцев после ревизии аптек в пяти уездах (Мологском, Мышкинском, Ростовском, Рыбинском и Угличском) в 1895 г. докладывал губернатору, что рыбинская земская аптека «найдена наилучшею и лучше всех обставленною, снабженную весьма большим количеством хорошего качества медикаментами», что рыбинское земство, благодаря «хорошо поставленной» аптеке, «имеет возможность с большим удобством снабжать все свои врачебные и фельдшерские пункты хорошими медикаментами». Это обстоятельство навело Буховцева на мысль о желательности, чтобы «все уездные земские учреждения купили хоть по одной аптеке в городе»[2].

В 1887 г. земство приобрело вольную аптеку в Любиме, а в 1893 г. – в Романово-Борисоглебске. Любимская аптека неимущим отпускала лекарства бесплатно; Романово-Борисоглебская – с 50% скидкой, и покупка лекарства, по признанию земских врачей, представляла для населения «очень тяжелый расход»[3].

В конце XIX в. земствам Ярославской губернии принадлежали пять «нормальных» аптек: три вольные, две при больницах – ярославской и ростовской. В этих аптеках работал фармацевтический персонал: провизоры, аптекарские помощники и ученики. Аптека губернской больницы обеспечивала только стационар. Амбулаторные больные по рецепту врача выкупали лекарства в частных аптеках. Ростовская аптека обеспечивала коечных и амбулаторных больных земской больницы, снабжала врачебные участки, бедным отпускала лекарства по рецептам бесплатно, обслуживая до 60 тыс. рецептов в год.

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1795. Л. 64, 75об.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 963. Л. 2-3.
[3] Труды третьего губернского съезда земских врачей. Т. 2. С. 176.

Объемы продаж в вольных земских аптеках возрастали. Если в 1900 г. из трех аптек Ярославской губернии было отпущено лекарств по 38 682 рецептам, то в 1911 г. – по 64 514 рецептам[1]. Любимская аптека приняла к производству 27 065 рецептов на сумму 1 896 руб., выручка от ручной продажи составила 3 070 руб.; романово-борисоглебская – 10 125 рецептов на сумму 5 275 руб., ручная продажа дала 6 092 руб.; рыбинская аптека – 27 324 рецепта, выручка от рецептурной продажи составила 11 273 руб., безрецептурной – 10 168 руб.[2] По объемам продаж и доходам земские вольные аптеки сравнялись с крупнейшими частными аптеками губернии. Средняя стоимость лекарства составляла в период с 1899 г. по 1911 г. 28 коп., но при этом разброс цен был велик: от 7 коп. в любимской аптеке до 52 коп. в романово-борисоглебской[3]. В последнем случае цены на лекарства сопоставимы со средними в частном секторе (40–60 коп. за рецепт) – романово-борисоглебская земская аптека в ценовой политике не отличалась от частных предприятий.

По пути открытия вольных аптек пошло и земство Костромской губернии. Она относилась к числу тех губерний, где земская аптечная сеть развивалась наиболее интенсивно. Первая аптека, в Нерехтском уезде была открыта в 1869 г., в 1905 г. земства содержали 7 вольных аптек[4]. В Тверской губернии земские вольные аптеки были открыты в Бежецке и Зубцове[5].

Аптеки подчинялись земским управам. Последние определяли объем расходов, выбирали поставщиков медикаментов и материалов.

Земская вольная фармация вступала в конфликт с самой идеей доступной лекарственной помощи. Ей, «как организации неизбежно коммерческой не место в системе земского общественного здравоохранения»[6], – считал орган Пироговского общества журнал «Общественный врач». Видный деятель земской медицины С.Н. Игумнов писал: земская медицина «основывается не на коммерческом принципе,

---

[1] Подсчитано по: ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1482. Л. 108об.; Д. 2660. Л. 240об.-241.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 2660. Л. 240об.-242.
[3] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1482. Л. 108об.; Д. 2660. Л. 240об.-241.
[4] *Куковякин С.А.* Указ. соч. С. 138.
[5] Постановления XV съезда представителей и членов земских учреждений Тверской губернии по врачебно-санитарной части. С. 14-15.
[6] Общественный врач. 1913. №8. С. 974.

преследует не материальную выгоду, а здоровье населения, его санитарное благо, не частные или групповые интересы, а общественные», стремится «возможно лучше обслужить массы, а не частные интересы отдельных лиц на счет масс»[1]. Разделяя эту точку зрения, четвертый съезд земских врачей Владимирской губернии (1886) принял решение просить земское собрание разрешить бесплатную выдачу лекарств всем земским плательщикам[2].

Тем не менее, исходя из практических соображений, земства шли на учреждение вольных аптек или выкупали их у частных владельцев, если позволяли средства. Но отсутствие хозяйского глаза, традиций организации аптечного дела, трудности с налаживанием бухгалтерии, отчетности, контроля, приводили к бесхозяйственности и злоупотреблениям. Многие земские аптеки оказались убыточными. По этой причине вольную земскую аптеку в с. Давыдково (Ярославская губ.), просуществовавшую всего несколько лет, закрыли, аптеку в Солигаличе (Костромская губ.) сдали в аренду частному предпринимателю.

Кроме «нормальных» аптек, земства располагали сетью больничных и участковых аптечек. В участковых и многих уездных больницах Верхневолжского региона, как и во всей земской России, фармацевтов не было. «Громадное большинство земских аптек не имеют ни одного фармацевта, и в таких аптеках аптекарями состоят фельдшера, а иногда и сестры милосердия или лазаретные служители, якобы “под наблюдением врача”»[3], – отмечал современник. В 1890 г. на земской службе во всех земских губерниях было только 157 провизоров[4].

Среди земских врачей бытовало мнение не только о допустимости приготовления лекарств фельдшерами, но и о предпочтительности фельдшеров перед фармацевтами-профессионалами, которые дорого обходились земствам. Фельдшер же и врачу помогал, и лекарства готовил. Эту точку зрения отстаивал, в частности, Д.Н. Жбанков: «для потребностей земской медицины фармацевты совершенно не

---

[1] *Игумнов С.Н.* Земские вольные аптеки и земская медицина. Харьков: Типография «Печатное дело», 1908. С. 4-5.
[2] Извлечения из постановлений и докладов четвертого съезда врачей Владимирского земства. С. 14.
[3] *Загорский Я.* Указ. соч. С. 28.
[4] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 180.

нужны»[1]. И больничные фельдшера, помимо исполнения своих прямых обязанностей, в течение дня готовили лекарства по 200–300 рецептам, тогда как в «нормальной» аптеке фармацевт обслуживал 50–60 рецептов в день[2]. Очевидно, что такая практика приводила к перегрузке фельдшеров, а непрофессионально приготовленные лекарства были небезопасны.

Главным направлением в решении проблемы лекарственного обеспечения стала организация центральных аптечных складов. Склады не приравнивались к аптекам, их открытию не мешала аптечная монополия.

Первыми в России к идее организации центрального аптечного склада пришло тверское земство. В 1887 г. губернское земское собрание поручило земской управе в виде опыта выписать медикаменты прямо из-за границы, от фирм-производителей, минуя посредников – дрогистов. Первая закупка лекарственных средств позволила сэкономить 20–36% средств. Решили в 1888 г. сделать закупки в большем объеме и устроить склад при губернской земской больнице[3]. X съезд земских врачей (1889) признал открытие центрального склада медикаментов целесообразным[4]. Заведующим складом назначили старшего врача М.И. Петрункевича.

В 1889 г. были установлены отношения с 43 заграничными и отечественными фирмами-производителями. Земство, разворачивая деятельность в этом направлении, столкнулось с серьезными препятствиями: дрогисты и местные вольные аптекари оказывали противодействие. В 1892 г. губернское земское собрание постановило отделить склад от больницы и придать ему статус самостоятельного учреждения. С 1889 по 1894 гг. склад отпустил товаров на 232 280 руб., из них 95,6% – земствам Тверской губернии, получив 9 427 руб. 69 коп. чистой прибыли. В следующие 5 лет склад реализовал медикаменты на сумму 994 815 руб., прибыль составила 91 206 руб. 50 коп. Большая часть прибыли возвращалась уездным земствам

---

[1] Врач. 1890. № 43. С. 971.
[2] *Загорский Я.* Указ. соч. С. 30.
[3] *Зайцев М.Е.* Краткий очерк деятельности аптечного склада Тверского губернского земства за истекшие 20 лет его существования. Тверь: Типография Губернского земства, 1910. С. 1-3.
[4] Десятый губернский съезд врачей Тверского земства. 23-31 мая 1889 года. С. IX.

пропорционально стоимости купленного товара, меньшая зачислялась в доход губернского земства. Поставки со склада давали земствам 15–20% экономии. Но только через 12 лет после учреждения склада все уездные земства стали снабжаться медикаментами централизованно[1].

В 1896 г. Медицинский департамент МВД разрешил открыть при складе лабораторию для приготовления сложных фармацевтических форм, в том числе галеновых препаратов. В 1900-е гг. склад имел современное оборудование, его штат включал 57 человек, включая двух провизоров. Поставки товара обеспечивали 37 зарубежных и 96 отечественных фирм[2].

Работа центрального склада находилась в поле зрения съездов земских врачей. XIII съезд (1898) принял постановление о некоммерческом характере склада[3]. XIV съезд (1900) выработал ряд рекомендаций (по улучшению обеспечения фармацевтами, улучшению положения фармацевтических служащих, обновлению оборудования). Было отмечено, что «современная постановка аптечного дела в земствах Тверской губернии находится в более благоприятных условиях, чем во многих других губерниях»[4].

Земские врачи Владимирской губернии последовали примеру тверских коллег: VIII съезд земских врачей (1896) принял решение об организации выписки медикаментов напрямую из-за границы[5]. Вопрос об открытии центрального аптечного склада при губернском земстве был поставлен на обсуждение значительно позднее, в 1907 г. на двенадцатом съезде[6]. Костромские врачи от организации центрального аптечного склада отказывались[7].

---

[1] *Зайцев М.Е.* Указ. соч. С. 7, 27, 29.
[2] Там же. С. 26, 32. См. также: *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии (1864-1913). С. 357-360.
[3] Тринадцатый губернский съезд врачей Тверского земства. 20-28 августа 1898 года. С. 31.
[4] Четырнадцатый съезд земских врачей Тверской губернии. Протоколы и труды. 17-26 августа 1900 года. С. 50-51.
[5] Извлечения из постановлений и докладов VIII съезда врачей Владимирского земства. С. 32-35.
[6] Программа занятий двенадцатого съезда членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части Владимирской губернии. 10-19 мая 1907 года. С. 7.
[7] Труды X губернского съезда врачей и представителей земств Костромской губернии. Вып. III. С. XXIII-XXIV.

Ярославское земство не имело единой системы лекарственного снабжения. В одних уездах создавались центральные аптечные склады, снабжавшие медикаментами участковые больницы и фельдшерские пункты, в других лекарства приобретались врачами в местных частных аптеках. К 1890 г. склады были организованы в шести уездах. Поставщиков каждый уезд выбирал самостоятельно.

Учитывая нерешенность проблемы лекарственного обеспечения населения, II съезд земских врачей Ярославской губернии (1890) включил в повестку дня вопрос о развитии аптечного дела. Был принят ряд принципиальных решений: о необходимости фармацевта в каждой земской аптеке; желательности организации оптовой закупки лекарств «из первых рук» от лучших поставщиков, бесплатном лекарственном обеспечении неимущих. Наилучшим типом организации земского аптечного дела съезд признал устройство складов медикаментов при больничных аптеках и приглашение фармацевтов. Вопрос об устройстве центрального аптечного склада при губернском земстве остался открытым: старший врач губернской больницы В.Ф. Линденбаум доказывал, что это потребует слишком больших расходов[1]. Перспективы развития вольных аптек на обсуждение съезда не выносились.

Решения II съезда определили направление работы по развитию земского аптечного дела в Ярославской губернии на последующие четверть века. Работа шла медленно, не по всем направлениям удалось достичь значимых результатов. В начале XX в. аптечные склады в ряде уездов Ярославской губернии находились в стадии организации, не были отделены от аптек. Мологский, Мышкинский и Пошехонский уезды не имели центральных аптечных складов и фармацевтического персонала. В Ярославском уезде аптечным складом заведовал санитарный врач.

В 1912 г. врачебное совещание при ростовской уездной земской управе первым в губернии приняло решение о реорганизации аптечного склада и отделении его от аптеки. Были утверждены штаты (провизор, помощник провизора и практи-

[1] Вестник Ярославского земства. 1890. № 221-222. Отд. 3. С. 71-80, 85-86.

кант) На склад возлагалась задача закупать медикаменты и материалы и обеспечивать всем необходимым земские медицинские учреждения. При складе создавалась лаборатория для приготовления галеновых препаратов[1].

Вопрос об устройстве центральных аптечных складов во главе с провизором обсуждался на заседании губернского врачебно-санитарного совета 1914 г. Совет высказал пожелание создать новую структуру – постоянную аптечную комиссию, включающую представителей земской управы, двух врачей и провизора. Этой комиссии планировалось передать общее ведение аптечного хозяйства и контроль работы аптек[2]. К организации комиссий приступили Ростовский и Рыбинский уезды.

Экономия средств за счет централизованной закупки лекарственных препаратов без посредников, появление «нормальных» земских аптек, снабжавших лекарствами земские больницы, врачебные и фельдшерские пункты, позволили улучшить лекарственное обеспечение населения, расширить практику продажи лекарств по сниженным ценам или их бесплатной раздачи. Так, по сниженным ценам продавались лекарства в земских аптеках Костромской губернии, в среднем, по 34 коп. за рецепт (при средней стоимости рецепта 49 коп.)[3], в Ветлужском уезде лекарства раздавались бесплатно. В Ярославской губернии бесплатными медикаментами пользовались жители 5 уездов. В 1900 г. бесплатный отпуск составил 15,4% стоимости всех реализованных лекарств[4]. Выполнить решение II съезда земских врачей о бесплатном лекарственном обеспечении всех неимущих не удалось: с развитием земского лечебного дела спрос на медикаменты возрастал, соответственно увеличивались расходы земств на их приобретение. Если в 1889 г. ярославское губернское земство затратило на лекарственное обеспечение губернской больницы около 5 тыс. руб., то в 1905 г. – 21,7 тыс. руб., а все уездные земства – 69,7 тыс. руб. (18,3% всех расходов на медицину)[5].

---

[1] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1913 год. Выпуск 2-3. С. 141.
[2] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 5. С. 58.
[3] *Сало В.М.* История фармации в России. С. 166.
[4] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1482. Л. 108об.
[5] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 404.

Усилия земств по организации доступного лекарственного обеспечения населения вызывали беспокойство владельцев частных аптек. Предприниматели обращались в медицинскую администрацию с жалобами на незаконную, с их точки зрения, деятельность органов самоуправления, о чем свидетельствуют, например, архивные дела врачебного отделения Ярославского губернского правления. Провизор из Романово-Борисоглебска Э.И. Люйтен в 1866 г. жаловался на решение уездной управы закупать для местной больницы лекарства в ярославской аптеке, а не у него, Люйтена, и к тому же, как писал аптекарь, в уезде открываются аптеки, подчиненные «ведению фельдшеров и то едва ли всегда имеющих точное понятие о своей лишь обязанности, а не только фармацевтической»[1]. Провизор В. Трибальский (Пошехонье) в рапорте старшему уездному врачу А.М. Критскому в том же году сообщал, что уездная управа открыла в трех местах приемные покои и аптеки в заведовании фельдшеров, которые продают лекарства, в том числе и сильнодействующие, и намеревается открыть аптеку в самом городе, что является нарушением законодательства, ограждающего интересы существующей аптеки. В 1867 г. и 1868 г. Трибальский посылал запрос относительно законности деятельности земских врачей уже в губернское врачебное отделение, предупреждая о намерении обратиться к министру внутренних дел в случае, если он не получит удовлетворительного ответа от местных властей[2].

В июле 1868 г. ярославскому губернатору И.С. Унковскому было подано коллективное прошение за подписью всех содержателей вольных аптек губернии. В прошении со ссылками на законодательство (Устав Врачебный и др.) аптекари указывали на неправомерность действий губернского земства: «В настоящее время земское управление Ярославской губернии действует совершенно противно всем этим узаконениям и в разрез целям и намерениям правительства… Совершенно самопроизвольно оно открывает вновь … целые аптеки и не только в городах, но и различных пунктах уездов… управляются фельдшерами, отпускают не только

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 15. Л. 3-3об.
[2] Там же. Л. 2-2об.

своим больным, но и продают иногда по ценам равным с вольными аптеками». Аптеки устроены с нарушением нормативных требований, поэтому их содержание «несравненно дешевле вольных аптек». Они не подконтрольны медицинскому начальству и могут отпускать лекарства ниже таксы, тем привлекая к себе публику, и «все наши вольные аптеки лишаются почти всяких средств к существованию». Содержатели аптек просили о «защите их законных прав и интересов» – ходатайствовать перед министром внутренних дел «о прекращении этих неправильных и стеснительных для нас действий земских управ»[1]. Жалобы аптекарей на земства поступали и в дальнейшем[2].

В связи с многочисленными жалобами содержателей аптек Сенат в 1890 г. подтвердил намерение правительства защитить вольные аптеки от «всякой излишней и вредной конкуренции» ограничением прав земств на бесплатный отпуск лекарств[3].

Действительно, встретившись с серьезной конкуренцией земств, частные аптеки, особенно в уездных городах и сельской местности, теряли клиентуру и утрачивали свои монопольные позиции на местном фармацевтическом рынке. В Костромской губернии, как отмечал М.А. Невский, «со времени устройства земской медицины по причине дарового отпуска лекарств земствами в некоторых уездных городах, аптечное дело значительно упало, так что некоторые содержатели аптек вынуждены были или совершенно закрыть свои аптеки или передать земству»[4].

В 1895 г. инспектор ярославского врачебного отделения докладывал губернатору: «Бросив общий взгляд на обревизованные мною аптеки, я нашел в них мало отрадного… большинство бедно обставлены, благодаря почти бесплатному отпуску лекарств земскими и городскими приемными покоями, вследствие чего значительное большинство аптек имеет в продолжение года мало рецептов (от 45–50

---

[1] Там же. Л. 14об.-16.

[2] См., например: Вестник Ярославского земства. 1890. № 221-222. Отд. 3. С. 75.

[3] Определение Правительствующего Сената по вопросу об определении прав земства на бесплатный отпуск лекарств из его аптечных заведений // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1890. 1-е полугодие. Ст. 162. С. 400-404.

[4] *Невский М.А.* Указ. соч. С. 111.

до 1 400), отчего рецептурная выручка очень мала, и аптеки содержатся преимущественно ручной продажей лекарств, которая в громадном большинстве случаев сводится на незаконное врачевание, за которым трудно уследить»[1].

Крупные аптеки, имевшие устойчивое положение на фармацевтическом рынке, не пострадали, несмотря на появление земских аптек.

Во второй половине XIX в. аптечная сеть и фармацевтический рынок в российской провинции развивались более интенсивно, чем в предшествующий период (см. Приложение 9). Изменения в нормативной базе аптечного дела стимулировали открытие новых заведений, но расширение аптечной сети проходило в условиях конкурентной борьбы при сопротивлении аптекарей, опиравшихся на нормативные акты, подтверждавшие аптечную монополию.

Привилегия на открытие аптеки выдавалась решением Медицинского департамента МВД по представлению губернского врачебного отделения на конкурсной основе. Если на получение привилегии в одном и том же населенном пункте было несколько претендентов, то, в соответствии с правилами, преимущество получал тот, кто не имел в своем владении аптеки (законодательство препятствовало монополизации аптечного дела). В расчет принималась очередность ходатайства, а при равенстве прав и единовременности подачи прошений – ученая степень претендента; при равенстве всех условий привилегию получал наиболее опытный и авторитетный специалист. Владельцами аптек чаще всего становились фармацевты, имевшие ученую степень магистра фармации или провизора. Закон, однако, не запрещал владение аптеками лицам, не имевшим специального образования, при условии, что управлять аптекой будет фармацевт высокой квалификации.

Этой юридической нормой пользовались владельцы аптек, чтобы обойти препятствия на пути приобретения второй аптеки. Несколько аптек в Ярославской губернии формально принадлежали ближайшим родственникам провизоров, последние занимали должности управляющих. Аптекой в Пошехонье владела жена про-

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 963. Л. 2-2об.

визора В.Ф. Трибальского, в Романово-Борисоглебске – жена провизора Э.Х. Люйтена, в Рыбинске – несовершеннолетний сын провизора В.А. Паженкопфа. В 1894 г. провизор О.В. Александрович (г. Мышкин) продал принадлежавшую ему аптеку своей жене Р.И. Александрович, сам же занял в этой аптеке должность управляющего. В начале XX в. провизор И.Ю. Морген владел Стрелецкой аптекой в центре Ярославля, его жена Х.Г. Морген – аптекой в Тверицах (на окраине города).

В 1870 г. прошение об открытии аптеки в Ярославле подала жена ростовского провизора Н. Штумф. Согласно представленной во врачебное отделение справке, число рецептов и сумма денежного оборота трех уже имевшихся аптек превышали установленную правилами норму, что позволяло открыть четвертую аптеку. Однако аптекари К.К. Бишоф, А.К. Шнейдер и Л.Б. Цаулих в совместном рапорте врачебному отделению доказывали, что «при постоянно растущей дороговизне жизненных припасов, квартир, жалованья людям» и т.д. существование четырех аптек в Ярославле невозможно[1]. Документы были переданы на «благоусмотрение» Медицинского департамента, который решил дело иначе: привилегию в 1871 г. получил провизор В.Б. Вестфаль, ранее владевший аптекой в заштатном городе Плёсе Костромской губернии[2]. Свое желание уехать из Плёса Вестфаль объяснял следующим образом: «в последнее время чрез отпуск от земства лекарства по уездам не только не оправдывает всех условий по содержанию аптеки, а поставляет меня с семейством в большие убытки», поэтому он желал бы завести аптеку «в местности, вполне могущей оправдывать существенный оборот оной»[3].

В деле об открытии этой аптеки была и детективная составляющая, дающая представление о методах конкурентной борьбы в аптечном деле. Врачебный инспектор получил от городского головы г. Плёса информацию о якобы неблагонадежности Вестфаля. Губернатор И.С. Унковский запросил Медицинский департамент. Директор департамента конфиденциально отвечал губернатору: «Извет на

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 65. Л. 13-14об.
[2] Там же. Л. 25об.
[3] Там же. Л. 28.

означенного фармацевта при исследовании ничем не подтвердился, но еще при этом обнаружилось, что самое письмо от имени Плёсского головы подложно»[1].

В 1870-е гг. аптеки появились в сельской местности. В 1872 г. сход временно-обязанных крестьян гр. Шереметевых (Юхотская волость Угличского уезда Ярославской губ.) «приговорил» «покорнейше просить» врачебное отделение открыть аптеку в с. Большом. Ближайшая аптека в г. Мышкине, в 30 верстах, «следовательно, открытие аптеки в селе Большом для нас будет чрезвычайно выгодная польза»[2]. Развитию сельской аптечной сети способствовало введение правил 1881г.

Роль сельских аптек неоднозначна. Приближая лекарственную помощь к деревне, их содержатели в то же время наносили ощутимый ущерб медицинскому делу. В частности, большесельский аптекарь, по информации земского врача, в нарушение Аптекарского устава занимался лечением, отпускал лекарства по запискам фельдшеров и знахарей втридорога[3].

В 1880-е гг. появились новые тенденции в развитии аптечного дела. Аптеки нередко учреждались и покупались с целью установления контроля над местным фармацевтическим рынком или с целью перепродажи и наживы. Шире стала практиковаться сдача аптек в аренду.

Характерный пример – рассмотрение ярославским врачебным отделением дела об открытии в Рыбинске пятой аптеки (1886). Ходатайства подали шесть человек. Выяснилось, что пятеро из них уже имели на правах собственности или аренды аптеки в различных городах: Паженкопф арендовал одну рыбинскую аптеку, другая была записана на имя его жены. Курдюмов имел собственную аптеку, кроме того арендовал две аптеки – в Москве и Московской губернии. Павлов приобрел аптеку Ротера за 10 000 руб. в 1875 г., тотчас перепродал ее за 21 000 руб. и купил аптеку в Курской губернии. Ротер же владел аптекой в Рязани. Александрович владел аптекой в Мышкине[4]. В губернской администрации пришли к выводу, что претенденты «по-видимому желают пользоваться этим правом (привилегией на

[1] Там же. Л. 42об.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 91. Л. 2.
[3] Труды третьего губернского съезда земских врачей. Т. 2. С. 373.
[4] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 93. Л. 111.

открытие аптеки – *Е.С.*) только как торговой спекуляцией»[1]. Лицензию получил Новицкий, который никогда не имел собственной аптеки и был известен «как опытный и добросовестный фармацевт, весьма одобряемый жителями и врачами»[2].

В феврале 1893 г. военный врач Е.П. фон Зигер-Корн приобрел на торгах Власьевскую аптеку в Ярославле за 23 500 руб., в июле того же года перепродал ее Ф.К. Глезеру за 30 000 руб., в начале XX в. эта аптека перешла в руки А.О. Бурштейна (сумма сделки неизвестна)[3]. Несколько раз за короткий период меняла хозяев аптека в Угличе. В 1890 г. аптеку приобрел провизор Е.А. Гальперин. У Гальперина в сентябре 1894 г. аптеку купил вольнопрактикующий врач А.З. Эльяшев за 4 тыс. руб., а в декабре того же года продал ее провизору Д.В. Вульфу уже за 16 500 руб.[4]

Развитие аптечного дела в земской России проходило в условиях противоборства частных предпринимателей и общественных самоуправлений. Доминирующие позиции занимал частный капитал, опиравшийся на правительственную поддержку и устаревшую правовую базу. В начале XX в. в России насчитывалось 3 373 аптеки, из них земских – 160[5]. Аптеки, не являвшиеся самостоятельными учреждениями, статистикой не учитывались.

На протяжении полувековой истории земской медицины шли поиски наилучшей организации доступного лекарственного снабжения населения. Ограниченность финансовых средств вынуждала стремиться к максимальному удешевлению земского аптечного дела. Попытки коммерциализации фармацевтической деятельности не только не давали ожидаемого экономического эффекта, но и вступали в противоречие с принципами земской медицины.

Логика конкурентной борьбы, погоня за прибылью в частном секторе, стремление удешевить лекарственную помощь в общественном секторе неизбежно при-

---

[1] Там же. Л. 111об.
[2] Там же.
[3] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 870. Л. 5об.; Д. 867. Л. 3, 13.
[4] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 569, 921, 922, 923.
[5] *Веселовский Б.Б.* Указ. соч. Т.1. С. 401.

водили к снижению качества лекарств, распространению фальсификатов и, в конечном счете, к упадку аптечного дела. Выход из ситуации виделся в реформе аптечного дела при участии земств.

В необходимости реформы были убеждены как земско-медицинские деятели, медицинская общественность в целом, так и правительственные круги[1]. Принятый 12 февраля 1912 г. закон «О некоторых изменениях в порядке открытия аптек» позволял земским и городским самоуправлениям учреждать аптеки без соблюдения правил Устава Врачебного – по постановлению земских собраний и городских дум[2]. В медицинских кругах признавалась практическая осуществимость закона, тем не менее отношение к нему было сдержанным: неясным оставался вопрос о перспективных формах земской аптечной организации[3].

Земско-медицинская общественность решение вопроса связывала с централизацией аптечного дела, подчинением его общественному контролю и привлечением высококвалифицированных специалистов.

3.4. ГОСУДАРСТВО И ОБЩЕСТВО В РЕШЕНИИ САНИТАРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

Деятельность земско-медицинской организации развивалась в двух взаимосвязанных направлениях: лечебное и санитарное дело. Уже в период становления земской медицины врачи убедились в невозможности ограничиться только лечением: «народное здравие гораздо более зависит от состояния общественной гигиены», чем от собственно врачебной помощи[4]. Очевидными становились зависимость заболеваемости от социально-экономических условий жизни населения и важность санитарно-гигиенического направления. Признавалась необходимость профилактической, санитарной работы, борьбы с предрассудками, популяризации

---

[1] См.: *Загорский Я.* Указ. соч.; *Зайденман Л.О.* Указ. соч.; *Кёллер Р.Р.* Указ. соч.; *Леонтьев Д.А*. Указ. соч. и др.
[2] ПСЗ РИ–3. Т. XXXII, ч. 1. Пг., 1915. № 36527.
[3] См.: *Шеин Н.Э.* Земские вольные аптеки и закон 12-го февраля 1912 г. (доклад XVIII съезду земских врачей Московской губернии) // Общественный врач. 1913. №8. С. 971-980.
[4] Московская медицинская газета. 1873. № 11. С. 167.

гигиенических знаний. Низкий уровень бытовой культуры, бедность создавали трудности в санитарной деятельности: население большей частью не имело санитарных потребностей, их надо было развивать кропотливой просветительской работой, улучшением санитарного быта. Организация комплексных санитарно-статистических исследований, изучение бытовых условий, условий фабрично-заводского и кустарного труда, санитарного состояния населенных пунктов, заболеваемости и смертности населения позволяла разработать наилучшие формы организации медицинской помощи, противостоять эпидемиям.

Во второй половине XIX в. в России наблюдался рост инфекционной заболеваемости, что являлось главной причиной высокой смертности, особенно детской.

Смертность населения России в 1861 – 1913 гг.[1]:

Годы	Общая смертность на 1 000	Младенческая смертность (до 1 года) на 1 000 родившихся
1861 – 1870	38,7	276,0 (1867 – 1871 гг.)
1881 – 1890	34,2	269,0 (1886 – 1891 гг.)
1908 – 1913	28,4	244,0 (1907 – 1911 гг.)

Показатель смертности в западноевропейских странах накануне Первой мировой войны был значительно ниже: в Англии – 14,0 в промильном коэффициенте, Германии – 15,0, Франции – 18,6, Швеции – 13,8. Уровень младенческой смертности в Швеции и Норвегии опустился до 69 – 75, в Англии – 117[2].

В стране свирепствовали холера, тифы, оспа, дизентерия, детские инфекции (см. Приложение 11). По данным А.Н. Сысина, эпидемии в 1905 – 1909 гг. уносили 527,7 жизней из каждых 100 000[3]. Особую угрозу во второй половине XIX – начале XX вв. представляла холера. В этот период холера в Россию вторгалась в 1865, 1892 и 1904 гг. После каждого вторжения обычно следовало несколько холерных лет –

[1] *Сысин А.Н.* Санитарное состояние России в прошлом и настоящем // Социальная гигиена. Вып. 1. 1922. С. 66-67.
[2] Там же. С. 66-68.
[3] Там же. С. 68.

от 4–5 до 12–13. Самыми масштабными и тяжелыми по последствиям были эпидемии 1892 и 1893 гг., поразившие соответственно 77 и 70 губерний и областей, затем 1908 г. – 71 и 1910 г. – 78 губерний и областей[1]. В 1910 г. холера захватила также Урал, Сибирь, Дальний Восток и Среднюю Азию. Показатели смертности, по данным Медицинского департамента, доходили до 50–70%[2].

Для земской медицины санитарное направление было новым делом. Врачи не имели ни теоретической, ни практической подготовки для организации и ведения санитарной работы. Не всеми признавалась ее необходимость. Бытовало мнение, что крестьянское население «не нуждается ни в санитарах-специалистах, ни в статистических бюро», ему нужны «врачи-практики»[3]. Земцы были вообще незнакомы с санитарными вопросами.

В конце 1860-х гг. санитарная работа в некоторых земствах началась по инициативе видных деятелей земской медицины Н.А. Долгорукова (Полтавская губ.), И.И. Моллесона (Пермская губ.) и В.О. Португалова (Вятская губ.). Создание системы врачебно-санитарной организации началось с губернских съездов земских врачей. В работе многих съездов принимали участие представители земств.

Первый съезд земских врачей Тверской губернии (1871) был созван с целью обсуждения санитарного состояния губернии. Съезд принял программу санитарного обследования губернии, рассмотрел вопрос о мерах борьбы с холерой, сифилисом, о развитии оспопрививания (в частности, высказался в пользу введения обязательного оспопрививания)[4].

В 1873 г. состоялся I съезд земских врачей Ярославской губернии. Съезд поставил задачу положить начало санитарной работы. Были приняты решения об учреждении должности уездного врача-гигиениста, образовании санитарных комитетов, программа борьбы с сифилисом, предложения по созданию медицинских (врачебных) советов при земствах, об организации сбора медико-статистических

---

[1] *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* Указ. соч. С. 270, 276.
[2] *Крамер П.Ф.* Указ. соч. С. 6.
[3] *Перфильев М.О.* Указ. соч. С. 139.
[4] Протоколы губернского съезда земских врачей. 7-9 июля 1871 года. 5-32.

данных, принята форма учета заболеваемости населения[1]. Сессия ярославского губернского земского собрания 1873 г. рассмотрела лишь некоторые решения I съезда врачей: об организации в уездах сбора медико-статистических данных и об учреждении должности второго земского ветеринарного врача в губернии. Вопрос об учреждении должности санитарного врача в уездах был признан несвоевременным и недостаточно изученным. Сославшись на отсутствие запросов из уездов, земское собрание перенесло его решение на будущее[2].

Позднее, в 1882 г., состоялся первый съезд врачей и земских представителей Владимирской губернии. Его основные постановления также касались развертывания санитарной работы, проведения постоянных планомерных противоэпидемических мероприятий, учреждения санитарных попечителей[3].

Костромские врачи вопрос о санитарной части до 1893 г. не поднимали.

Уездные земства заняли различные позиции по вопросу о создании врачебных советов и организации сбора статистических данных. Так, в Ярославской губернии только Пошехонское земство согласилось на устройство особой санитарной части[4]. Расходы на санитарную работу, на содержание медико-статистических бюро уездные земства считали излишними.

В 1875 г. московское земство заложило основы санитарной организации. Была учреждена комиссия, преобразованная позднее в санитарный совет. Такие же органы под названиями санитарных советов, врачебных, врачебно-санитарных советов по примеру московского стали учреждаться и в других губернских земствах, в том числе, в 1883 г. – во владимирском, в 1893 г. – в тверском, в 1903 г. – костромском и ярославском[5]. В процессе развертывания санитарно-профилактической работы, земско-медицинская общественность выработала концепцию полной губерн-

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1873. № 15-16. Отд. 3. С. 114.
[2] Вестник Ярославского земства. 1873. № 17. Отд. 2. С. 9-11.
[3] Извлечение из постановлений и докладов первого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С. 1-7.
[4] Вестник Ярославского земства. 1874. № 28-29. Отд. 2. С. 31-32.
[5] *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. С. 67.

ской санитарной организации, опиравшейся на участковых земских врачей, включавшей губернские и уездные санитарные (врачебные) советы, санитарные бюро, санитарных врачей и санитарные попечительства[1].

Земства постепенно соглашались с необходимостью коллегиальных органов, на которые можно было возложить санитарную работу и проведение противоэпидемических мероприятий. Известный деятель земской медицины гигиенист З.Г. Френкель в своих воспоминаниях писал, что для развития земской сети нужно было «систематически воздействовать на земскую управу, на земских гласных, на земское собрание. Организационной формой, инструментом для оказания такого воздействия и для воспитания у самих врачей чувства ответственности в качестве активных участников дела, а не земских наемников, послужили специальные советы при земской управе, систематически собиравшиеся и обсуждавшие все вопросы врачебно-санитарного обслуживания населения»[2].

Губернские санитарные советы создавались в качестве совещательного органа. В их состав входили представители от земства (губернские гласные, губернская земская управа в полном составе, председатели уездных земских управ) и земских врачей, санитарные врачи, врачебный инспектор, городской голова. Для связи с губернскими организациями и развития врачебно-санитарного дела в уездах создавались уездные советы. Такие советы имелись далеко не везде, обычно там, где лучше организована врачебная помощь. К 1890 г. около половины уездных земств России организовали советы, в 1898 г. – 65%. В Тверской губернии в 1898 г. работали 11 уездных советов, Владимирской – 8, Костромской – 4, Ярославской – 1[3].

Санитарное бюро (отделение) – исполнительный орган при губернской управе, связующее звено между губернскими, уездными врачебно-санитарными организациями, участковыми врачами. Бюро исполняло постановления губернского собрания, готовило материалы к заседаниям санитарного совета, программы съездов врачей, составляло обзоры состояния земской медицины и постановлений

---

[1] Там же. С. 8.
[2] *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. С. 154.
[3] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 307-308.

съездов для земских собраний, собирало и разрабатывало данные о деятельности лечебных учреждений, врачебных участков, заболеваемости и естественном движении населения губернии, вырабатывало противоэпидемические мероприятия и осуществляло общее руководство борьбой с эпидемиями, принимало участие в организации санитарных исследований. Первым в Верхневолжском регионе открылось санитарное бюро Владимирской губернии – в 1883 г., затем Тверской – в 1888 г., Костромской – в 1895 г. и Ярославской – в 1903 г.[1]

Наиболее оживленной была деятельность костромской губернской санитарной организации. В 1904 – 1909 гг. ее возглавлял З.Г. Френкель, до этого создавший санитарную организацию в Вологодской губернии. Службу в Костроме Френкель начал с разработки положения о губернском санитарном совете (принято земской управой осенью 1904 г.), и налаживанием выпуска «Врачебно-санитарного обозрения Костромской губернии». В период 1905 – 1915 гг., по нашим подсчетам, вышло 108 выпусков, причем в 1905 – 1909 гг. они публиковались ежемесячно.

В каждой губернии санитарные бюро имели собственные программы деятельности, но в их работе прослеживается ряд общих направлений. Это введение карточной регистрации заболеваемости и смертности, организация межуездных врачебных участков, детских яслей-приютов, снабжение уездов оспенным детритом, привлечение населения к участию в санитарной работе, популяризация медицинских знаний. Для проведения санитарных исследований костромское земство пошло на устройство бактериологических лабораторий. При содействии бюро уезды приступили к разработке вопроса о нормальной сети врачебных участков, упорядочению в деле выписки медикаментов. Бюро объединяло земских медицинских работников. Заведующие санитарными бюро участвовали в уездных коллегиальных медицинских совещаниях, тем самым оказывая помощь уездной медицине.

Деятельность санитарных бюро проходила в неблагоприятных условиях. Земства, ожидая немедленных практических результатов, которых в данном случае не могло быть, быстро разочаровывались в бюро и нередко принимали решения об

---

[1] *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. С. 67.

их закрытии. Официальные мотивы закрытия – неудовлетворенность земством результатами работы и отсутствие средств на содержание. Тверское бюро закрывалось дважды, проработав с 1888 г. до 1898 гг., затем с 1901 г. до 1906 г.[1]

В 1906 г. в земских губерниях были упразднены 7 санитарных бюро, в том числе бюро ярославского земства, проработавшее всего 3 года. Главную причину закрытия санитарных органов Жбанков видел в полной неосведомленности земств и многих врачей в сущности санитарной деятельности и задачах бюро, враждебное или безразличное отношение земств к санитарным учреждениям[2]. Однако, представляется несомненным, что на позиции губернских собраний отразилась политическая реакция, боязнь усиления влияния демократически настроенной земской медицинской общественности. «Общественный врач», сравнивая отношения между земцами и врачами с расходящимися линиями, отмечал, что с 1905 г. «угол расхождения особенно значителен»[3].

В годы реакции земская медицина лишилась многих достижений, завоеванных в предшествующий период. Без санитарных бюро утрачивалась преемственность съездов земских врачей, обрывались связи между медицинскими работниками, бездействовал санитарный совет, разрушалась система сбора и обработки санитарной статистики. Многие вопросы из-за отсутствия статистических данных остались без разработки: в частности, в Ярославской губернии – заболеваемость сифилисом и туберкулезом, алкоголизм, ясли-приюты, вопросы о больницах и межуездных участках[4]. Каждый уезд шел своим путем в зависимости от местных условий, возможностей бюджета и позиции земств.

Институт санитарных врачей появился в конце XIX в., сначала в Московской губернии: губернское собрание сессии 1885 г. учредило должности четырех санитарных врачей. Развитие этого института пришлось уже на начало XX в. К 1910 г. санитарные врачи работали в 12-ти губернских земствах, в том числе костромском, и в некоторых уездных, в частности, Ковровском и Шуйском уездах Владимирской

---

[1] Там же. С. 21.
[2] Там же. С. 27-28.
[3] Общественный врач. 1914. №1. С. 157.
[4] *Курочкин Г.* Земская медицина в Ярославской губернии. // Общественный врач. 1912. № 2. С. 227. С. 223.

губернии[1]. На санитарных врачей возлагалась организация санитарного надзора, меры по оздоровлению санитарной обстановки, противоэпидемическая работа, разработка санитарно-статистических материалов[2].

Для практической санитарной деятельности в помощь медицинскому персоналу при врачебных участках создавались санитарные попечительства. В большинстве губерний деятельность попечительств оживлялась только во время эпидемий холеры и почти исключительно в городах. Постоянно санитарные попечительства в начале XX в. работали только в трех губерниях, включая Костромскую[3].

Для Костромской губернии положение о санитарных попечительствах и инструкцию разработал З.Г. Френкель[4]. Санитарные попечительства должны были содействовать решению всех вопросов, касающихся состояния здоровья населения: борьбы с эпидемиями, с высокой детской смертностью, проведению в жизнь обязательных санитарных постановлений, вести просветительскую работу, устраивать в районах эпидемий чайные, столовые и др.[5] «Налаживание работы санитарных попечительств в условиях не прекращающейся опасности развития холерной эпидемии было наиболее доступной – с точки зрения полицейских преград – формой общественной работы по поднятию самодеятельности населения и по участию врачей в культурно-просветительной работе»[6], – считал З.Г. Френкель. Наиболее активно действовали санитарные попечительства Костромского, Кологривского, Макарьевского и Юрьевецкого уездов.

Санитарные мероприятия и борьба с инфекционными заболеваниями первоначально относились к числу необязательных земских и городских повинностей, они подлежали выполнению по мере возможностей. Формат, определенный «Положениями» 1864 и 1890 гг., не обеспечивал проведения противоэпидемических

---

[1] *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. С. 41.
[2] *Цветаев А.А.* Делегатское сообщение по организационным санитарно-статистическим вопросам Костромской губернии на Московский съезд санитарных врачей (28 – 31 XII. 1911 г.). Кострома: Типо-литография А.Н. Чемоданова, 1911. С. 7-11.
[3] *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. С. 48.
[4] Правила учреждения и деятельности санитарных попечительств в Костромской губернии и инструкции для участковых санитарных попечителей. Кострома: Губернская типография, 1907. 8 с.
[5] Организация и деятельность участковых санитарный попечителей в г. Костроме. Кострома, 1905. С. 1-2.
[6] *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. С. 191.

мер. Как отмечал специалист в области государственного права проф. А.Д. Градовский, «эти меры предполагают действие власти правительственной, которою земские установления не облечены»[1]. Лишь с 1886 г., по решению Медицинского департамента, борьба с эпидемиями признавалась обязанностью земств[2]. Общие мероприятия по предупреждению и прекращению эпидемии возлагались на губернские земства, собственно лечение заболевших – на уездные и городские лечебные учреждения. Финансовое бремя борьбы с эпидемиями губернское земство распределяло между бюджетами различных уровней.

Во второй половине XIX в. применение карантинов в борьбе с холерой уже признавалось бесполезным[3], но заменить их было нечем. Отечественные и зарубежные специалисты подчеркивали необходимость проведения общих санитарно-гигиенических мероприятий, очистки населенных пунктов, улучшения водоснабжения. Однако в России законодательно санитарные нормы не прописывались, санитарное благоустройство не предусматривалось.

Санитарного законодательства как такового в России не существовало. Его заменял Устав медицинской полиции (в составе Устава врачебного издания 1892 г.)[4]. Устав предусматривал проведение врачебно-полицейских и врачебно-санитарных мер: охрана окружающей среды, контроль качества пищевых продуктов, предотвращение и пресечение эпидемий, оспопрививание и др. Обязанность предотвращения заразных и эпидемических заболеваний лежала на комитетах общественного здравия (ст. 604). Ближайшее наблюдение за соблюдением Устава возлагалось на губернатора, губернское правление и полицию. Земским и городским самоуправлениям отводилась роль участников санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий (ст. 605, 606).

Временные правила 1880 г., а затем «Положение о губернских и уездных земских учреждениях» 1890 г. и «Городовое положение» 1892 г. предоставляли обще-

---

[1] *Градовский А.Д.* Собрание сочинений. Т. 9. Начала русского государственного права. Изд. 2-е. СПб., 1908. С. 253.
[2] Журналы особых совещаний, происходивших при Медицинском Департаменте с 21 по 30 апреля 1886 г. С. 34-40.
[3] См.: *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* Указ. соч. С. 267
[4] Устав врачебный. Издание 1892. Книга вторая. Устав медицинской полиции. Ст. 604-689.

ственным самоуправлениям право издавать обязательные постановления по предметам народного здравия, в том числе санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера: о содержании в чистоте улиц, дворов, колодцев, соблюдении санитарно-гигиенических требований в сфере торговли, на фабрично-заводских и других промышленных заведениях, о мерах по предупреждению и прекращению заразных и эпидемических болезней и т.п. Губернские земства могли издавать инструкции для уездных земств, уезды и города – дополнительные правила, не противоречащие постановлениям губернских земств. Наблюдение за исполнением постановлений возлагалось на санитарных попечителей[1]. Порядок действий общественных учреждений в случае эпидемии законом не определялся.

Между земствами и городскими самоуправлениями нередко возникали трения по вопросам о взаимном соотношении издаваемых ими правил.

Основное оружие в арсенале средств борьбы с эпидемиями в рассматриваемый период – экстренные противоэпидемические меры: создание санитарных комиссий, развертывание временных заразных бараков, привлечение дополнительного медперсонала, изоляция и лечение больных, дезинфекция зараженных участков и жилищ, установление санитарных постов на транспорте, обеспечение населения дезинфицирующими средствами и т.п. Эти меры проводились в жизнь казенными ведомствами, общественными самоуправлениями, частными организациями.

Единственным органом, обладавшим всей полнотой властных полномочий, объединяющим и координирующим противоэпидемическую деятельность различных структур, было губернское правление во главе с губернатором. Деятельность комитетов общественного здравия, организаций сугубо бюрократических, не располагавших к тому же финансовыми ресурсами, была неэффективна.

Со своей стороны, земско-медицинская общественность претендовала на лидерство в объединении усилий в борьбе с холерой. Показательно предложение VIII

[1] ПСЗ РИ–2. Т. LIV, ч. 1. СПб., 1881. № 59399; ПСЗ РИ – 3. Т. X, ч.1. № 6927; Т. XII. СПб., 1895. № 8708.

съезда тверских врачей (1885) создать при земствах совещательные комиссии с участием специалистов, представителей правительственных, общественных и частных учреждений для выработки мер профилактики эпидемии[1].

В борьбе с эпидемиями, в области практической деятельности, общественные самоуправления и государственная власть наиболее успешно взаимодействовали. Ярославский врачебный инспектор Н.Ф. Шайтанов отмечал в 1882 г.: «земские управы в деле прекращения эпидемий всегда шли об руку с администрацией при посредстве своих врачей и фельдшеров»[2]. Примером координации противохолерных мероприятий со стороны губернской администрации являются распоряжения Шайтанова (1886), адресованные земствам, городским управам, Управлению Северной железной дороги и Ведомству водных путей сообщения: об организации на пристанях и железнодорожных станциях дежурства фельдшеров для выявления холерных больных и оказании первой помощи, открытии временных холерных покоев; об учреждении в Ярославле и Рыбинске холерных госпиталей; о публикации списков врачей с указанием их адресов[3].

Для координации противохолерных мероприятий создавались губернские санитарные комиссии. Ярославская санитарная комиссия в 1884 – 1885 гг. утвердила решение ярославской городской думы о разделении города на санитарные участки, избрании санитарных попечителей и инспекторов, проведении дезинфекции, ежемесячном осмотре штатными врачами и полицией фабричных, торговых и иных заведений. Комиссия обязала уездные города ввести такие же меры санитарного надзора, приняла постановления об организации складов дезинфицирующих средств, временных заразных бараков, бесплатных столовых, бань и др. Контроль эпидемической обстановки комиссия возложила на полицию[4].

---

[1] Протоколы заседаний VIII съезда врачей Тверской губернии 4-11 марта 1885 года. С. 121.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 280. Д. 13. Л. 6.
[3] Журналы особых совещаний, происходивших при Медицинском Департаменте с 21 по 30 апреля 1886 г. С. 244–245.
[4] РбФ ГАЯО. Ф. 10. Оп. 1. Д. 563. Л. 102-103об.

В 1890 г. ввиду угрозы эпидемии МВД разработало правила санитарного надзора за речным судоходством. В числе прочего, правила предусматривали организацию на крупных пристанях врачебно-санитарных пунктов с приемными покоями, на других пристанях – организацию первой помощи (фельдшерской)[1].

Эпидемия 1892–1893 гг. поставила власти перед необходимостью принять меры организационного характера, предусматривающие более полноправное участие представителей общественных самоуправлений. В разработке общегосударственных противоэпидемических мер важная роль принадлежала организованному Медицинским департаментом съезду врачей-ликвидаторов холеры 1892 г. Обобщив опыт, съезд выработал комплексную программу. Ее главными положениями были следующие:

1. создание при земствах или других учреждениях санитарно-исполнительных комиссий, отвечающих за здравоохранение;

2. создание исполнительных органов санитарного надзора;

3. меры по оздоровлению населенных пунктов;

4. предупредительные меры: организация карантинов, надзора за путями сообщений, в населенных пунктах с высокой концентрацией рабочих устройство столовых, ночлежных домов, приемных покоев и холерных больниц;

5. организация врачебной помощи: санитарных отрядов, курсов для подготовки сестер милосердия и обслуживающего персонала, принятие санитарных мер при появлении первых случаев заболевания;

6. ведение статистики заболеваний, информирование населения[2].

С 1893 г. Медицинский департамент ввел в действие правила о временных губернских и уездных санитарно-исполнительных комиссиях с участием земств и городов. На комиссии возлагалась разработка общего плана борьбы с холерой[3].

---

[1] Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1890. СПб., 1890. 2-е полугодие. № 85. Ст. 854. С. 2229-2232.

[2] Постановления и заключения редакционных комиссий съезда врачей, принимавших участие в борьбе с эпидемией холеры 1892 г. Санкт-Петербург. С. 1-8.

[3] *Крамер П.Ф.* Противохолерные мероприятия, выработанные Медицинским департаментом Министерства внутренних дел. С. 8-17.

Костромские врачи, обсудив вопросы борьбы с холерой, приняли решение придерживаться программы, разработанной в 1892 г. врачами-ликвидаторами, дополнив ее мерами, направленными против заноса эпидемии в губернию, оказанию врачебной помощи эпидемическим больным и сбора статистических данных (1893). Для работы привлекался дополнительный медицинский персонал, в том числе студенты-медики[1]. В 1896 г. был принят общегубернский план противоэпидемических мероприятий.

Аналогичные меры проводились земствами других губерний региона.

В связи холерной эпидемией 1892 – 1893 гг. костромские земские врачи стали настойчиво добиваться согласия земства на создание санитарной организации: регулярного созыва съездов, создания санитарных советов, учреждения санитарного бюро и должностей санитарных врачей. Съезд 1895 г. постановил ознакомиться с опытом других губерний в этой области, рассмотрел проект инструкции для санитарных советов, составленной по образцу, предложенному московскими земцами[2].

Костромское губернское собрание не согласилось финансировать специальные санитарные организации, вместо этого утвердило особую комиссию съезда в качестве совещательного органа. Отказалось земство и от предложения ввести должность санитарного врача, на борьбу с эпидемией выделило всего 5 тыс. руб., лишь в 1902 г., ввиду угрозы новой эпидемии, пригласило 4 санитарных врачей[3].

Губернские города до создания губернской санитарной организации самостоятельно вели борьбу с эпидемиями. Так, во время холерной эпидемии 1892–1893 гг. городская дума Ярославля разделила город на участки и назначила санитарных попечителей. Их обязанности ограничивались осмотрами дворов и промышленных заведений. На временную службу дума пригласила трех врачей и трех фельдшеров-дезинфекторов, открыла два холерных барака на 40 мест и сторожевой барак на

---

[1] ГАКО. Ф. 205. Оп. 4. Д. 38. Л. 5, 14об.-15.

[2] Протоколы съезда земских врачей Костромской губернии с 15 по 21 февраля 1893 года. С. 20; Протоколы съезда земских врачей Костромской губернии 20-27 февраля 1895 года. С. 10, 36-40; Протоколы заседаний съезда земских врачей Костромской губернии 10-20 сентября 1896 года. С. 51; Доклады съезду земских врачей и представителей земских учреждений по вопросам программы съезда, составленные земским врачом П. Илинским. Кострома: Губернская типография, 1903. С. 20-21.

[3] Доклады съезду земских врачей и представителей земских учреждений по вопросам программы съезда, составленные земским врачом П. Илинским. С. 19, 21.

волжской пристани для изоляции подозрительных на холеру пассажиров и рабочих, приняла участие в устройстве второго сторожевого барака совместно с уездным земством, устроила дешевые столовые, в рабочих районах – бесплатные чайные, продажу дезинфицирующих средств (бедные получали их бесплатно). На противохолерные мероприятия город истратил 6 398 руб.[1]

Самостоятельную борьбу с холерой вел Рыбинск. Решение всех вопросов взяла на себя временная санитарно-исполнительная комиссия[2].

В большинстве уездных городах борьба с эпидемиями вследствие недостаточности городских средств велась, как правило, усилиями земств.

11 августа 1903 г. были утверждены «Правила о принятии мер к прекращению холеры и чумы при появлении их в империи». Эти «Правила» объединили ранее принятые решения по борьбе с эпидемиями с учетом рекомендаций съезда врачей-ликвидаторов 1892 г.

Законодательно утверждались санитарно-исполнительные комиссии при губернской управе под председательством губернатора с участием представителей губернской администрации, включая врачебного инспектора, членов земской управы, городского головы губернского города и врачей. Такие же комиссии учреждались в уездах и крупных городах. Перед санитарно-исполнительными комиссиями ставилась задача улучшения санитарно-гигиенической обстановки в губернии. Они наделялись правом принимать обязательные для исполнения противоэпидемические меры (каждая на своем уровне): запрещать проведение ярмарок и других массовых мероприятий, закрывать заведения торговли спиртными напитками, проводить меры санитарного характера, по организации работы медиков и т.п. Обязанности по профилактике и борьбе с эпидемиями возлагались на всех медиков: состоящих на государственной и общественной службе и вольнопрактикующих[3].

---

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 680. Л. 37, 53-54об.; РбФ ГАЯО. Ф. 10. Оп. 1. Д. 563. Л 102-103об.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 681. Л. 81-84об.
[3] Правила о принятии мер к прекращению холеры и чумы при появлении их в империи // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1903. СПб., 1903. 2-е полугодие. №112. Ст. 1664. С. 2904-2908.

«Правила» наделяли губернатора распорядительной властью в решении вопросов, регулируемых данным законодательным актом. Роль органов самоуправления ограничивалась простым участием в работе санитарно-исполнительных комиссий, хотя последние несли финансовое бремя противоэпидемических мероприятий: расходы, связанные с предупреждением и борьбой с эпидемиями, в земских губерниях возлагались на земства и города[1].

Эти положения вызвали негативную реакцию земств. З.Г. Френкель отмечал: «… большинство губернских земств, прежде всего, видело крупную помеху в правилах 11 августа 1903 г., опутывавших их всестороннею опекою и подчинявших их во всем усмотрению административных комиссий с губернатором во главе. Курское, московское, костромское, саратовское и другие губернские собрания, а также целый ряд городских дум возбудили ходатайства об отмене пресловутых казенных правил»[2]. Петербургское губернское земство, приняло постановление об организации самостоятельной деятельности по борьбе с холерой и об отказе от участия в санитарно-исполнительных комиссиях[3].

Напротив, ярославское губернское земство активно работало в составе санитарно-исполнительной комиссии. В 1905 г. губернская комиссия приняла ряд актуальных решений. В их числе программа санитарных исследований; решение командировать в уезды санитарные отряды и принять меры к страхованию медицинского персонала от холеры и несчастных случаев. Комиссия издала и распространила 50 тыс. экземпляров «наставлений» – рекомендаций по проведению мер профилактики и оказанию доврачебной помощи, наняла дополнительный медицинский персонал, организовала 5 санитарных отрядов[4]. Губернская земская управа выделила городам и земствам ссуду в 100 тыс. руб. из страхового капитала, уездные земства также ассигновали значительные средства, например, Ярославский уезд –

---

[1] Там же.
[2] *Френкель З.Г.* Холера и наши города. М.: Журнал «Русская мысль», 1909. С. 9.
[3] *Куковякин С.А.* Указ. соч. С. 140.
[4] ГАЯО. Ф. 485. Оп. 2. Д. 1071. Л. 1-7.

18 тыс. руб. Все врачебные участки были снабжены дезинфекционными камерами, необходимым инвентарем и материалами, оборудованы инфекционные бараки[1].

В 1909 г. санитарно-исполнительная комиссия – ее в это время возглавлял земский санитарный врач А.В. Лихачев (а не губернатор) – приняла постановления о противоэпидемических мерах, дала соответствующие поручения органам самоуправления и обратилась в Управление Северной железной дороги с предложением организовать врачебно-наблюдательные пункты на железнодорожных станциях, в Ведомство водных путей сообщения – организовать медицинскую помощь на Волге (и получила отказ), в рыбинский Биржевой комитет – увеличить медицинский персонал биржевой больницы[2].

Совместными усилиями всех заинтересованных сторон в губернии был обеспечен санитарный надзор, привлечен дополнительный медицинский персонал. Лечение холерных больных взяли на себя земские больницы, сельские лечебницы и лечебные учреждения крупных промышленных предприятий, всего открыли 42 холерных барака общей мощностью в 449 коек[3].

Аналогичные противоэпидемические мероприятия, скоординированные с Управлением Северной железной дороги, Казанским округом путей сообщения, земствами, городскими властями, фабрикантами, разработала костромская губернская и уездные санитарно-исполнительные комиссии. Были налажены контакты с владимирскими и ярославскими властями[4].

Совместно с губернскими санитарно-исполнительными комиссиями действовали санитарно-исполнительные комиссии на транспорте. Ведомство водных путей сообщения установило наблюдательные пункты на Волге и ее притоках, обеспечило пассажиров пароходов кипяченой водой. На железнодорожных стан-

---

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 2143. Л. 3об.-4, 15об.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 2655. Л. 183-187.
[3] РбФ ГАЯО. Ф. 10. Д. 1616. Л. 84; Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 3. С. 78-79.
[4] ГАКО. Ф. 135. Оп. 1. Д. 1869. Л. 2-19, 82-89.

циях Кострома, Кинешма, Ярославль, Рыбинск, Урочь были подготовлены временные бараки и санитарные вагоны, которые прицеплялись к каждому пассажирскому поезду, следовавшему через территорию Костромской и Ярославской губерний[1].

Летом 1905 г. костромское санитарное бюро впервые открыло лечебно-продовольственные пункты (всего 6) в местах скопления сезонных рабочих по пристаням на Волге и ее притокам с задачей организации ночлежных помещений, столовой, чайной и оказания амбулаторно-врачебной помощи[2]. Сеть пунктов разработал З.Г. Френкель, включив их в общий план земских противохолерных мероприятий. На заведование пригласили студентов старших курсов медицинских факультетов. «Они пропускали в сутки по тысяче и более рабочих, обследуя их, отделяя здоровых от больных, оказывая медпомощь, ведя санитарную и культурно-просветительскую работу»[3]. По приказу костромского губернатора весь первый состав работников арестовали по подозрению в революционной деятельности, на пунктах произвели обыски – так власть отреагировала на проявление общественной инициативы[4].

Один из пунктов – в Макарьеве на р. Унже – было решено открывать ежегодно с ассигнованием на его содержание 600 руб. из средств губернского земства. В 1909 – 1912 гг. в связи с новой вспышкой холерной эпидемии лечебно-продовольственные пункты открывались в Кинешме, Козьмодемьянске, Пучеже, Юрьевце[5].

Противоэпидемические мероприятия не имели планомерного и постоянного характера, чаще всего были реакцией на угрозу эпидемии.

Эпидемическая угроза актуализировала вопрос о восстановлении в Ярославской губернии санитарной организации, ликвидированной в 1906 г., и введения института санитарных врачей. V съезд представителей земств и врачей (1911) принял соответствующее решение[6]. Губернское собрание согласилось с постановлением съезда и решило учредить санитарный совет и санитарное бюро при губернской

---

[1] Там же. Л.19, 110-111.

[2] См.: Лечебно-продовольственные пункты в Костромской губернии летом 1905 г. Кострома, 1905. 152 с.

[3] *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. С. 192.

[4] Там же.

[5] ГАКО. Ф. 205. Оп. 4. Д. 385. Л. 1-48.

[6] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 1. С. 148.

управе, признало желательным введение в каждом уезде должности санитарного врача на средства уездного бюджета[1]. О своем согласии пригласить санитарного врача заявили Ярославский, Ростовский, Мологский, Мышкинский и Пошехонский уезды. К 1914 г. коллегиальные учреждения работали во всех уездах.

Другая проблема, которая приковывала к себе внимание земств и медицинского сообщества, – натуральная оспа. Борьба с оспой велась в России с начала XIX в., однако заболеваемость оставалась на высоком уровне вплоть до 1917 г. В 1888 – 1893 гг. в Европейской России на 10 тыс. человек приходилось 10,6 заболеваний[2].

Препятствия в борьбе с оспой во второй половине XIX в., как и прежде, – предрассудки населения (старообрядцы, например, решительно уклонялись от вакцинации), слабая заинтересованность уездных земств, волостных правлений, их нежелание нести расходы, недостаток квалифицированных кадров. Законодательно обязательное оспопрививание не предусматривалось. Дважды, в 1876 г. и 1891 г., этот вопрос вносился на рассмотрение Государственного Совета, но законопроекты отклонялись[3]. В обязательном порядке прививки делались школьникам и во время эпидемий – медицинским работникам.

Оспопрививанием занимались преимущественно оспопрививатели – лица, обученные несложной технике вакцинации, но не имевшие медицинского образования. Практически отсутствовал контроль их деятельности. Оспопрививатели нередко предоставляли недостоверные данные о числе привитых. Как сообщал земский врач мышкинского уезда, вакцинация везде предоставлена почину волостей и сельских обществ: «хотят они – наймут оспопрививателя, а не то и так обойдутся; да и нанятый оспопрививатель никому о своей деятельности не докладывает, и никому не известно, прививает он в волости оспу, или нет»[4]. Ненадежным был учет рождаемости (его вел приходской священник). Оспопрививатели сами заботились о получении прививочного материала, часто использовали гуманизированную лимфу (материал, снятый с привитых детей – «с ручки на ручку»), что создавало

---

[1] ГАЯО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 932. Л. 43-44.
[2] *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* Указ. соч. С. 288.
[3] Врачебно-санитарное законодательство в России. С. 460.
[4] Вестник Ярославского земства. 1890. № 221–222. Отд. 3. С. 97.

опасность осложнений. В конце XIX в. стал применяться оспенный детрит – животная (телячья) вакцина. Детрит готовился в частных и общественных оспенных телятниках. К 1910 г. действовало 55 таких учреждений, из них 30 принадлежали земствам, городским думам и медицинским обществам[1].

Постановка оспопрививания обсуждалась на первых съездах земских врачей губерний региона: она, по общему признанию была неудовлетворительной[2]. На съездах определились задачи, которые предстояло решать земским врачам, они были общими для земских губерний: передача оспопрививания в руки медицинского персонала, поиск путей приобретения качественной лимфы (оспенного детрита), налаживание учета привитых детей, развертывание разъяснительной работы.

Съезды тверских врачей постоянно озвучивали предложения губернскому земству изъять дело оспопрививания из ведения волостных правлений и сосредоточить в своих руках, увеличить число оспопрививателей, поручить оспопрививание фельдшерам и акушеркам, наладить производство собственной лимфы. На VIII съезде (1885) работала отдельная секция по оспопрививанию, что свидетельствует о внимании к этой проблеме. На этом съезде, как и на предшествующих собраниях, врачи высказались в пользу введения повсеместного и обязательного оспопрививания[3]. В 1885 г. тверское земство организовало телятник.

Во Владимирской губернии необходимость введения обязательной вакцинации признавали не только врачи, но и земства. Организация оспопрививания обсуждалась на первых двух съездах врачей и представителей земств. Второй съезд (1884) решил ходатайствовать перед земским собранием о выписке детрита и покупке телят. В том же году губернское земское собрание приняло постановление об устройстве телятника. Телятник заработал с 1885 г.[4]

---

[1] *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* Указ. соч. С. 290.

[2] См.: Протоколы губернского съезда земских врачей. 7-9 июля 1871 года. С. 32; Извлечение из постановлений и докладов Первого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С. 4; Вестник Ярославского земства. 1873. № 15-16. Отд. 3. С. 38.

[3] Протоколы заседаний VIII съезда врачей Тверской губернии. 4-11 марта 1885 года. С. 126-127.

[4] Извлечение из постановлений и докладов Второго губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. С. 3; *Сычугов С.И.* Указ. соч. С. 37-38.

Костромское и ярославское земства собственную лимфу не производили. Открытые в 1880-е гг. два телятника в Ярославской губернии и два телятника в Костромской просуществовали недолго – земства не имели средств на их содержание. Лимфу выписывали из разных учреждений, ярославское земство – из Московского воспитательного дома и Вольного экономического общества, занимавшегося активным внедрением оспопрививания в России с начала XIX в., костромское земство закупало детрит в Вятской губернии.

К началу XX в. организация оспопрививания значительно улучшилась. Вакцинация проводилась бесплатно 1–2 раза в год, весной и осенью, на врачебных и фельдшерских пунктах, в амбулаториях при земских, городских и фабричных лечебных учреждениях, в школах. Во время эпидемии допускалась принудительная вакцинация, прививки производились в очаге эпидемии и окрестных селениях. Обычно прививались дети в возрасте от 6 месяцев до 1–2 лет. Систематического контроля оспопрививания, однако, в большинстве уездов не существовало.

В 1900 г. в 87% уездах земских губерний вакцинация проводилась исключительно медицинским персоналом, в частности, во всех уездах Владимирской, Костромской и Ярославской губерний, в 3-х (из 12) уездов Тверской губернии[1]. Число привитых в 1900 г., в среднем, составило 38,5 на 1 тыс. человек в земских губерниях, в неземских губерниях – 37,7[2].

Результаты профилактической работы не замедлили сказаться. Заболеваемость снизилась: в 1914 г. в среднем по стране на 10 тыс. человек приходилось 6,3 случаев заболеваний. В Костромской губернии этот показатель равнялся 6,5, в других губерниях региона значительно ниже: в Тверской – 3,5, Владимирской – 3,1, в Ярославской – 0,7 – один из самых низких показателей в России (в Московской губернии – 4,3)[3].

Несмотря на прогресс в борьбе с оспой, Россия по показателям смертности от этой болезни значительно отставала от стран зарубежной Европы. В 1905 г. в

---

[1] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 408-409.
[2] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1482. Л. 22.
[3] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 14-15.

Европейской России от оспы умерли 61 человек на 100 тыс. населения, тогда как во Франции – 2,1, Австрии – 0,1, а показатели по Германии, Дании и Норвегии имели нулевые значения[1].

Актуальную медицинскую и социальную проблему в России представлял сифилис. Во второй половине XIX – начале XX вв. число заболевших постоянно возрастало. Первые данные о сифилитических больных (лечившихся в гражданских больницах) относятся к 1858 г.: 28 952 человека[2]. В период с 1896 – 1913 гг. число зарегистрированных больных в России увеличилось с 882 666 (70,6 на 10 тыс. населения) до 1 248 002 (76,8 на 10 тыс. населения), причем 65% заболеваний приходилось на сельскую местность[3]. В регионе Верхней Волги в 1914 г. уровень заболеваемости составлял в Тверской губернии – 66,1, во Владимирской – 70,4, в Костромской – 76,7 и в Ярославской губернии превышал средние показатели по России – 84,3 на 10 тыс. человек[4].

Эффективная борьба с сифилисом была затруднена. Население, особенно сельское, зачастую либо не знало первичных признаков заболевания, либо старалось его скрыть, заболевшие избегали обращаться за медицинской помощью.

Обобщив опыт борьбы с сифилисом, правительство выработало систему медико-полицейских мер, сводившихся, главным образом, к надзору за проституцией и принудительному лечению[5]. В 1867 г. Комитет Министров утвердил Положение «О бесплатном пользовании в больницах приказов общественного призрения и земства лиц, страдающих сифилисом»[6].

Вопросы организации борьбы с сифилисом продолжал разрабатывать специальный съезд врачей, состоявшийся при Медицинском департаменте МВД в январе 1897 г. Съезд признал необходимость правильной постоянной санитарно-врачеб-

---

[1] *Вигдорчик Н.А.* Народное здравие России в цифрах // Вестник знания. 1908. №2. С. 71.
[2] Отчет о состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1858 год. С. 288.
[3] *Сысин А.Н.* Указ соч. С. 78.
[4] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 42-43.
[5] ПСЗ РИ–2. Т. XXXVII, ч. 2. № 28581а; Отчет Медицинского департамента за 1885 год. Приложение. С. 122.
[6] ПСЗ РИ–2. Т. XLII, ч. 2. СПб., 1871. № 45295.

ной организации, бесплатности лечения, устранения мер принудительного характера, народного просвещения и др. Ведущую роль, игнорируя земства, съезд отводил новым учреждениям – врачебно-полицейским комитетам с участием врачей, местных властей и представителей заинтересованных ведомств. Комитетам поручался сбор данных о заболеваемости, изучение путей распространения сифилиса, надзор за проституцией, наблюдение за организацией медицинской помощи больным, санитарное просвещение, оценка эффективности принимаемых мер. На города возлагалось финансовое бремя борьбы с сифилисом[1].

На практике эти меры применялись только в городах. Деревня оставалась без надзора, слабо был организован надзор на фабрично-заводских предприятиях. Комитеты общественного здравия, на которые также возлагались обязанности по борьбе с сифилисом, не имели для решения этих задач ни средств, ни кадров.

С развитием земской медицины появилась возможность более эффективного решения этой проблемы. Вопросы борьбы с сифилисом рассматривались на съездах земских врачей, сессиях земских собраний. Так, собрание владимирского земства в 1874 г. постановило создать комиссию для изучения ситуации в губернии. В 1876 г. были приняты общие рекомендации по контролю над распространением болезни, уездным земствам предложено организовать в больницах палаты для сифилитических больных, однако предложение губернатора устроить временные специализированные сельские лечебницы земцы отклонили[2].

Вопрос о сифилисе обсуждался на съездах ярославских врачей. II съезд принял постановление о сочетании стационарной и амбулаторной помощи больным, об отказе от репрессивных мер, организации санитарного просвещения населения[3]. Участники III съезда врачей (1900) настаивали на участии губернского земства в борьбе с сифилисом (разработка форм регистрации больных, финансирование их лечения, выделение уездным земствам беспроцентных ссуд на устройство больниц

---

[1] Труды Высочайше разрешенного съезда по обсуждению мер против сифилиса в России, бывшего при Медицинском Департаменте с 15 по 22 января 1897 г. Т. 1. С. 5-9.
[2] *Сычугов С.И.* Указ. соч. С. 42-43.
[3] Вестник Ярославского земства. 1891. №223-224. Отд. 3. С. 2.

для сифилитических больных, устройство временных врачебных участков в наиболее пораженных местностях, распространение санитарно-просветительной литературы и др.)[1]. Съезд предложил возложить на сельскую администрацию обязанности по выявлению больных среди крестьян-отходников, ведение отдельной статистики по заболеваемости сифилисом[2].

Перспективы борьбы с сифилисом, как и другими инфекционными заболеваниями, рассматривались земско-медицинской общественностью в общем контексте развития земской медицины: организации санитарной работы и медицинской статистики, увеличении числа врачебных участков и участковых врачей, отказа от фельдшеризма.

В конце XIX – начале XX вв. неблагоприятные социально-экономические условия жизни городского населения привели к росту заболеваемости туберкулезом, особенно в промышленных центрах, в том числе в Московской, Ярославской, Владимирской губерниях. В 1914 г. на 10 000 населения в Московской губернии было зарегистрировано 105,1 больных (в Москве – 218,5), в Ярославской – 84,4, Владимирской – 67,7[3]. Настоящим «райским местом» для чахотки стал Иваново-Вознесенск вследствие скученности населения, вредных условий производства, бедности: заболеваемость среди фабричных рабочих составляла 10%, остального городского населения – 2%[4].

В 1902 г. ярославские врачи на IV съезде разработали план противотуберкулезных мероприятий. Он включал три направления работы: 1. регистрация больных и анализ собранных материалов; 2. профилактика: ранняя диагностика туберкулеза, охрана окружающей среды, оздоровление жилищ туберкулезных больных, санитарно-гигиенические меры по предупреждению распространения туберкулеза и санитарный надзор, распространение санитарно-гигиенических знаний; 3. лечение: организация амбулаторной помощи и помощи на дому, устройство специальных

---

[1] Труды третьего губернского съезда земских врачей. Ярославль: Типография губернской Земской управы, 1900. Т.1. С. 47-48, 55.
[2] Там же. С. 50-51, 53-55.
[3] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 44.
[4] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 49.

лечебных заведений – санаториев и приютов для неизлечимых больных[1]. План этот частично претворялся в жизнь в общем ходе санитарных мероприятий.

Основанная в 1910 г. Всероссийская лига для борьбы с туберкулезом проводила акции, получившие название «Дни ромашки» (ромашка, белый цветок – символ борьбы с туберкулезом), с целью сбора средств и привлечения внимания населения к проблеме туберкулеза. В 1910 г. по всей России было собрано около полумиллиона рублей. В акции в числе многих городов России принимали участие Иваново-Вознесенск, Кострома, Ярославль. Костромские врачи создали местное отделение Всероссийской лиги и на средства, собранные в «День ромашки», в 1911 г. открыли специализированную бесплатную амбулаторию (городские врачи работали в ней безвозмездно), провели обследование квартир 400 рабочих семей с целью подключить городские и земские органы к решению жилищного вопроса[2].

В Иваново-Вознесенске отделение Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом создали по инициативе местного медицинского общества в 1911 г. Отделение решало задачи практической борьбы с чахоткой и санитарного просвещения. Денежные средства складывались из членских взносов, субсидий земств и городских дум, пожертвований. На собранные средства открыли амбулаторию и санаторий. Амбулатория заработала в 1912 г., приняла 425 больных, в 1914 г. – 1232, причем на каждого больного приходилось 6–7 посещений в год. Лекарства с 1914 г. выдавались бесплатно. Санаторий на 20 мест с детским отделением на 10 мест открылся в 1914 г., но денег на его содержание не было, и в том же году санаторий передали военным властям под лечебно-оздоровительное учреждение для рядового состава[3].

В начале XX вв. на первые места в губерниях региона по уровню заболеваемости и смертности вышли и другие тяжелые недуги – тифы и детские инфекции: дифтерит, скарлатина, корь. Основой борьбы с заразными заболеваниями была изоляция инфекционных больных (в земских больницах имелись отдельные заразные бараки) и проведение дезинфекции. С 1894 г. вводилось сывороточное лечение

---

[1] Труды четвертого губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Кн. 3. С. 150–153.
[2] Костромской отдел Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом. С. 1-3.
[3] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 50-52.

дифтерии. Постепенно внедрялись профилактические прививки против дифтерии и скарлатины, противохолерные прививки, открывались бактериологические кабинеты (лаборатории), они занималась исследованием тифов, паратифов, холеры, дифтерита и других заболеваний, а также анализом питьевой воды и стоков.

С развитием санитарного дела определилась одна из важнейших задач – разработка и проведение мероприятий по охране здоровья детей. Работа началась по нескольким направлениям: улучшение санитарно-бытовых условий сельского населения, борьба с детскими инфекционными болезнями, школьная гигиена. Специализированной педиатрической помощи в тот период еще не существовало.

В 1890-х гг. в качестве одной из мер по охране здоровья детей стало устройство в земских губерниях детских яслей-приютов в деревне на период летней страды. Инициатором выступило пермское земство. В Верхневолжском регионе первые ясли-приюты открылись в 1898 г. в Ковровском, Переславском и Шуйском уездах Владимирской губернии.

Перед яслями ставились задачи снижения детской смертности от несчастных случаев, пропаганды гигиены ребенка, организации правильного питания детей раннего возраста и улучшения питания детей из бедных семей, улучшения гигиенической обстановки жизни ребенка, предотвращения желудочно-кишечных заболеваний, дававших высокую летальность, борьбы с сифилисом (в Ярославской губернии в начале XX в. сифилисом были заражены 8,9% детей в возрасте до двух лет[1]), тифом и другими инфекциями.

Вопрос об открытии яслей обсуждался на врачебных съездах, разрабатывался врачебно-санитарными бюро: составлялась ориентировочная смета расходов, примерный режим дня, указания по питанию. Средства на устройство яслей составлялись из ассигнований губернского земства, частично – уездного земства и добровольных пожертвований.

Костромское губернское земство «в виде опыта» ассигновало 6 тыс. руб. на организацию яслей в 1901 и 1902 гг. Если до 1901 г. ясли-приюты открывались в

[1] Детское здравоохранение в Ярославле и Ярославской области за 50 лет Советской власти / Под ред. проф. А.И. Титовой и доц. В.Н. Емельянова. Ярославль, 1970. С. 8.

двух уездах губернии, то в 1901 и 1902 гг. функционировали соответственно 24 и 23 учреждения в восьми уездах[1].

Первые в Ярославской губернии ясли-приюты были учреждены летом 1900 г. в с. Ильинское-Хованское Ростовского уезда. В 1902 г. действовали уже 13 яслей в 4 уездах, и в 1905 г. – 30. Контингент был непостоянным, ясли посещали, в среднем, от 20 до 80 детей. По данным земского врача П.Ф. Кудрявцева, летом 1903 г. 507 детей в общей сложности провели в яслях 11 434 дня[2]. Губернское земство поддержало это начинание только в 1905 г., выделив 2 000 руб.[3]

Сельские ясли предназначались для детей в возрасте от 2 месяцев до 7–10 лет. Продолжительность работы учреждений колебалась: от 9 дней до 60 дней и более – в зависимости от местных условий и финансовых возможностей.

Почти все ясли открывались по инициативе участковых врачей и работали под их руководством, размещались в помещении местной школы или арендованной крестьянской избе, иногда в доме участкового врача. Для заведования приглашалась надзирательница – из числа представителей сельской интеллигенции. Из крестьянок нанимался обслуживающий персонал. Дети находились под наблюдением врача – постоянным, если врач жил поблизости, но чаще врач осматривал детей 1–2 раза в неделю. Пик активности в организации яслей-приютов пришелся на 1900 – 1905 гг., когда ясли функционировали в 44 губерниях (не только земских), в том числе во всех губерниях Верхней Волги[4].

После 1905 г. количество этих учреждений повсеместно сокращалось. Не сложились единообразные формы яслей, недостаточны ассигнования земств. Показательно обсуждение этого вопроса в санитарном совете Ярославского уезда в 1914 г.: признавалось, что из-за нехватки средств невозможно организовать нормальное

---

[1] Доклады съезду земских врачей и представителей земских учреждений по вопросам программы съезда, составленные земским врачом П. Илинским. С. 36-37; Извлечение из отчетов о деятельности летних детских лагерей-приютов в 1902 году в Костромской губернии. Кострома, 1902. С. 70-74.

[2] Деревенские ясли-приюты в селениях Ярославской губернии в 1903 г. Ярославль: Ярославская губернская земская управа, 1907. С. 3.

[3] Врачебно-санитарная хроника Ярославской губернии за 1904 год. № 15. С. 646.

[4] *Шенгелидзе В.В.* Характеристика яслей в России. // Общественное и частное призрение в России. С. 216-217.

питание детей, нанять хороших надзирательниц, отмечалось индифферентное отношение крестьян[1]. «Пока только безысходная нужда заставляет обращаться, толкаться к яслям»[2], – отмечали костромские врачи. В 1913 г. ясли-приюты открывались только в 5 губерниях, всего 122 приюта, из них 90 – в Полтавской губернии[3]. Затем отмечались лишь единичные случаи. В 1916 г. работали ясли в 7 селениях Александровского уезда Владимирской губернии[4].

На вопросы школьной гигиены первыми обратили внимание тверские врачи. На VII съезде (1879) прозвучало предложение не допускать открытия школ без предварительного санитарного освидетельствования. X съезд принял постановление об организации школьного надзора[5]. В 1890 г. правила санитарного надзора за школами приняли владимирские врачи[6].

Земские врачи Ярославской губернии приступили к рассмотрению этого вопроса в 1900 г. III съезд определил цели и содержание школьного надзора, силы, которыми этот надзор должен осуществляться (участковые или специальные школьные врачи), разработал общую для всей губернии программу санитарного обследования школ[7]. VI съезд (1914), признав невозможным организацию школьного надзора в полном объеме, поставил задачу на начальном этапе проведение частичного надзора. Речь шла о соблюдении санитарных норм в школьном строительстве, обязательной вакцинации поступающих в начальную школу, наблюдении за гигиеническим состоянием инвентаря, обеспечении школьников завтраками[8].

Развернуть планомерную работу в этом направлении земства не успели, но некоторые мероприятия проводились в жизнь. Наблюдение за санитарным состоя-

---

[1] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 5. С. 10.
[2] Извлечение из отчетов о деятельности летних детских лагерей-приютов в 1902 году в Костромской губернии. С. 71.
[3] *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. СПб., 1913. С. 203.
[4] РГИА. Ф. 767. Оп. 1. Д. 186. Л. 222.
[5] Десятый губернский съезд врачей тверского земства 23-31 мая 1889 года. С. VII.
[6] Извлечение из протоколов и докладов VI съезда земских врачей Владимирской губернии. С.29.
[7] Труды третьего съезда земских врачей Ярославской губернии. Т.4. С. 6-7.
[8] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. С. 25-26.

нием школ в сельской местности проводили участковые земские врачи, они посещали школы 1–2 раза в год. Но во многих уездах школы оставались вовсе без медицинского присмотра.

Вопросы школьного надзора разрабатывались Пироговским обществом. На V, VII, VIII, IX, XI Пироговских съездах (1894–1910) была подготовлена программа деятельности школьного врача, определены задачи: устранение вредных влияний школы на здоровье учащихся, предупреждение заразных заболеваний, ознакомление учащихся с правилами гигиены и воспитание гигиенических привычек[1].

Практика показала, что оздоровление населения и успешная борьба с эпидемиями тесно связаны с общими вопросами земской медицины: санитарным обустройством и санитарным просвещением, развитием медицинской статистики, учреждением полной санитарной организации, профилактикой заболеваний, развитием сети врачебных участков и увеличением численности медицинского персонала. Земские санитарные органы стремились придать профилактической и противоэпидемической работе систематический и планомерный характер.

До конца XIX в. противоэпидемической деятельностью занимались почти исключительно уездные земства. Губернские земства, за исключением чрезвычайных обстоятельств (холерных эпидемий), от участия в этой работе уклонялись, как, например, тверское земство[2]. Поэтому коллегиальные медицинские органы придавали большое значение привлечению губернского земства к оказанию помощи уездным земствам в устройстве заразных отделений участковых лечебниц, открытии временных больниц, увеличении численности медицинского персонала, устройстве столовых, яслей-приютов и выдаче беспроцентных ссуд на эти цели.

Губернским земствам решения о финансировании санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, предлагаемых врачами, давались с трудом, на нужды санитарии выделялись незначительные средства (см. Приложение 10). Ярославский врачебный инспектор И.Н. Буховцев писал в 1900 г. в медицинском отчете по губернии, имея в виду, помимо прочих, земства: «Ни одним из

---

[1] *Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В.* Указ. соч. С. 109-110.

[2] Тверская губерния // Земско-медицинский сборник. Вып. 5. С. 13.

приведенных учреждений, лиц и обществ не произведено никакого расхода на улучшение санитарной части местности (подчеркнуто Буховцевым – *Е.С.*), расходы на борьбу с эпидемиями слишком ничтожны, принимая во внимание значительное распространение в населении губернии заразных болезней»[1].

Функции губернского и уездного земств в борьбе с эпидемиями разграничились более четко с созданием санитарных органов, и губернское земство стало играть более заметную роль, проявляя инициативу в принятии решений и координации усилий. Увеличились ассигнования губернских земств на санитарные нужды, однако владимирское земство не принимало участия в санитарных мероприятиях, тверское земство несло расходы только по содержанию санитарного бюро.

Расходы губернских земств на санитарную и противоэпидемическую деятельность (в руб.) отражены в таблице[2]:

Губерния	Общий расход на санитарные нужды		Расходы на содержание санитарного бюро (1910)	Расходы на борьбу с эпидемиями (1910)	Расходы на санитарные мероприятия (1910)
	В год основания бюро	В 1910 г.			
Владимирская	2 400	8 900	3 500	5 400	–
Костромская	19 720	45 827	6 850	8 280	8 200
Тверская	2 800	7 295	7 295	–	–
Ярославская	3 000	13 300	6 700	4 000	2 600

Расхождение позиции земских врачей и большинства земских деятелей приводили к тому, что земская санитарная организация не могла выполнить тех задач, которые ставила перед ней жизнь. Но именно на вопросах санитарной деятельности, как отмечалось на XII Пироговском съезде, «сосредоточился центр тяжести земской медицины», от его решения зависело ее дальнейшее развитие[3].

---

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1482. Л. 103об.

[2] *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. С. 68-69.

[3] Врачебная газета. 1913. № 27. С. 983.

С началом Первой мировой войны эпидемическая опасность резко возросла вследствие дезорганизации хозяйственной деятельности, снижения уровня жизни населения, перемещения больших людских масс (призыв в армию, появление беженцев). По России «гулял» сыпной тиф, участились вспышки холеры. Между тем в условиях войны санитарная деятельность земств была крайне затруднена.

3.5. ГОРОДСКИЕ САМОУПРАВЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицину городов земской России во второй половине XIX в. отличала многоведомственность: функционировали земские лечебные учреждения, казенные, частные (включая фабричные), больницы благотворительных организаций. МВД назначало городовых врачей и повивальных бабок. К услугам зажиточного населения были частнопрактикующие врачи, повивальные бабки и дантисты. Собственная медицинская часть в большинстве российских городов до конца XIX в. отсутствовала. Законодатель симметрично определял обязанности земств и городских самоуправлений в организации врачебной и санитарной части. Но эти мероприятия не нормировались, они проводились по мере возможностей (см. 3.1).

Причины слабого развития городской медицины были различны. Недостаточность городских средств малых городов – а к таковым относились многие уездные центры Верхней Волги – не позволяла выделять средства на медицину. Гласные дум принадлежали к состоятельной части горожан, которые пользовались услугами вольнопрактикующих врачей, и нужды основной массы населения не принимали особенно близко к сердцу. Одна из причин крылась в несовершенстве законодательства. Закон нечетко разделял компетенции земских и городских самоуправлений. Не были пересмотрены некоторые нормативные документы, принятые в течение первой половины XIX в., они не соответствовали новой правовой базе и новым реалиям. В частности, города продолжали делать отчисления, которые частично покрывали содержание земских больниц (бывших учреждений приказов общественного призрения), а городовые врачи – работать в земских больницах.

На этой почве постоянно возникали споры между городом и земством, которые разрешались в Сенате. Сенат, как правило, решал их в пользу земства. До принятия Устава врачебного 1892 г. МВД обязывало врачей исполнять все обязанности, возложенных на них Уставом 1857 г. (ст. 82), в том числе в городских больницах, вне зависимости от источника их содержания[1].

Вносила путаницу существовавшая система налогообложения и сборов на общественное управление. Поскольку города собирали земские подати, городские думы часто исходили из того, что земские программы должны распространяться и на горожан без какой-либо дополнительной компенсации из городской казны[2] и, где это было возможно, возлагали расходы на здравоохранение на земства. Городское самоуправление считало, что может не заниматься организацией собственного больничного хозяйства: закон не обязывал города иметь свою больницу, а к услугам населения имелись земские больницы и амбулатории.

Слабая организация медицинской помощи городскому населению беспокоила врачебную общественность. Этот вопрос рассматривался на II съезде Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова в 1887 г. На V Пироговском съезде (1894) с докладом о состоянии городской медицины выступил Д.Н. Жбанков, заведовавший в тот период санитарным бюро Смоленской губернии. Основные положения его доклада сводились к следующему:

– большинство городов Европейской России либо не принимают никаких мер, либо ассигнуют ничтожные суммы для организации постоянной коечной и амбулаторной помощи;

– помощь городских властей в организации санитарной части и в борьбе с эпидемиями незначительна;

– вследствие невнимания городов к проблемам здравоохранения земские больницы в большей степени служат нуждам городского населения[3].

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 388. Л. 7–7об.

[2] См.: *Лаптева Л.Е.* Принципы организации местного самоуправления в Российской империи. С. 96-127.

[3] *Чертов А.А.* Указ. соч. С. III.

По поручению съезда правление Общества русских врачей собрало сведения об организации врачебной и санитарной части в 32 губернских, 195 уездных и 88 безуездных городах России (включая города Верхней Волги, кроме Иваново-Вознесенска и Костромы). Обобщив опыт городов, IX Пироговский съезд (1904) принял «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах»[1].

Согласно «Основным началам», городские самоуправления должны были обеспечить общедоступную бесплатную больничную и амбулаторную помощь, помощь на дому и акушерскую. В полную городскую врачебно-санитарную организацию предлагалось включать больницу, амбулаторию и санитарных врачей, участковые санитарные попечительства, санитарный совет и бюро, химико-бактериологическую станцию и дезинфекционную лабораторию. Городам, не обладающим средствами для самостоятельного устройства врачебно-санитарного дела, рекомендовалось входить в соглашение с уездными и губернскими земствами.

Документ определил направление развития городской медицины. Но создать организацию соответственно предложенной схеме оказалось по силам лишь немногим городам. Так, помощь на дому в начале XX в. существовала только в 34 городах, станции скорой помощи – в 9 городах[2]. Расходы на врачебную часть (кроме Москвы, Петербурга и Одессы) составляли, в среднем, около 50 коп. на человека[3].

Врачебно-санитарная деятельность городских самоуправлений Верхней Волги принимала разнообразные организационные формы, различалась уровнем финансирования и, следовательно, уровнем развития медицинской помощи. Городские думы, как правило, ограничивались открытием амбулаторий и приглашением врачей. Врач на службе городского самоуправления назывался городским (или думским) в отличие от городового (правительственного) врача. Амбулаторная помощь развивалась медленно и не удовлетворяла растущие потребности.

---

[1] Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах. // Доклад Правления Общества русских врачей IX-му Всероссийскому съезду врачей. С. 76-82.

[2] *Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И.* Указ. соч. С.133.

[3] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 11.

Санитарный надзор в городах по закону находился в ведении комитета общественного здравия, осуществлялся городовым врачом, при котором состоял фельдшер-дезинфектор. Параллельно с конца XIX в. надзор проводили городские врачи – там, где они имелись. Должности санитарных врачей города вводили крайне неохотно. Ярославская городская дума, например, приняла такое решение только в 1899 г., пригласив на должность санитарного врача А.В. Лихачева, который одновременно работал в военном лазарете, городском приюте и сиротском доме[1].

Расходы на организацию санитарного надзора в городах были незначительны: в 1895 г. Тверь затратила на эти цели 5 639 руб. (в том числе 4 320 руб. из земских средств), расходы Владимира – 2 500 руб. – целиком компенсированы земствами, Кострома ассигновала 600 руб. Расходы относительно богатого Иваново-Вознесенска составили 2 312 руб., незначительные суммы (100 – 400 руб.) внесли некоторые уездные города: Ростов, Углич, Романов-Борисоглебск, Молога, Мышкин, Рыбинск и Нерехта. Остальные города санитарный надзор не финансировали[2].

Постоянных коллегиальных санитарных учреждений городские самоуправления не имели (исключение: бездействующий санитарный совет в г. Корчева Тверской губернии), лишь проводили совещания по частным санитарным вопросам с участием городской управы, полиции и врачей. Во время эпидемий создавались санитарно-исполнительные комиссии, выбирались санитарные попечители. Начиная с 1870-х гг., издавались обязательные санитарные постановления, касающиеся санитарного состояния городов, фабричных и ремесленных заведений, охраны источников питьевой воды, обеспечения качества продовольствия, мер предупреждения и прекращения эпидемий (холерных) и др.

Частые эпидемии заставляли городские самоуправления заботиться о санитарном состоянии населенных пунктов. В конце XIX в. города приступили к сооружению водопровода. В 1890-е гг. водопроводы, во многих случаях без очистных

---

[1] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 993. Л. 2, 24.

[2] Отчет Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел. Санитарное состояние городов в 1895 году. С. 339.

сооружений, действовали во всех губернских городах Верхней Волги и в некоторых уездных (Александрове, Коврове, Муроме, Переславле, Ростове, Рыбинске, Шуе[1]), но обеспечивали только городские центры. Жители рабочих районов продолжали пользоваться речной и колодезной водой. Канализации российская провинция не знала.

В крупных городах проводились работы по благоустройству: расчищались городские водоемы, обустраивались скверы, ремонтировались дороги, мостились и асфальтировались центральные улицы. На центральных улицах Владимира и Костромы – в конце XIX в., Ярославля, Рыбинска и Ростова – в начале XX в. появилось электрическое освещение, окраины освещались керосиновыми фонарями.

Профилактика заболеваний занимала незначительное место. Силами наличного медицинского персонала проводились оспопрививание и вакцинация против дифтерии, скарлатины, холеры, как правило, без контроля.

Проведение профилактических мероприятий, которые напрямую затрагивали интересы домовладельцев, лавочников и других собственников, наталкивалось на сопротивление консервативных элементов городских дум. «Оздоровление городов всегда стояло у наших муниципалов на заднем плане»[2], – отмечал Канель.

В начале XX в. под влиянием земской медицины продвинулась организация санитарного дела в городах. Этого требовала и ухудшившаяся с развитием промышленности и ростом городов санитарная обстановка, о чем свидетельствовала высокая смертность городского населения. В 1907 г. горожане составляли 13% населения страны, среди умерших – 26,8%[3].

Во Владимире, Твери, Шуе, Иваново-Вознесенске, были созданы постоянные санитарные (врачебно-санитарные) комиссии, в Костроме – санитарно-техническая комиссия. Костромская городская дума заключила соглашение с губернским и уездным земствами о совместной противоэпидемической деятельности. Однако на практике далеко не всегда удавалось достичь взаимопонимания. Так, в 1901 г. дума

---

[1] Краткий очерк санитарного состояния городов России в 1892 году. Приложение к отчету Медицинского Департамента за 1892 год. С.10-12, 30, 69, 80, 82.

[2] *Канель В.Я.* Указ. соч. С. 226.

[3] Труды V съезда земских врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 11.

разрешила костромскому уездному земству строительство больницы, но не дала согласия на устройство заразного барака[1]. В губернских городах и Иваново-Вознесенске были созданы должности санитарных врачей. Их обязанности заключались, главным образом, в борьбе с эпидемиями, санитарном осмотре промышленных заведений, школьном надзоре и оспопрививании учащихся. Разработка вопросов санитарного благоустройства не проводилась.

В Ярославле постоянная санитарная комиссия, участковые инспектора и попечители появились в 1901 г. В состав комиссии, избранной на 4 года под председательством городского головы, вошли санитарный врач, 6 гласных думы, включая врача А.В. Энгельгардта, и фабричный врач Ярославской Большой Мануфактуры. Перед комиссией были поставлены задачи разработки и проведения мероприятий по улучшению санитарного состояния города, противоэпидемическая работа, сбор санитарно-статистических сведений и т.п.[2] Судьба этой комиссии неизвестна, но к 1913 г. Ярославль оставался одним из немногих губернских городов, наряду с Екатеринбургом и Калугой, где отсутствовала постоянная санитарная организация[3]. Санитарные врачи Ярославля являлись одновременно лечащими врачами амбулаторий, поэтому санитарной работе не могли уделять должного внимания.

По затратам на санитарные мероприятия (0,5 коп. на одного жителя в 1912 г.) Ярославль находился на одном из последних мест среди крупных городов России (для сравнения: в Москве на одного жителя приходилось 8,96 руб., в Петербурге – 6,01 руб.[4]). Второй по величине город губернии Рыбинск, обладавший значительными средствами, не нес никаких расходов даже во время вспышки холеры в 1910 г.[5] VI съезд земских врачей и представителей земств Ярославской губернии (1914) пришел к выводу, что в городах губернии «санитарной медицины, как таковой, не существует»[6].

---

[1] ГАКО. Ф. 207. Оп. 3. Д. 29. Л. 1-5.
[2] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 992. Л. 20-22, 25, 67об.-68.
[3] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. С. 444.
[4] Там же. С. 463, 477.
[5] РбФ ГАЯО. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1616. Л. 38об.
[6] Труды VI съезда земских врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 4. С. 4.

В малых городах региона санитарная и противоэпидемическая работа по-прежнему целиком лежала на плечах земств.

Стационарную и амбулаторную помощь горожанам, в основном, предоставляли земские больницы, тем самым ограничивая возможности лечения сельского населения. Лечение оплачивалось либо городом, либо самими больными, а иногда и земствами. Бесплатный амбулаторный прием, кроме того, вели правительственные врачи – городовые или уездные (в Меленках, Переславле, Галиче, Киржаче, Любиме, Мышкине, Ростове), правительственные акушерки оказывали бесплатное родовспоможение. К акушерской помощи в городах (платной и бесплатной) прибегали 10–12% рожениц[1]. Лекарствами горожан снабжали вольные аптеки.

Доля расходов на здравоохранение в большинстве городских бюджетов составляла 1–3%[2]. В Ярославской губернии Любим, например, расходовал на медицину лишь 65 руб. в год – на содержание 13 кроватей для горожан в уездной земской больнице; Романов-Борисоглебск не нес никаких расходов на врачебную помощь. Примечательно, что Ростов и Углич – относительно крупные уездные центры Ярославской губернии, располагавшие довольно значительными средствами, проявляли наименьшую активность в развитии здравоохранения[3].

Небогатые уездные города не имели возможности создавать собственную лечебную базу. Поэтому XIII съезд тверских врачей (1898) рекомендовал малым городам губернии входить в состав земской медицинской организации[4].

Некоторые города выделялись из общего ряда. В Кинешме в доме, пожертвованном местным купцом, в 1889 г. на средства города открылся родильный приют, там же расположилась амбулатория[5]. В Шуе с 1844 г. работала частная Киселевская больница (см. 2.2), город открыл приемный покой, и доплачивал городовому врачу за пользование больных, оказывалась помощь на дому. Лекарства всем выдавались

---

[1] *Каневский Л.О. и др.* Указ. соч. С. 134.
[2] Тринадцатый губернский съезд врачей тверского земства 20-28 августа 1898 года. С. 131; *Новиков П.* О городской медицине в Ярославской губернии в 1911 – 1913 году. Ярославль, 1914. С. 10.
[3] Труды Vсъезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 18-19.
[4] Тринадцатый губернский съезд врачей тверского земства 20-28 августа 1898 года. С. 41.
[5] *Чертов А.А.* Указ. соч. С. 64-65.

за счет города[1]. В Мологе на городские средства в 1881 г. была открыта бесплатная амбулатория (1 599 посещений в 1897 г.), для работы в амбулатории приглашен врач и фельдшерица-акушерка. Бедным оказывалась бесплатная помощь на дому: в 1897 г. зарегистрировано 1240 визитов к 236 больным. Для ухода за больными в домашних условиях содержались две сиделки на постоянном жаловании. Городской и правительственной акушеркам город выдавал по 1 руб. (сверх жалованья) за каждые принятые роды. Вольная аптека бесплатно отпускала лекарства неимущим – за счет города. Ассигнования города на медицинские нужды составили 3 792 руб., или 9% общих расходов, значительно выше средних показателей[2]. Открылись амбулатории или приемные покои на 1–2 койки в Макарьеве, Нерехте, Торжке, были приглашены врачи, фельдшера и акушерки, обычно совмещавшие коронную или частную службу с городской.

Городские больницы (в ведении городских самоуправлений) в последней трети XIX в. работали в двух губернских центрах – Костроме и Твери, кроме того, в уездном Рыбинске, безуездных городах Плесе и Иваново-Вознесенске.

Наиболее успешно развивалось медицинское обслуживание в Иваново-Вознесенске Шуйского уезда. В Шуйском уезде во второй половине XIX в. сложился крупный промышленный комплекс. Центром текстильного края стал Иваново-Вознесенск, образованный постановлением Комитета Министров в 1871 г. путем слияния с. Иваново, «русского Манчестера», бывшей крепостной вотчины гр. Шереметевых, и расположенного рядом Вознесенского посада. Иваново-Вознесенск быстро рос. Согласно переписи 1897 г., в городе проживало 53 949 человек[3]. К 1913 г. Иваново-Вознесенск с населением 167 726 человек[4] стал самым крупным городом Верхневолжского региона.

Город крайне нуждался в лечебном учреждении. Медицинская помощь рабочим предоставлялась в специальном лечебном учреждении (см. 3.6), остальное

---

[1] Там же. С. 13-14.
[2] Там же. С. 267-268.
[3] Население // Россия: Энциклопедический словарь. СПб.: Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефрон, 1898. Репринтное издание. Л.: Лениздат, 1991. С.119.
[4] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. С. 95.

население могло рассчитывать только на земскую больницу и бесплатный совет городового врача.

За устройство медицинской части города энергично принялся городской врач П.А. Алявдин. В 1887 г. городская дума по его ходатайству решила «в виде опыта» открыть приемный покой на 2 койки с фельдшером, в 1888 г. количество коек увеличилось до 4-х. С января 1889 г. при приемном покое начала работать амбулатория. Больных обслуживал П.А. Алявдин и фельдшер. Число желающих получить медицинскую помощь, к тому же бесплатную, быстро росло: в 1887 г. в приемном покое пролечилось 4 стационарных больных, в 1889 г. – 161, в амбулатории было зарегистрировано 2 756 посещений в 1889 г. и 4 825 – в 1891 г.[1] Амбулатория, расположенная на территории бывшего села Иваново, работавшая с большим напряжением, не могла обслуживать жителей другой части города, территории бывшего посада. В 1906 г. была открыта вторая амбулатория. Ежегодно в амбулаторию обращались 6–7 тыс. больных (13–16 тыс. посещений)[2].

Приемный покой расширили до 10 коек, он получил статус лечебницы и соответствующие штаты медицинского (врач, фельдшер) и обслуживающего персонала. Лечебница, предназначенная для горожан, принимала инфекционных больных при отсутствии мест в других больницах безотносительно к месту их жительства и роду занятий.

С ростом городского населения потребность в городской больнице становилась все более очевидной. П.А. Алявдин настойчиво добивался от городских властей решения этого вопроса. Решение приняли в 1894 г. Строительство финансировал город и местные благотворители (супруга фабриканта М.А. Гарелина и др.). В 1897 г. больница на 20 коек была открыта[3]. Лечение терапевтических, хирургических и инфекционных больных обеспечивали врач, фельдшер и фельдшерица. Больница не была образцовым лечебным заведением ни по состоянию материальной базы, ни по уровню организации медицинской помощи[4].

---

[1] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 2607. Л. 2-2об.
[2] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 30-31.
[3] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 2733. Л. 13-17, 74, 118.
[4] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 29.

Городская дума, опять-таки по ходатайству П.А. Алявдина, обратилась к горожанам с предложением о пожертвовании средств на учреждение родильного приюта. Деньги по подписному листу собрали, и в 1901 г. город получил родильный приют на 6 коек (с 1902 г. – 16 коек). В приюте работали две акушерки, при трудных родах приглашали врача[1].

Иваново-Вознесенск в деле организации медицинской помощи населению во многом обязан благотворительности. Среди крупных благотворителей почетное место занимают Я.П. Гарелин, И.Н. Гарелин, М.А Гарелина, Д.Г. Бурылин, супруги Н.Г. и Н.Х. Бурылины[2].

В 1883 г. владелец Покровской мануфактуры Л.П. Грязнов и его супруга Е.П. Грязнова учредили родильный приют, который бесплатно принимал до 455 рожениц в год. Приют закрыли в 1890 г. по причине большого процента послеродовых осложнений. Дело Е.П. Грязновой продолжила М.А. Гарелина: открыла родильный дом в том же 1890 г. В 1912 г. для заведения выстроили двухэтажное здание, где разместились две родильные комнаты, операционная и палаты, всего на 43 места. Организация родовспоможения в Иваново-Вознесенске получила высокую оценку на Всероссийской гигиенической выставке (1913): городское общественное управление было награждено большой золотой медалью[3].

М.А. Гарелина содержала больницу для хроников и неизлечимых больных на 50 коек (с 1911 г. – на 60 коек). Возглавляемое ею Иваново-Вознесенское благотворительное общество в 1907 г. устроило бесплатную молочную кухню для детей из бедных семей – подобные учреждения были редкостью в России[4].

В 1910 г. открылась новая больница на 70 коек (с 1911 г. – 95 коек), построенная супругами Н.Г. и Н.Х. Бурылиными и переданная городу. Больница получила название Куваевской – так, по воле учредителей, была увековечена память родителей Н.Х Бурылиной, Х.И. и Е.О. Куваевых. Больничный комплекс включал глав-

---

[1] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 3866. Л. 19.
[2] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 32.
[3] Там же. С. 34.
[4] Там же.

ный двухэтажный корпус (с отоплением, водопроводом, канализацией, вентиляцией, электрическим освещением), двухэтажный дом для медицинского персонала, часовню (покойницкую), технические службы (кухню, прачечную, дезинфекционную камеру и др.). В больнице имелись терапевтическое, хирургическое, отделение уха, горла, носа, гинекологическое, глазное и амбулатория. Стоимость строительства и оборудования больницы, оплаченная Бурылиными, составила 326 тыс. руб. Учредители, кроме того, пожертвовали капитал в 300 тыс. руб. На содержание больницы шли проценты с капитала – 12 тыс. руб. в год. Половину расходов, которые не покрывались процентами с этого капитала, Бурылины также взяли на себя[1].

Согласно уставу, больница предназначалась для бесплатного стационарного и амбулаторного лечения «всякого звания и возраста жителей города Иваново-Вознесенска и его предместий», при наличии свободных мест в больницу могли быть помещены и жители других населенных пунктов губернии. Больничная аптека (без права вольной продажи) бесплатно снабжала больных лекарствами. Устав предусматривал возможность платного лечения зажиточных пациентов. Управление в соответствии с законом поручалось совету больницы, в его состав пожизненно входили попечители Н.Г. и Н.Х. Бурылины. Контроль расходов и ответственность за целевое использование капитала больницы возлагались на городскую думу[2].

О качестве медицинского обслуживания в этом учреждении говорила запись в акте ревизионной комиссии: «Куваевская больница содержится образцово, все равно, как клиника в Москве»[3]. Благодарные земляки за многолетнюю деятельность в пользу города и усилия по развитию отечественной промышленности избрали Н.Г. Бурылина почетным гражданином Иваново-Вознесенска.

К 1914 г. город имел около 650 больничных коек, 28 врачей, 34 амбулатории (26 из них фабричные). На медицинские нужды различные ведомства и частные лица расходовали не менее 450 тыс. руб. в год[4].

---

[1] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 4284. Л. 39, 86.
[2] Там же. Л. 87-89.
[3] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 35.
[4] Там же. С. 32.

Резкий контраст в сравнении с безуездным Иваново-Вознесенском представлял губернский Владимир. В 1887 г. город открыл амбулаторию с врачом и двумя фельдшерами, с бесплатной выдачей лекарств. Стационарное лечение горожан обеспечивала земская больница. Родовспоможение оказывали две правительственные акушерки, которым город платил квартирные деньги (72 руб. в год). В начале XX в. город построил холерный барак на 10 коек с дезинфекционной камерой. Собственную больницу горожане не получили[1].

Костромская городская больница, основанная в 1879 г., располагала 35 койками, амбулаторией и заразным бараком на 45 коек. Весь медицинский персонал состоял из врача, двух фельдшеров, фельдшерицы-акушерки и сестры милосердия. Горожане лечились и в земских больницах – уездной и губернской (город лечение не оплачивал). Помимо общественных лечебных заведений, в городе работали фабричные больницы и амбулатории, ведомственные больницы и амбулатории[2].

В Плесе (Нерехтский уезд) больницу выстроил и в 1899 г. передал городу потомственный почетный гражданин Г.К. Горбунов. В больнице работали городовой врач (по совместительству), фельдшер и акушерка.

В Твери городская (Аваевская) больница на 27 коек с амбулаторией была основана в 1874 г. почетным гражданином В.П. Аваевым для бесплатного лечения неимущих. Она содержалась на проценты с капитала, пожертвованного учредителем, три койки оплачивались купцом Вагиным. Медицинский персонал включал двух врачей, фельдшера и фельдшерского ученика[3]. Городской врач и акушерка оказывали бесплатную помощь бедных на дому.

С 1905 г. городская дума стала заниматься организаций медицинской помощи населению. Открылись две бесплатные амбулатории, постоянный заразный барак на 12 коек (во время эпидемий открывались временные бараки), несколько увеличилась коечная мощность городской больницы (до 32 коек), родильный

---

[1] *Чертов А.А.* Указ. соч. С. 8-9; *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. С. 337.
[2] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. С. 234-235.
[3] *Потемкин П.С.* Указ. соч. С. 1-7; *Чертов А.А.* Указ. соч. С. 217-218.

приют (12–15 коек) и приют для неизлечимых больных (15 коек) – на пожертвования. На городской службе находились 4 врача. Кроме городских лечебных учреждений и земской больницы, в Твери работали фабричные больницы, частная лечебница врачей-акушеров и гинекологов на 15 коек с амбулаторным приемом. Были открыты благотворительные учреждения: лечебница Общины сестер милосердия на 20 коек и глазная лечебница Ведомства Императрицы Марии (6 коек) с амбулаторным приемом[1]. С 1876 г. действовала детская больница на 10 коек, построенная кн. Мещерской.

Больница Рыбинского городского общества на 30 коек открылась на базе судорабочей больницы Главного Управления путей сообщения (см. 2.3), которая еще в 1840 г. по предложению губернатора была передана в ведение и содержание города. Обе больницы Рыбинска – уездная приказа общественного призрения и судорабочая – находились по общим управлением до передачи уездной больницы земству в мае 1866 г. В 1875 г. судорабочую больницу перевели в новое здание. Преимущественное право на госпитализацию в городскую больницу предоставлялось местным жителям и судорабочим. Плата за лечение взималась по расчету МВД: за первые 10 дней – 3 руб., за 20 дней – 5 руб. 10 коп., за месяц – 7 руб. 20 коп. Бедные горожане лечились бесплатно. Штаты учреждения включали врача и двух фельдшеров, город избирал попечителя. Решением Медицинского департамента врачу и фельдшерам предоставлялись права государственной службы (без права на государственную пенсию)[2]. Финансирование больницы осуществлялось из различных источников: городской казны, платы за лечение, процентов с капитала, пожертвованного купчихой Щербаковой и др. Больница вела амбулаторный прием с бесплатной выдачей лекарств бедным.

К 1910 г. рыбинская городская больница увеличила коечную мощность до 45 мест (при необходимости – 100 коек), оборудовала дезинфекционную камеру. Содержание больницы обходилось в 23 568 руб. в год. Стоимость лечения возросла

---

[1] *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. с. 292-293.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1788. Л. 10-14, 27.

до 10 руб. в месяц. В 1913 г. коечное лечение получили 953 человека (16 726 человеко-дней), амбулаторное лечение – 11 630 больных (18 063 посещения)[1].

Обеспеченность горожан амбулаторной помощью была очень низка, ею пользовались всего 214 человек на 1 000 жителей Рыбинска (для сравнения: в Мологе – 1039 на 1 000 жителей). Хирургическая деятельность больницы получила слабое развитие, количество операций имело тенденцию к снижению. Так, в 1911 г. врачи провели 71 хирургическое вмешательство, в 1912 г. – 45 и в 1913 г. – 34[2].

Рыбинск содержал ветеринарного фельдшера, двух оспопрививателей и оплачивал квартиру двум повивальным бабкам[3]. Под административным давлением Хозяйственного департамента МВД и ярославского губернатора городская дума наняла два дома для уездной земской больницы[4]. В пригородной зоне располагалась больница Рыбинского Биржевого комитета.

Ярославль длительное время не имел в своем ведении никаких лечебных учреждений. Население города получало госпитальную помощь в губернской земской больнице, за это дума ежегодно платила больнице 4 тыс. руб. С больных, за исключением сифилитических, взыскивалась плата. Бесплатную амбулаторную помощь горожанам оказывала земская больница и лечебница Общества ярославских врачей. Бесплатную акушерскую помощь оказывали две правительственные акушерки и родильное отделение лечебницы Общества врачей. Помощь на дому была платной. Всего в 1890-е гг. в губернском центре работали 22 врача, включая частнопрактикующих, 18 фельдшеров и 25 акушерок.

Лечебница Общества ярославских врачей занимала особое место в системе здравоохранения Ярославской губернии. Идея создания бесплатной лечебницы для бедных зародилась в конце 1850-х гг. «…Искренне и горячо стремилось все лучшее общество к единодушному согласию, чтобы … создать возможно лучшее положение для крестьянского сословия…Желанием чем-либо способствовать бедному классу людей и крестьянам в особенности» ярославские врачи «остановились на

---

[1] *Новиков П.* Указ. соч. С. 3
[2] Там же. С. 7-8.
[3] РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 828. Л. 41.
[4] Там же. Л. 9-10, 14.

мысли об учреждении такого лечебного заведения, где врачебная помощь могла бы быть доступна каждому из бедных жителей»[1], – вспоминал впоследствии один из учредителей Н.В. Пирожков. Подобный опыт в России уже имелся: лечебница для приходящих больных Петербурге при Максимилиановской больнице.

Ярославцы встретили эту идею с сочувствием, ее активно поддержал губернатор кн. А.В. Оболенский. «Желаю и нахожу необходимым осуществить это полезное учреждение», – писал Оболенский в представлении в МВД. Проект устава лечебницы, составленный врачом уездным врачом А.И. Тороповым, определял ее статус как частного медико-филантропического учреждения, состоящего в ведении врачей-членов Общества[2]. Устав предусматривал коллегиальный принцип руководства лечебницей и Обществом. На посту выборного распорядителя последовательно сменяли друг друга А.И. Торопов, Н.В. Пирожков, Н.А. Никольский, Н.С. Георгиевский, А.А. Голосов и др. Торжественное открытие Волжской лечебницы состоялось 17 марта 1861 г., менее, чем через месяц после освобождения крестьян. Важность этого события отметили не только «Ярославские губернские ведомости», но и журнал «Современник»[3].

Волжская лечебница включала амбулаторию для приходящих больных и небольшое родильное отделение, чтобы оказывать помощь «в особенности всем бесприютным, состоящим вне брака женщинам». Медицинская помощь, соблюдение анонимности, возможность направления младенцев в воспитательный дом были особенно важны в условиях негативного отношения общества к «зазорным» детям.

За первый год работы лечебница приняла 3 449 пациентов (4 196 посещений), почти половину из них составляли крестьяне[4]. В дальнейшем число приходящих больных возрастало, в основном, за счет жителей близлежащих деревень. За период

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1880. № 95-96. С. 32–33.
[2] См.: Устав Лечебницы для приходящих больных, устроенной Обществом врачей. 1862.
[3] Современник. 1861. № 6. С. 399-402.
[4] Памятная книжка Ярославской губернии на 1862 год. С. 391.

1861 – 1911 гг. амбулаторную помощь получили 287 тыс. человек[1]. Особенно примечательно, что в лечебницу обращались сифилитические больные (до 7% больных), обычно избегавшие врача.

Родильное отделение первоначально располагало только 6 койками, к 1900 г. имело уже 26 коек. В первые десятилетия число рожениц было незначительным и росло довольно медленно: 76 в 1861 г., 151 – в 1871 г., 236 – в 1881 г. В начале XX в. этот показатель резко пошел в гору: в 1900 г. – 1 029 рожениц, в 1910 г. – 2 189[2]. За период 1861 – 1911 гг. было принято почти 30 500 родов[3]. Родильное отделение, как и задумывали его основатели, в первую очередь, оказывало помощь сельскому населению. Так, из 2 189 рожениц, поступивших в отделение в 1910 г., 1 637 – крестьянки[4]. В отделении проводились акушерские операции. В 1903 г., в частности, было произведено 150 оперативных вмешательств[5].

Неофициальный статус Волжской лечебницы, возможность получить бесплатную помощь амбулаторно, не отрываясь от привычной среды, не теряя заработка, сделали это заведение привлекательным для бедного населения. Принцип бесплатности сохранялся даже в условиях серьезных финансовых трудностей. Исключение составляли добровольные пожертвования пациентов – «кружечный сбор». Врачи работали на безвозмездной основе. Безденежно совершал требы в течение 30 лет со дня основания лечебницы священник о. Михаил Белороссов.

Лечебница первое время существовала только на благотворительные средства[6]. Сбор пожертвований входил в обязанности избираемого городом попечителя. Прочное материальное основание существованию лечебницы положили капиталы, завещанные членами Общества Э.Ф. Недзвецким (30 тыс. руб.) и Г.Ф. Коломийцевым (12 400 руб.). Врачи Н.В. Голосов, Г.Ф. Коломийцев, И.Ф. Кривошеин, Э.Ф. Недзвецкий, Н.В. Пирожков, А.И. Торопов передали лечебнице средства, вырученные за публичные лекции, прочитанные в 1862 и 1872 гг. (1100 руб.).

---

[1] *Голосов А.А.* Указ. соч. С. 21.
[2] Там же. С. 66.
[3] Там же. С. 21.
[4] Там же. С. 63.
[5] Общество Ярославских врачей. Протоколы заседаний за 1904 год. Ярославль, 1905. С. 146.
[6] Вестник Ярославского земства. 1879. № 81-82. Отд. 3. С. 11.

Владельцы ярославских аптек К.Б. Бишоф, А.К. Шнейдер и Л.Б. Цаулих по очереди отпускали лечебнице лекарства с 15% скидкой[1].

С учреждением органов самоуправления в судьбе лечебницы стали принимать участие уездное и губернское земства. Первоначально отчисления в сумме составляли 1500 руб., затем увеличились до 3 тыс. руб. в год. С 1905 г. и город стал ежегодно вносить в кассу лечебницы 1 тыс. руб. В 1911 г., по случаю 50-летнего юбилея лечебницы, органы самоуправления увеличили отчисления в общей сумме до 7 тыс. руб.: город и губерния перечисляли по 2,5 тыс. руб., уезд – 2 тыс. руб.[2]

Солидную поддержку лечебнице оказывали представители торгово-промышленных кругов, известные своей филантропической деятельностью. В 1887 г., к примеру, список крупных жертвователей включал 25 имен: торговые дома Соболевых, Пастуховых, Вахромеевых, Понизовкина, Огняновых, Оловянишникова, Дунаева, Кузнецовых и др. Значительные средства регулярно вносил городской голова И.А. Вахромеев. П.И. Кузнецов, выполнявший обязанности попечителя лечебницы в течение 30 лет, и его преемники брали на себя покрытие дефицита бюджета (до 3 тыс. руб. и более). Вносили средства Ярославская Большая и Норская мануфактуры, общество Красного Креста и др.[3] Число благотворителей и объемы пожертвований с годами увеличивались. Это свидетельствовало о возрастающем сочувствии в обществе к делу милосердия и признании результатов работы врачей.

В 1896 г. Н.П. Пастухов на свои средства построил новое здание, где расположились амбулатория и аптека лечебницы, и пожертвовал капитал 12 тыс. руб. на содержание дома. За счет этого появилась возможность расширить родильное отделение, на нужды которого его супруга внесла 25 тыс. руб.[4] За заслуги в деле благотворительности Н.П. Пастухов был избран почетным попечителем. Его сын Л.Н. Пастухов, попечитель и казначей лечебницы, ежегодно вносил 1–2 тыс. руб. В 1904 г. было собрано пожертвований на сумму 8 852 руб., капитал Общества вырос до

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1886. № 166-167-168. Отд. 3. С. 26-27; *Голосов А.А.* Указ. соч. С. 11;

[2] Вестник Ярославского земства. 1876. № 47. Отд. 3. С. 4.; *Голосов А.А.* Указ. соч. С. 11.

[3] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1898 г. и отчеты по лечебнице Общества врачей за 1897 год. Ярославль, 1899. С. 38; Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1900 и 1901 годы. Ярославль, 1901. С. 118; Вестник Ярославского земства. 1879. № 81-82. Отд. 3. С. 11-12.

[4] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1898 г. … С. 38.

101 699 руб.[1] Частные пожертвования, средства, полученные от проведения благотворительных акций, сбор по подписному листу и в дальнейшем были основными источниками финансирования. Оказывалась не только денежная помощь: жертвователи присылали оборудование, мебель, перевязочный материал и др.

С 1905 г. в организации медицинской помощи населению Ярославля происходили заметные сдвиги. Для городской бедноты были открыты три амбулатории с бесплатным лекарственным обеспечением: одна – в центре города, две – на городских окраинах[2]. Амбулатория, расположенная в заволжской части, обслуживала также соседние селения Ярославского уезда, расходы город и уезд делили пополам. Общий расход на содержание амбулаторий составил в 1911 г. 14 514 руб. 55 коп.[3] В каждой амбулатории работал врач и две фельдшерицы. Приемные часы не устанавливались: врач работал до тех пор, пока не примет всех больных.

Амбулаторное лечение набирало популярность. В 1910 г. эти учреждения посетили 46 320 больных, в 1911 г. было зарегистрировано 54 807 обращений за амбулаторной помощью, а в 1913 г. – уже 79 428[4]. В амбулаториях проводилось оспопрививание, оказывалась акушерская помощь, лечились холерные больные. Значительный контингент больных составляли дети.

Город крайне нуждался в детской больнице. И вновь на помощь пришла благотворительность. В 1906 г. Е.Г. Оловянишникова пожертвовала участок земли с одноэтажным каменным домом, который город приспособил под инфекционную (скарлатинозную) больницу на 10 кроватей[5]. Больница открылась 1 октября 1907 г. В ее организации деятельное участие принимал специалист по детским болезням А.В. Лихачев. Он же заведовал больницей до 1 ноября в 1908 г., когда открылось терапевтическое отделение на 27 кроватей, и общее руководство было передано особому попечительству[6]. Двухэтажное здание для терапевтического отделения

---

[1] Общество Ярославских врачей. Протоколы заседаний за 1904 год. С. 141.
[2] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 2984. Л. 65.
[3] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3016. Л. 2.
[4] *Новиков П.* Указ. соч. С. 2.
[5] См.: ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 2994. Л. 1-11.
[6] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 2984. Л. 98.

построили на пожертвования частных лиц, Норской мануфактуры и местного отделения Красного Креста. В дальнейшем детская больница расширилась до 45 коек.

В начале XX в. ярославская городская управа нанимала пять врачей. На них возлагались обязанности участковых санитарных и амбулаторных врачей, оказание бедным помощи на дому. С.Д. Крылову, врачу детской больницы, поручался надзор над школами и приютами.

Филантропическая организация Попечительство Императрицы Марии Александровны о слепых открыла глазную лечебницу, ее возглавил доктор медицины И.Н. Кацауров, до этого руководивший глазным отделением губернской земской больницы[1].

Организация лечебных учреждений актуализировала вопрос о лекарственном обеспечении. Своей аптеки у города не было. Владельцы крупных частных аптек Ярославля – Казанской, Власьевской, Стрелецкой, Вознесенской – наперебой предлагали свои услуги по обеспечению амбулаторий медикаментами со скидкой от 5 до 15%[2]. Совместное заседание городской управы с санитарно-амбулаторными врачами в 1908 г. отклонило предложения «ввиду безусловной выгодности приобретения медикаментов из первых рук» и приняло решение выписывать лекарства с фабрик и оптовых складов и устроить центральный склад[3]. В 1914 г. городская дума обсуждала вопрос об открытии аптеки, но с началом войны медикаменты стали дефицитными, цены на них взлетели, и дума от своих планов отказалась[4].

В ноябре 1909 г. на частные пожертвования при городском полицейском управлении открылся приемный покой с каретой скорой помощи для оказания помощи внезапно заболевшим или получившим травму на улице и в общественных местах. В исключительных случаях карета использовалась для перевозки тяжелобольных в лечебное учреждение. Заведовал приемным покоем городовой врач Н.И. Бибиков, по вызовам выезжал фельдшер, лошадей предоставляла пожарная часть[5].

---

[1] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 1242. Л.1.
[2] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 2984. Л. 2, 4, 146, 147.
[3] Там же. Л. 149–149об.
[4] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3029. Л. 3.
[5] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3000. Л. 5, 19об.

За первый год работы скорая помощь обслужила 183 вызова[1]. Услугами кареты пользовалось не только бедное, но и зажиточное население, поэтому, по предложению Бибикова, с июля 1910 г. была установлена плата за выезд по частному требованию от 2 руб. до 5 руб. Бедным и пострадавшим от несчастных случаев, а также по вызовам полиции помощь предоставлялась бесплатно, платные услуги при этом составляли меньшую часть. Так, в 1911 г. было 202 выезда, из них платных – 40 на сумму 107 руб.[2] В приемном покое городовой врач вел бесплатный прием хирургических больных с выдачей лекарств за счет города. В 1911 г. неотложную хирургическую помощь получили 1475 больных[3]. В 1913 г. город приобрел вторую карету – для перевозки инфекционных больных[4].

В 1904 – 1905 гг. земские и городские учреждения объединили свои усилия в оказании помощи больным и раненым участникам русско-японской войны. Ярославцы откликнулись на призыв Исполнительной Комиссии Российского Общества Красного Креста. По решению особого совещания граждан Ярославля был открыт временный лазарет на 40 коек. Оборудование лазарета оплатила городская дума, белье предоставило местное отделение Общества Красного Креста. Расходы по содержанию взяли на себя благотворители. За время работы лазарета (12.08.1904 – 1.01.1906 г.) в нем прошли лечение 197 больных и раненых. Лечением безвозмездно занимались врачи губернской земской больницы. Уход за больными был возложен на сестру милосердия и добровольцев[5].

Решение о реорганизации губернской земской больницы (см. 3.2) вызвало в городской думе резкую негативную реакцию. Ни город, ни уезд не приняли мер по созданию собственной госпитальной базы. Город подал жалобу на действия губернского земства в Сенат, ходатайствуя об отмене решения или об отсрочке его исполнения до 1916 г. и одновременно просил губернатора оказать давление на земство. Эти шаги не привели к желаемому результату. Городскую думу поставили

---

[1] Там же. Л. 19об.
[2] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3016. Л. 4.
[3] Там же.
[4] См. ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3042. Л. 19об.
[5] Ярославский Городской лазарет Красного Креста. Ярославль, 1906. С. 4-9.

перед фактом: нужно было решать вопрос обеспечения ярославцев госпитальной помощью. «Неизбежная необходимость вынудила надеть на себя ярмо, от которого мы так упорно открещивались»[1], – признавался один из думских гласных.

Губернское земство, чтобы дать городу возможность подготовиться, отложило закрытие отделений губернской больницы. В 1911 г. земская управа была вынуждена заключить с городским самоуправлением договор о продолжении лечения инфекционных больных в губернской больнице до 1 января 1913 г. Городу бесплатно передавались во временное пользование помещения, оборудование и – на возмездной основе – право пользоваться аптекой земской больницы, бактериологическим кабинетом, моргом и другими службами. Ходатайство города о продлении соглашения до 1914 г., мотивированное невозможностью организовать собственное больничное хозяйство в короткие сроки, губернское собрание отклонило[2].

Городские власти не сумели использовать отсрочку для обеспечения городского населения врачебной помощью. Губернатор возложил ответственность за создавшееся положение на городскую управу и предупредил, что в случае дальнейшего промедления он будет вынужден поставить вопрос о привлечении к ответственности должностных лиц городского управления[3].

В 1913 г. городская управа купила два здания для больницы, и кожно-сифилитическое и инфекционное отделения открылись. Платное коечное лечение в 1913 г. получили 2 248 жителей Ярославля. Терапевтическое отделение (на 60 мест) заработало в 1915 г. Таким образом, общая городская больница на 150 коек имела в своей структуре три отделения. В больнице работали пять врачей. Расходы на содержание больницы в 1915 г. составили 89 726 руб. 16 коп.[4]

Начало строительству собственных зданий городской больницы в Ярославле положило пожертвование Ю.Г. Голодухиной, вдовой купца К.Д. Голодухина, 500 тыс. руб. с целью увековечивания памяти ее мужа, его отца и братьев, крупных

---

[1] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3025. Л. 9об.
[2] См.: ГАЯО. Ф. 485. Оп. 2. Д. 1113. Л. 10-14; Ф. 509. Оп. 1. Д. 3025. Л. 4об.-8об.; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1913 г. Вып. 2-3. С. 33-38, 46-47.
[3] Врачебная газета. 1913. № 31. С. 1086.
[4] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3042. Л. 23об.

лесоторговцев. Согласно воле благотворительницы, 300 тыс. руб. предназначались на строительство, 200 тыс. составляли неприкосновенный капитал, проценты с которого должны были обеспечить содержание больницы. При этом Голодухина выдвинула ряд условий, в том числе выделение 20 кроватей для бесплатного лечения, присвоение названия «Городская больница им. бр. Голодухиных»[1].

Ярославская городская дума приняла дар, все условия дарительницы и образовала комиссию под председательством городского головы П.П. Щапова. В комиссию вошли члены городской управы и гласные думы, архитекторы, врачебный инспектор и представители медицинской общественности. Комиссия разработала план будущей больницы из трех отделений: терапевтического, инфекционного и венерического, определив стоимость оборудования одной койки в 2 000 руб.[2]

24 июля 1914 г. губернатор утвердил генеральный план и проекты терапевтического отделения и церкви. Сметная стоимость строительства составила 633 010 руб. 21 коп. Недостающие средства выделял город[3]. Строительство больничного комплекса было разделено на три этапа. Возведение первых двенадцати корпусов планировалось завершить не позднее конца 1916 г.

Первая мировая война и революционные потрясения внесли коррективы. Терапевтическое отделение приспособили под лазарет. По постановлению городской думы от 30 декабря 1915 г. строительство больничного комплекса было приостановлено[4] и завершилось уже в советский период.

С развитием сети лечебных учреждений Ярославля росли расходы на здравоохранение. В 1908 г. город выделил на медицинскую часть всего 20 254 руб. 60 коп.[5], в 1912 г. – 25 402 руб., а уже в 1913 г. расходы увеличились более, чем вдвое, до 56 000 руб. (6,6% городского бюджета)[6]. На городской службе в 1913 г. находились 10 врачей, 11 фельдшеров и 5 сестер милосердия.

---

[1] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3025. Л. 1-4.
[2] Там же. Л. 4-4об., 29-30.
[3] См.: ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3074.
[4] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3042. Л. 54-55.
[5] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 2984. Л. 104.
[6] *Новиков П.* Указ. соч. С. 2.

В крупных городах в конце XIX – начале XX в. интенсивно развивался сектор частных медицинских услуг. Частной практикой занимались многие врачи – вольнопрактикующие и служащие, акушерки, стоматологи. С развитием специализации в медицине появились частные высокодоходные лечебные заведения: терапевтические, глазные, гинекологические, акушерские, стоматологические, электро- и водолечебницы и др.

В Ярославле, например, течение первого десятилетия XX в. врачи организовали две лечебницы на паях для приходящих больных: Стрелецкую (плата 30 коп. за прием) и Власьевскую (плата 50 коп. за прием). Появились частные акушерские и гинекологические учреждения: женская лечебница повивальной бабки Егерман (16 коек), женская лечебница с родильным отделением повивальной бабки Голкиной, убежище повивальной бабки Белоруковой (2 койки), гинекологический кабинет женщины-врача Р.Д. Дамской. В 1907 г. заведующий гинекологическим отделением губернской больницы доктор медицины А.В. Энгельгардт открыл женскую лечебницу с родильным отделением на 10 мест. Массажно-гимнастические лечебницы содержали братья А.В. и В.В. Лихачевы на 4 койки (с физиотерапевтическими процедурами) и Протопопова (с амбулаторным врачебным приемом)[1].

Ширилась частная стоматологическая практика зубных врачей и дантистов[2]. В Ярославле врачами-стоматологами и дантистами только в течение 1912–1913 гг. было открыто 6 зубоврачебных и зуболечебных кабинетов[3].

В начале XX в. силами санитарных, городских и в некоторых случаях фабрично-заводских врачей был организован надзор за городскими школами. Эта работа велась формально: врачи, перегруженные многочисленными обязанностями, не могли уделять ей должного внимания, вопрос не был проработан теоретически.

---

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп.1. Д. 2402. Л. 8-11; 2660. Л. 210об.-211, 231-232об.

[2] Учено-практическое звание дантиста с 1891 г. присваивалось выпускникам частных зубоврачебных школ, подведомственных МВД, тогда как для получения звания зубного врача, помимо окончания курса зубоврачебной школы, требовалось сдать экзамены при университете или Петербургской Военно-медицинской академии.

[3] См.: ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 2716.

В большинстве городов Верхней Волги внимание к здравоохранению долгое время проявлялось лишь в выделении незначительных сумм на медицинскую помощь, которую оказывали земские больницы. Города уклонялись от создания собственного больничного хозяйства. Заметные сдвиги в создании собственной медицинской части в крупных городах произошли в начале XX в. В этот период бюджетные отчисления на нужды здравоохранения значительно возросли, достигая в некоторых случаях 20% и более общегородских расходов (см. Приложение 12).

Городская медицина складывалась под влиянием земско-медицинского дела: в постановке санитарной-профилактической и противоэпидемической работы, организации бесплатной амбулаторной помощи необеспеченным группам населения. Остались, однако, без внимания городских дум такие важные направления работы, как медицинская статистика, изучение санитарных условий городов.

Систему лечебной помощи населению, созданную городскими самоуправлениями Верхневолжского региона, дополняли земские, благотворительные, казенные лечебные учреждения и частная практика медицинских работников – за ней оставалось обширное поле деятельности.

3.6. ФАБРИЧНО-ЗАВОДСКАЯ МЕДИЦИНА

В самостоятельную отрасль фабрично-заводская медицина оформилась в 1860-х гг. под непосредственным воздействием рабочего движения. Главной вехой этого процесса стало утвержденное Александром II 28 августа 1866 г. мнение Комитета Министров о врачебной помощи рабочим на фабриках и заводах Московской губернии. Документ приняли в качестве временной меры в условиях угрозы холерной эпидемии. Он не стал постоянно действующим законом и не был кодифицирован. Этот документ обязывал владельцев промышленных предприятий, имеющих не менее 1 000 рабочих в месячный срок открыть больницы из расчета 1

кровать на 100 человек работающих[1]. Амбулатории и приемные покои для оказания неотложной помощи пострадавшим от несчастных случаев не предусматривались. Действия администрации по организации медицинской части не контролировались. Закон не исполнялся или извращался, санкции за его неисполнение отсутствовали. «Бюрократия всеми силами старалась забыть о законе 1866 года», – утверждал В.Я. Канель[2].

Постановка медицинского дела на промышленных предприятиях зависела от усмотрения хозяев. Существовало несколько форм организации помощи фабрично-заводским рабочим. Простейшая – периодические приемы медицинским персоналом, приезжавшим на фабрику. Если приглашали врача, как правило, уездного за дополнительную плату, то он на фабрике бывал 1–2 раза в месяц. Больницы и приемные покои (на 1–4 койки) устраивались одним или сообща несколькими предпринимателями. В приемных покоях оказывалась, главным образом, амбулаторная помощь при болезнях, которые не вели к утрате трудоспособности, в случае необходимости больного отправляли в земскую или городскую больницу.

Фабричные врачи находились в подчинении администрации. Как писал московский санитарный врач А.В. Погожев, «они третируются администрацией хуже низших служащих, лишены возможности делать полезные указания, играют двойственную роль по отношению к врачебному управлению и к ближайшим земским врачам и потому или становятся рабами крупных предпринимателей, или же превращают свои многотрудные и сложные обязанности в беззаботную синекуру, или же, наконец, вынуждены бывают бежать с насиженных мест, куда глаза глядят»[3]. Санитарный надзор за состоянием фабрик и заводов входил в обязанности городовых и уездных врачей, но он не носил постоянного характера.

---

[1] Об устройстве при фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений //Собрание узаконений и распоряжений правительства… 1887. СПб.: Тип. Правительствующего Сената. 1887. Первое полугодие. № 12. Ст. 126. С. 212.

[2] *Канель В.Я.* Фабричная медицина и бюрократия. М., 1906. С. 17.

[3] *Погожев А.В.* Материалы для истории фабричной медицины в России. С. 17-18.

Рост рабочего движения заставил правительство рассмотреть вопрос об оказании медицинского пособия рабочим и материальной поддержки во время болезни. В 1886 г. законодатель запретил взимать с рабочих плату за врачебную помощь[1]. «Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих» (1903) обязывали владельца предприятия вознаграждать за утрату трудоспособности более, чем на 3 дня (ст. 5), и независимо от вознаграждения возместить расходы по лечению, если потерпевший не пользовался бесплатным лечением (ст. 10)[2].

В конце 1880-х гг. в Европейской России при частновладельческих заводах и фабриках числились 302 врача, 622 фельдшера и 60 повивальных бабок[3].

Сведения о медицинском обслуживании фабрично-заводских рабочих, в том числе в губерниях Верхней Волги, впервые появились в отчете Медицинского департамента МВД за 1888 г.[4]:

Губерния	Количество предприятий, имеющих больницы и приемные покои в заведовании		Количество предприятий, имеющих амбулаторию
	врачей	фельдшеров	
Владимирская	14	10	–
Костромская	7	1	–
Тверская	1	1	1
Ярославская	7	1	–

Обследование предприятий, подлежащих надзору фабричной инспекции, проведенное Министерством торговли и промышленности в 1907 г., показало, что организованная медицинская помощь оказывалась рабочим на 38,2% фабрик и заводов. Этот показатель значительно возрастал в самой многочисленной группе

[1] ПСЗ РИ–3. Т. VI. СПб., 1888. № 3769.
[2] ПСЗ РИ–3. Т. XXIII, ч. 1. СПб., 1905. № 23060.
[3] *Погожев А.В.* Указ. соч. С. 12.
[4] Отчет Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел за 1888 год. II отделение. С. 65.

предприятий с числом работающих от 101 до 500 – до 89,6%, на крупных предприятиях с числом работающих свыше 1 000 – до 94,6%[1]. В Тверской губернии 75,1% рабочих были обеспечены медицинской помощью, в Костромской – 89,8%, в Ярославской – 90,6%. Самый высокий уровень зафиксирован во Владимирской губернии – 98,2%, выше, чем в Московской (97,1%)[2] (см. Приложение 13). В Центральной промышленной области, в которую входили губернии Верхней Волги, во многих случаях медицинской помощью наравне с рабочими могли пользоваться и члены их семей.

На практике медицинская помощь носила преимущественно фельдшерский характер, лекарства же либо вовсе не выдавались, либо самые дешевые, имевшиеся на фабрике. По свидетельству В.Я. Канеля, предприятия часто не имели даже призрачной медицинской организации, она только декларировалась[3].

Фабричная инспекция признала постановку врачебной помощи неудовлетворительной на 18 предприятиях Владимирской губернии, 15 предприятиях Ярославской и 3 предприятиях Тверской губернии[4].

В Костромской губернии лучше прочих медицинская помощь была поставлена в Костроме и уездах с развитой промышленностью – Нерехтском, Кинешемском и Юрьевецком. В 1907 г. насчитывалось 48 фабричных лечебниц, 3 приемных покоев и 14 амбулаторий[5]. В их числе – больницы Кашинской мануфактуры (больница по объему своей деятельности не уступала губернской земской больнице), Анонимного Бельгийского общества, больница при фабриках бр. Горбуновых, Разоренова и Кокорева, А. Красильщиковой. Больницы, как правило, имели общее и заразное отделения, операционную, амбулаторию, при 19 фабриках открыты родильные отделения общей коечной мощностью 62 койки. Крупнейшим лечебным

[1] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. С. 7-8.
[2] Там же. С. 12-13.
[3] *Канель В.Я.* Фабричная медицина и бюрократия. С. 25-26.
[4] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. С. 7, 8, 13.
[5] Там же. Таблицы. С. 10.

учреждением, построенным в 1910 гг., стал больничный комплекс в с. Бонячки Кинешемского уезда при мануфактуре Коноваловых с больницей на 100 коек и родильным приютом на 25 мест[1].

В фабричной медицине Костромской губернии было занято 18 фабричных врачей, но большая больниц обслуживалась врачами-совместителями, постоянный персонал представлен лишь фельдшерами и акушерками.

Предприятия Тверской губернии располагали 12 больницами и 10 амбулаториями[2]. XV съезд тверских врачей (1903) отмечал, что «медицинское дело на фабриках и заводах Тверской губернии отличается крайним неустройством». На 11 фабриках с числом занятых от 100 до 1 000 рабочих медицинская помощь совершенно отсутствовала. Положительно оценивалась постановка больничного дела на крупных предприятиях: Морозовской фабрике (Тверь) и предприятии Товарищества Куршиновых (Новоторжский уезд). Напротив, неудовлетворительно – на заводах Рябушинского и Прохорова (Вышний Волочек)[3]. Врачи на фабриках бывали наездами: из 21 врача, обслуживавших рабочих, 14 работали по совместительству[4]. Коечные больные находились под наблюдением фельдшеров, амбулаторный прием также велся фельдшерами.

Во Владимирской губернии в 1907 г. отдельными больницами располагали 73 предприятия, общими – 57, кроме того, на фабриках функционировали 32 приемных покоя и 83 амбулатории[5].

Наиболее полное обеспечение медицинской помощью получали рабочие Иваново-Вознесенска – за счет больницы для мастеровых и рабочих. В 1857 г. купцы Вознесенского посада приняли решение о заведении больницы и учреждении сборов на ее строительство. По добровольной подписке было собрано 4 тыс. руб. Еще 8 тыс. руб. внес крупный предприниматель Я.П. Гарелин. Рабочие внесли

---

[1] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 47.
[2] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. Таблицы. С. 7.
[3] XV съезд представителей и членов земских учреждений Тверской губернии по врачебно-санитарной части. С. 30.
[4] *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии (1864 – 1913). С. 385.
[5] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. Таблицы. С. 8.

на нужды строительства по 35 коп. с человека[1]. 20 декабря 1859 г. министр внутренних дел С.С. Ланской разрешил ее учреждение[2].

22 февраля 1860 г. было утверждено особое «Положение о больнице для мастеровых и рабочих»[3] на 50 коек и штаты. Она создавалась «для доставления мастеровым и рабочим обоего пола в Вознесенском посаде и селе Иванове способов для получения врачебного пособия в болезнях». На обзаведение и содержание назначался ежегодный сбор со всех работающих по найму в размере от 50 до 70 коп. сер. Выдавались именные больничные билеты на бесплатное медицинское обслуживание и медикаменты. Дети до 15 лет также обслуживались бесплатно. Управление больницей поручалось больничному совету, включавшему директора, эконома (они избирались из числа фабрикантов и жалованья не получали) и врача. Врачу и фельдшеру предоставлялись права государственной службы[4].

Больница для мастеровых и рабочих (больница для чернорабочих) открылась 18 июля 1861 г., ее первым директором стал почетный гражданин И.Н. Гарелин. Учреждение находилось в ведении Владимирского приказа общественного призрения, по медицинской части подчинялось врачебной управе. С упразднением приказов и последующей передачей «приказных» учреждений земствам шуйская уездная земская управа заявила о своих претензиях на больницу. По запросу губернатора МВД предложило будущий статус больницы вынести на определение думы Вознесенского посада. 15 февраля 1867 г. дума постановила ходатайствовать о подчинении больницы посаду. Это ходатайство было удовлетворено 11 июля 1867 г.[5], с 1871 г. больница находилась в ведении городской думы.

Главный корпус больницы занимал двухэтажное каменное здание со службами, к нему позднее пристроили богадельню с церковью и детский приют. В 1890-е гг. в результате перестройки и открытия инфекционного отделения число коек возросло до 185. Больничный совет выделил квартиры для врачей. Был возведен

---

[1] ГАИО. Ф. 1. Оп. 1. Д. 284. Л. 97.
[2] РГИА. Ф. 1287. Оп. 20. Д. 184. Л. 1-17.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXV, ч. 1. СПб., 1862. № 35463.
[4] ГАИО. Ф. 1. Оп. 1. Д. 284. Л. 8-12.
[5] РГИА. Ф. 1287. Оп. 20. Д. 184. Л. 94-100.

двухэтажный дом для обслуживающего персонала. На исходе XIX в. появились сначала хирургическое, затем гинекологическое, глазное, кожно-венерологическое, отделение уха, горла и носа. В 1906 г. городская дума приняла детское отделение, построенное на средства А.А. и М.А. Гарелиных. Постоянно увеличивалось количество как стационарных больных (со 153 в 1861 г. до 7 066 в 1913 г.), так и амбулаторных (до 45 400 человек в 1913 г.)[1].

Сторонние больные принимались на лечение за плату, установленную городской думой. В 1891 – 1892 гг. она составляла 7 руб. 50 коп. в месяц. Эта плата далеко не покрывала издержек на содержание и лечение: один койко-день стоил 86,6 коп. Средства больницы складывались из взносов фабрикантов, поступлений от продажи билетов, платы за лечение частных лиц, за рентгеновские снимки, процентов на капитал. В 1915 г. был продан 43 801 больничный билет на сумму 30 660 руб. 70 коп. Взносы предпринимателей составили 129 863 руб. 71 коп. В содержании больницы принимали участие 40 из 47 промышленных предприятий города [2].

В начале XX в. больница располагала 350 штатными койками, аптекой, бактериологическим и рентгеновским кабинетами и значительно превосходила по всем показателям губернскую земскую больницу. Медицинский штат включал старшего врача, 12 ординаторов, дантиста, 8 фельдшеров, 4 фельдшериц-акушерок, 1 акушерку, 9 сестер милосердия и обслуживающий персонал. В аптеке работали провизор, 4 помощника провизора, 4 ученицы[3].

Одним из результатов забастовочного движения, охватившего Иваново-Вознесенск в 1905 г., было соглашение рабочих с фабрикантами, по которому рабочим в течение года возмещался весь больничный сбор в виде ежемесячной прибавки к заработку в размере 6 коп. Таким образом, к 1907 г. рабочим возместили 22 577 руб. 13 коп.[4]

---

[1] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 3869. Л. 45.; *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 10-13.
[2] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 2532. Л. 1-3; Д. 5473. Л. 5-7об.; Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. С. 45.
[3] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 5473. Л. 9об.-11об.
[4] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. С. 45.

В Ярославской губернии на 2 087 предприятий с 27 558 рабочими в 1882 г. имелось 5 фабричных лечебных заведений, которые располагали в сумме 134 койками, то есть на 1 больницу приходилось 417 фабрик[1]. II съезд врачей Ярославской губернии зафиксировал плохую постановку медицинской помощи на предприятиях. В частности, делегат от Ростовского уезда сообщил съезду, что на фабриках уезда нет ни постоянных врачей, ни постоянных фельдшеров[2]. По оценке Медицинского департамента (1891), «больничного лечения для фабричных рабочих в Ярославской губернии не существует»[3].

В 1907 г., по данным фабричной инспекции, фабрично-заводская медицина Ярославской губернии была представлена уже 15 больницами, 18 приемными покоями и 28 амбулаториями[4].

Самой крупной фабричной больницей губернии была больница Ярославской Большой мануфактуры. Коечная мощность больницы возрастала по мере увеличения численности работающих – из расчета 1 койка на 100 человек. Так, в 1878 г. больница располагала 25 штатными койками, в 1882 г. – 45, в 1910 г. – 100, и в 1914 г. – 120 койками[5]. В это время на предприятии работало свыше 11 тыс. человек, Большинство рабочих жили при фабрике, вместе с семьями фабричное население составляло 22–25 тыс. человек[6].

Размещалось лечебное заведение в двухэтажном каменном здании и трех деревянных корпусах. В главном здании располагались амбулатория – два кабинета и перевязочная, аптека с материальной и лабораторией и три основных отделения: терапевтическое, хирургическое и родильное. Четвертое отделение для хроников и заразных больных занимало деревянный корпус. Второй деревянный дом использовался как изоляционное отделение и третий барак – запасной. Больница была обеспечена дезинфекционной камерой, ванными, ватерклозетами (редкость для

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 280. Д. 13. Л. 11об.
[2] Вестник Ярославского земства. 1890. № 221-222. Отд. 3. С. 45.
[3] Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1891. Т. IX. Кн. 1. Отд. VIII. С. 6.
[4] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. Таблицы. С. 13.
[5] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 143.
[6] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 2.

того времени), техническими службами, разбит сад. В 1910-е гг. началось строительство двух новых корпусов – для амбулатории и кухни.

Медицинский персонал больницы к 1915 г. состоял из старшего врача и 4 ординаторов, 12 фельдшеров и акушерок-фельдшериц, 4 акушерок, сестры милосердия и 5 фармацевтов (включая провизора – заведующего аптекой)[1]. С 1912 г. раз в неделю для амбулаторного приема приезжал окулист И.Н. Кацауров. Были организованы дежурства медицинского персонала.

Стационарным лечением пользовались рабочие и члены их семей, неотложная помощь оказывалась всем нуждающимся, в амбулаторию обращались и окрестные жители. Администрация мануфактуры не увольняла ни сифилитических, ни туберкулезных больных, как это практиковалось на других предприятиях, им предоставлялась стационарная и амбулаторная помощь. Все виды лечения были бесплатными. Амбулаторный прием вели в две смены. Объем медицинской помощи выразился в следующих показателях: в 1910 г. амбулаторный прием достиг 127 524 посещения, в 1914 г. превысил 200 000 посещений. Стационарное лечение в 1913 г. прошли 3 387 больных. Была организована помощь на дому. Рабочим, утратившим трудоспособность, и родильницам выплачивались пособия[2].

Родильное отделение располагало 16 постоянными койками. По числу принятых родов фабричная больница занимала второе место после лечебницы Общества врачей. В 1910 г. фабричные акушерки оказали 1 135 родовспоможений, большинство в больничных условиях. Производились акушерские операции[3].

Хирургическая деятельность ограничивалась малыми операциями, сложных больных направляли в земскую больницу, офтальмологические операции производились в глазной лечебнице. Лечение оплачивалось администрацией.

Аптека при больнице была устроена в соответствии с нормативными требованиями. Она располагала оборудованием, которое позволяло готовить тинктуры, сложные масла, таблетки и другие лекарственные формы. Медикаменты больные

---

[1] ГАЯО. Ф. 674. Оп.1. Д. 9407. Л. 9.

[2] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 151; Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 5, 9.

[3] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 158.

получали бесплатно. В 1915 г., например, аптека обслужила 382 968 рецепта. Также бесплатно фабричные снабжались предметами медицинского назначения, в частности, с целью распространения гигиенических навыков, аптека раздавала до 15 тыс. резиновых сосок в год[1].

Медицинский персонал проводил оспопрививание, противоэпидемические мероприятия, осуществлял санитарный надзор за фабричными училищами.

Заведовала медицинской частью фабричная администрация, которой и подчинялся старший врач. По всем важным вопросам (противоэпидемические мероприятия, расширение больницы и др.) администрация проводила совещания с врачами. Расходы на фабричную медицину в 1913 г. составили 83 676 руб. 73 коп., в том числе на аптечные материалы – 26 915 руб. 15 коп.[2]

Больница Ярославской Большой мануфактуры была не только самым крупным и лучшим по оснащенности и организации медицинской помощи фабрично-заводским лечебным учреждением губернии, по коечной мощности и численности медицинского персонала она уступала только губернской земской больнице.

Собственные лечебные учреждения имелись при фабрике И. Дунаева (Ярославль) – больница на 35 коек с врачом-совместителем, постоянным фельдшером и акушеркой[3], при Норской мануфактуре и льнопрядильной фабрике Товарищества Локаловых (Ярославский уезд) – больницы с родильным отделением и амбулаторией[4]. С 1905 г. на многих крупных фабриках Ярославля рабочие стали получать от владельцев пособия по болезни в размере половины заработка в течение 6 месяцев, не делая при этом никаких отчислений из своего жалованья.

В Рыбинском уезде в 1886 г. по инициативе Рыбинского биржевого комитета на средства местного купечества открылась биржевая больница на 75 кроватей с амбулаторией и аптекой для бесплатного лечения судорабочих. Она содержалась

---

[1] ГАЯО. Ф. 674. Оп.1. Д. 9407. Л. 9об.
[2] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 16.
[3] См.: ГАЯО. Ф. 1150. Оп.1. Д. 1823. Л. 5, 13об., 23.
[4] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1624. Л. 121, 124; Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т.3. С. 8-9.

за счет особых сборов с судов и грузов на рыбинских пристанях. На больницу распространялись льготы, предоставленные благотворительным учреждениям: освобождение от казенных и общественных сборов и гербовых пошлин. Общее заведование возлагалось на биржевой комитет, непосредственно управление – на врача[1].

Больничный комплекс, расположившийся на участке, пожертвованном купцом Фроловым, состоял из 7 бараков, в том числе терапевтического, хирургического, приемного покоя и хозяйственных построек, включая водолечебницу с душем Шарко, дом для служащих. Большая и дорогостоящая больница работала неэффективно, она была открыта только во время навигационного периода (апрель – сентябрь), затем больные выписывались или направлялись на долечивание в земскую больницу, что приводило к перегрузке последней. На время сезонной работы нанимали дополнительный персонал. Такой характер работы не позволял обслуживать грузчиков из числа местных жителей и тех судорабочих, которые зимовали в Рыбинске, отказывали в лечении также женщинам и детям[2].

Кроме того, по данным на 1900 г., работали больницы с амбулаториями в Рыбинском уезде – при предприятиях Журавлева, в Романово-Борисоглебском уезде – при фабрике Товарищества Романовской льняной мануфактуры (администрация Романовской мануфактуры предоставляла работницам шестинедельный отпуск и пособие по беременности и родам), фабрике Классена; в Даниловском уезде при предприятии Товарищества «Никиты Понизовкина Сыновья»; при некоторых предприятиях (фарфоровом заводе Кузнецова, Волжской мануфактуре и др.) – приемные покои. В уездах со слабо развитой промышленностью фабричные заведения собственной медицинской частью не располагали[3].

В 1912 г. общее количество штатных коек в фабричных больницах Ярославской губернии – 356, в приемных покоях – 57 коек. Одна штатная койка приходилась на 68 фабричных рабочих. Медицинский персонал представлен 32 врачами (из них 21– совместители), 43 фельдшерами, 18 акушерками. Госпитальное лечение

---

[1] РГИА. Ф. 1276. Оп. 17. Д. 22. Л. 30–37.
[2] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 20.
[3] Труды III губернского съезда земских врачей. Вып. II. С. 5, 175, 198, 327.

прошли 8 652 человека. Возможности стационарного лечения не использовались в полной мере: около 39% коек пустовало (в земских лечебницах – 8% коек)[1].

Амбулаторная деятельность фабричных больниц нередко была более активной, чем в земских лечебных учреждениях, и коэффициент посещаемости фабричных амбулаторий значительно превышал аналогичные показатели по земским амбулаториям. В Ярославской губернии на 100 рабочих приходилось 1 374 посещений[2] (в среднем по губернии в 1913 г. на 1 000 населения приходилось 831 посещение). В Нерехтском уезде (Костромская губ.) в 1905 г. в фабричных амбулаториях было зарегистрировано 62 992 посещения, тогда как во всех земских, включая врачебные и фельдшерские участки – 51 140 посещений[3]. Такое положение вполне объяснимо. Фабричные рабочие вследствие антисанитарных бытовых условий и условий производства (особенно вредным было свинцово-белильное производство) болели чаще, чем сельчане. С другой стороны, рабочие многих фабрик проживали либо на территории предприятия, либо вблизи него и имели возможность чаще посещать лечебное учреждение, кроме того, на посещаемость оказывал влияние более высокий уровень культурного развития рабочих.

Земства пытались улучшить медицинскую помощь рабочим, с конца XIX в. поднимали вопрос о включении фабрично-заводской медицины в состав земской. Земская медицина «притянула к себе и фабричную и заставляет ее идти рука об руку и требует, чтобы фабричный рабочий пользовался не фиктивною, а настоящей медицинской помощью»[4]. Этот вопрос, в частности, рассматривало земское собрание Корчевского уезда (Тверская губ.) в 1893 г.[5] За объединение земской и фабричной медицины высказался IX съезд врачей Костромской губернии , при этом съезд отметил, что на практике такое объединение уже имело место в Нерехтском уезде[6].

---

[1] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 1. С. 11, 13, 15.
[2] Там же. С. 13, 15.
[3] Отчеты санитарных бюро и санитарных врачей за 1903 год. С. 88 -133; *Френкель З.Г.* Врачебно-санитарная организация в Костромской губернии в 1905 году. С. 31-36.
[4] Земский врач. 1889. № 3. С. 50.
[5] *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии (1864-1913). С. 385.
[6] Костромской губернский съезд врачей. Труды IX губернского съезда. Свод постановлений IX губернского съезда врачей Костромской губернии и краткие сведения по его организации. 1906. С. 9-10.

Идея создания единой сети общедоступной помощи разделялась медицинской общественностью[1]. Она представлялась логичной, так как фабричные рабочие вербовались из местного населения, а фабрики – рассадники эпидемических заболеваний – располагались на земской территории. В некоторых случаях земствам удавалось достичь соглашения с фабрикантами о совместном участии в организации медицинской помощи – открытии земско-фабричных лечебниц, например, в Московской губернии. Иногда фабричные лечебницы – в составе общей земской врачебно-санитарной организации – принимали под свое наблюдение ближайшие селения. Чаще фабриканты перекладывали медицинскую помощь рабочим на общественную благотворительность.

В начале XX в. предприниматели Владимирской губернии заключили 6 соглашений с земствами, столько же – с учреждениями Красного Креста и 2 соглашения с частными лечебными учреждениями об оказании медицинской помощи рабочим тех предприятий, которые не располагали собственной лечебной базой. В Ярославской губернии было заключено одно соглашение с частной лечебницей[2]. В Костромской и Тверской губерниях таких соглашений не зафиксировано.

23 июня 1912 г. был принят пакет законов о страховании рабочих. Согласно закону «Об обеспечении рабочих на случай болезни», на предприятиях создавались больничные кассы, участниками которых становились все лица, работающие по найму. Кассам предоставлялось право устраивать и содержать лечебные заведения и выдавать денежные пособия по болезни. Средства касс формировались из взносов работников (1–2% заработка) и взносов предпринимателей в размере 2/3 от взносов участников кассы (ст. 17, 42, 43, 65)[3].

Закон декларировал четыре вида помощи участникам больничной кассы: неотложная медицинская помощь при несчастных случаях и внезапных заболеваниях и амбулаторное лечение – эти виды помощи по закону владелец предприятия обя-

---

[1] См., например: Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1908. № 1. С. 28-36.
[2] Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. Таблицы. С. 8, 13.
[3] ПСЗ РИ – 3. Т. XXXII, ч. 1. СПб., 1915. № 37446.

зан был предоставлять (ст. 46), родовспоможение и госпитальная помощь. Гарантии госпитальной помощи закон не давал: предприниматель *мог*, но не был *обязан* ее предоставлять. Предусматривалось три возможных варианта организации госпитальной помощи: учреждение фабрикантом собственной больницы, соглашение с больничной кассой или общественными учреждениями и, наконец, лечение за счет владельца фабрики в местных больницах на общих основаниях (ст. 46, 47).

Не решался вопрос о родовспоможении, о лечении заразных больных, о независимости врача от фабриканта. Закон не устанавливал обязательных норм в организации лечебных учреждений: не определял количество коек, штаты медицинского персонала. Врачебная помощь могла быть заменена фельдшерской. Принятый одновременно закон «О страховании рабочих от несчастных случаев»[1] прописывал условия, ограничивавшие право на бесплатное лечение лиц, получивших профессиональные заболевания.

Положения закона применялись только на предприятиях, подчиненных фабричной инспекции, они не распространялись, в частности, на ремесленные мастерские и другие мелкие предприятия, где было занято менее 20 рабочих. На фабричного инспектора возлагался надзор за оказанием медицинской помощи, что требовало специальных знаний, которыми инспектор не обладал.

Медицинская общественность, в том числе Общество фабричных врачей, расценила закон 1912 г. как «большой шаг назад» по сравнению с документом, принятым в 1866 г.[2]

Закон открывал для предпринимателей возможность сокращать расходы на медицинскую помощь в том случае, если он сам ее организовывал. Предпринимателю было также выгодно совсем отказаться от стационарного лечения и переложить заботы на земские и городские самоуправления, что обходилось ему значительно дешевле, так как в этом случае он оплачивал лишь содержание и лечение больного в соответствии с установленным тарифом, не неся никаких дополнительных расходов. Поэтому передача организации госпитальной помощи больничным

---

[1] ПСЗ РИ – 3. Т.XXXII, ч. 1. № 37447.
[2] Общественный врач. 1912. № 8. С. 964.

кассам или общественным учреждениям, как полагала медицинская общественность, неизбежно должна была повлечь установление определенной нормы расходов, сокращение которой для фабриканта стало бы невозможным.

Проблемы фабричной медицины рассматривались на IV (1891) и V (1894) Пироговских съездах, VI съезд (1896) организовал секцию фабричной медицины, и эта тема заняла прочное место в работе последующих съездов[1]. Главный вопрос, волновавший медицинскую общественность, – кто должен организовать медицинскую помощь для фабрично-заводских рабочих: фабриканты, больничные кассы, или необходима передача фабричной медицины в руки общественных учреждений – земств и городских самоуправлений. От решения этого вопроса зависело качество медицинской помощи. Многие считали необходимым передать дело в руки самих рабочих как заинтересованной стороне. Однако больничные кассы не имели достаточных средств. С другой стороны, земства считали эту задачу также практически невыполнимой: наличная коечная мощность не удовлетворяла потребностей населения, земские больницы были переполнены, расширение сети лечебных учреждений требовало больших затрат.

XII Пироговский съезд (1913), приветствуя появление больничных касс как возможность легальной классовой борьбы, вынес постановление о необходимости предоставить больничным кассам право самим принимать решения об организации медицинской части, считая долгом общественных врачей оказание помощи самодеятельности рабочих[2].

После принятия закона 23 июня 1912 г. владельцам крупных предприятий было предложено учредить больничные кассы. Создание касс проходило в несколько этапов в соответствии со схемой, разработанной Отделом промышленности Министерства торговли и промышленности[3]. На предприятиях избирались уполномоченные от рабочих и служащих для обсуждения проекта устава кассы, составленного фабрикантом. После утверждения проекта фабричным инспектором

---

[1] *Мирский М.Б.* Указ. соч. С. 346.
[2] Общественный врач. 1913. № 8. С. 1009-1010.
[3] См.: ГАИО. Ф. 100. Оп. 1. Д. 1. Л. 1-2об.

(или присутствием по делам страхования рабочих) и получения разрешения на открытие кассы общее собрание участников кассы утверждало устав, избирало правление и ревизионную комиссию.

Организационная работа началась уже в 1912 г. Так, в Ярославской губернии в начале сентября 1912 г., проводились выборы уполномоченных для обсуждения устава кассы на четырех предприятиях: Ярославской Большой мануфактуре (10 300 участников), механическом заводе Торгового дома А. Смолякова сыновей (Ярославский уезд), лесопильном и фанерном заводе Торгового дома Д. Жакова (Ярославский уезд) и мельнице Наследников Галунова (Рыбинский уезд) – на каждом насчитывалось от 210 до 380 участников. Несколько позднее проводились выборы уполномоченных на костеобжигательном заводе и прядильной фабрике Товарищества Волжской прядильной мануфактуры (оба на ст. Волга, Мышкинский уезд); химическом, свинцово-белильном и лесопильном заводах Торгового дома В. Дунаева, сыновья (Ярославский уезд); на заводах Торгово-промышленного Товарищества П. Оловянишникова (Ярославль и Ярославский уезд)[1].

В октябре 1912 г. вышеперечисленные предприятия подали фабричному инспектору заявления об открытии кассы. За ними последовал еще целый ряд заведений, в том числе такие крупные (с числом рабочих более 500), как бумагопрядильная фабрика Товарищества Норской мануфактуры (Ярославль), заводы Товарищества Н. Понизовкина сыновья (Даниловский и Ярославский уезды), Товарищества Гаврилов-Ямской мануфактуры льняных изделий А. Локалова (Ярославский уезд), Товарищество Романовской льняной мануфактуры (Романово-Борисоглебск), льнопрядильной фабрики Товарищества Ростовской мануфактуры (Ростов), заводы Акционерного общества наследников Н.А.Вахромеева, фарфоровая фабрика Товарищества М. Кузнецова (Романово-Борисоглебский уезд), спичечная и табачная фабрика Акционерного общества М. Дунаева и другие – всего 27 крупных предприятий и несколько небольших, с числом рабочих менее 200 человек[2]. Первые уставы были утверждены в 1913 г.

---

[1] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 72. Л. 7-7об.

[2] Подсчитано по: РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 72.

Список больничных касс пополнялся и дальнейшем. По данным на 15 марта 1914 г., в Ярославской губернии насчитывалось 48 касс, объединявших 41 896 участников на 127 заведениях: предприятия, насчитывавшие менее 400 работающих, создавали общие кассы. Функционировали, однако, лишь 15 касс (23 предприятия, 25 349 участников), остальные находились в стадии организации[1]. Год спустя в Ярославской губернии действовали 46 больничных касс (40 088 участников, в том числе 16 756 женщин), при этом было 37 отдельных касс (35 541 участник) и 9 общих касс при 83 предприятиях[2].

Во Владимирской губернии первые 11 касс были также учреждены в 1913 г., в том числе на фабрике Товарищества Покровской мануфактуры П.Н. Грязнова (Иваново-Вознесенск), на фабриках Товарищества Меленковской льняной мануфактуры и общая касса при Судогодском стеклянном заводе и ткацкой фабрике Торгового дома Е. Голубев и С-я[3].

В Тверской губернии в 1913 г. в числе первых начали действовать кассы при вагоностроительном заводе Верхне-Волжского общества (Тверь), писчебумажной фабрике Товарищества М.Г. Кувшинова (Новоторжский уезд), самой многочисленной (5 202 участника) была касса торгово-промышленного Товарищества П.М. Рябушинского (Вышний Волочек). В Тверской губернии учреждение больничных касс шло наиболее быстрыми темпами. Уже к 1 декабря 1913 г. 30 касс объединяли 42 046 рабочих и служащих 65 предприятий – 95% лиц наемного труда, подлежащих действию закона[4].

Две кассы были организованы в 1913 г. в Костромской губернии, в том числе на предприятии Товарищества мануфактур Коновалова[5].

Отношение рабочих к новому закону было неоднозначным. Старший фабричный инспектор Тверской губернии докладывал, что рабочие воспринимали

---

[1] Там же. Л. 44об.-45.
[2] Там же. Л. 113.
[3] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 73. Л. 45 об.
[4] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 63. Л. 4об.-5, 50.
[5] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 74. Л. 32.

кассы как механизм введения нового налога, протестовали против некоторых положений устава, против участия полиции в работе общих собраний и др.[1]

На Большой Ярославской мануфактуре появились прокламации РСДРП с призывом бойкотировать кассы, но эта агитация успеха не имела. Выборы состоялись: подсчеты результатов голосования зафиксировали 13,5% пустых бюллетеней, было избрано 50 уполномоченных. Однако на ряде предприятий рабочие бойкотировали выборы. На заводе Торгового дома Д. Жакова 94,5% бюллетеней были признаны недействительными[2]. На канатной фабрике М.Н. Журавлева (Рыбинский уезд) рабочие в знак протеста бастовали.

Причина недовольства, по мнению старших фабричных инспекторов Тверской и Ярославской губерний, заключалась в низком уровне грамотности большинства рабочих и отсутствии необходимой информации, новизне самого принципа организации самопомощи. Со своей стороны, владельцы предприятий относились к делу безучастно и формально, не разъясняли рабочим положения закона[3].

Уставы больничных касс составлялись на основе типового («нормального») устава[4]. Устав определял цель создания кассы – оказание помощи в случае болезни или несчастного случая, повлекшего утрату трудоспособности, по случаю родов или смерти (на погребение), полномочия кассы, порядок ее деятельности и управления, правила назначения и определения размера пособий, источники средств.

Делами кассы управляло общее собрание, которое проводилось раз в год. Председатель общего собрания назначался владельцем. Предметы ведения собрания – выборы членов правления и ревизионной комиссии, рассмотрение годовых отчетов, утверждение сметы, назначение ревизий, определение размеров взносов и пособий, издание правил и постановлений и др. Состав собрания включал уполномоченных от участников кассы, избранных тайным голосованием, и представителей владельца предприятия, назначаемых на каждое собрание. Представители вла-

---

[1] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 63. Л. 3.
[2] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 63. Л. 3; Д. 72. Л. 7-7об.
[3] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 72. Л. 7об.
[4] См.: ГАИО. Ф. 100. Оп. 1. Д. 1. Л. 3-10; Ф. 108. Оп. 1. Д. 1622. Л. 208-210; ГАЯО. Ф. 674. Оп. 1. Д. 275. Л. 1-23.

дельца располагали числом голосов, равным 2/3 голосов присутствующих уполномоченных. Например, на общем собрании кассы Большой Ярославской мануфактуры (1917) присутствовали 46 уполномоченных и 4 представителя администрации, которые располагали 30 голосами (председатель собрания, управляющий мануфактурой А.Ф. Грязнов имел 9 голосов)[1]. Текущими делами (назначение денежных пособий и др.) ведало правление, в его состав входили лица, избранные общим собранием и назначенные владельцем. Владелец предприятия или его представитель председательствовал в правлении.

О времени и месте проведения общих собраний уведомлялись полицейские органы, и должностное лицо полиции непременно присутствовало на собрании. Если полицейский чин усматривал нарушение порядка проведения собрания, уклонение от вопросов повестки дня, если собрание принимало «характер, угрожающий общественным спокойствию и безопасности» (например, высказывались «суждения, возбуждающие вражду одной части населения против другой», распространялись «преступные воззвания, либо издания»), то по требованию полицейского собрание закрывалось.

Устав, таким образом, обеспечивал интересы предпринимателя и политическую лояльность больничной кассы.

Средства кассы составлялись из взносов участников и доплаты владельцев, а также доходов от имущества и других поступлений. Исходя из общих положений, больничные кассы самостоятельно решали вопросы о размерах взносов и пособий, порядке их выплаты, организации медицинской помощи. Размер взносов и пособий ежегодно устанавливался общим собранием.

Общее собрание больничной кассы Товарищества Покровской мануфактуры П.Н. Грязнова определило страховые взносы в размере 1–2% от суммы заработка, пособия семейным – от 1/2 до 2/3 дневного заработка, одиноким – от 1/4 до 1/2, по случаю родов – от половины до полного заработка (за 2 недели до и 4 недели после родов). Пособия начислялись с 4-го дня болезни, но не более 26 недель, а в течение

[1] ГАЯО. Ф. 674. Оп. 1. Д. 9905. Л. 11.

года – не более 30 недель. Семья умершего получала пособие на погребение в размере 20–30-кратного дневного заработка[1]. С 1914 г. пособие работающим стали начислять с первого дня болезни, кроме того, предусматривалась выплата пособий на лечение членам семей. В 1914 г. в больничной кассе состояло 1 358 человек. Взносы рабочих и служащих составили 6 960 руб. 63 коп., владельца предприятия – 4 640 руб. 40 коп. Участникам кассы были выплачены пособия на общую сумму 7 406 руб. 52 коп., членам семей – на сумму 4 295 руб. 10 коп.[2]

Больничная касса Товарищества Куваевской ситценабивной мануфактуры (Иваново-Вознесенск) определила пособие, которое выдавалось со второго дня болезни, в размере 1/2 среднего дневного заработка вне зависимости от семейного положения, а взносы – в размере 1% заработка[3].

На фабрике Товарищества Локалова (4 021 участников) взнос рабочих в размере 1% компенсировался таким же повышением заработка[4].

По-разному решался вопрос об организации медицинской помощи рабочим. Устав кассы Товарищества Покровской мануфактуры П.Н. Грязнова устанавливал, что больничная касса по соглашению с владельцем может принимать на себя оказание первой врачебной помощи, а также амбулаторное и коечное лечение, имеет право самостоятельно или совместно с другими кассами: 1) устраивать и содержать амбулатории, приемные покои, больницы, родильные приюты, 2) входить в соглашение с земскими, городскими самоуправлениями и их учреждениями, частными больницами (§§ 24–26). Собрание может принимать решение об оказании медицинской помощи членам семей.

Такие же положения включал Устав общей больничной кассы типографий и гильзовых предприятий г. Ярославля[5], участниками которой стали 8 небольших предприятий, и среди них типография губернского земства.

---

[1] ГАИО. Ф. 100. Оп. 1. Д. 1. Л. 3, 5об.-6.
[2] ГАИО. Ф. 100. Оп. 1. Д. 5. Л. 7об.-9об.
[3] ГАИО. Ф. 108. Оп. 1. Д. 1622. Л. 208-210
[4] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 1.
[5] См.: Устав общей больничной кассы типографий и гильзовых предприятий г. Ярославля. Ярославль, 1914. 24 с.

В обоих случаях больничные кассы имели *право* организовывать медицинскую помощь, но это не являлось их *обязанностью*. Уставы не налагали на владельцев предприятий никаких обязательств по организации медицинской помощи. Обращает на себя внимание нечеткость формулировок, касающихся этого важнейшего вопроса, он оставался открытым.

Напротив, администрация крупнейшего предприятия Костромы – Костромской Льняной Мануфактуры (Кашинской Мануфактуры) организацию врачебной помощи брала на себя (§ 23 Устава Больничной кассы)[1]. Такое же обязательство владельца предприятия – оказывать бесплатную врачебную помощь – было зафиксировано в Уставе Ярославской Большой мануфактуры (§ 23)[2].

Работа кассы Ярославской Большой мануфактуры подробно документирована. Первое заседание общего собрания кассы состоялось 1 декабря 1913 г. На собрании были избраны правление, его председатель – управляющий мануфактурой А.Ф. Грязнов и ревизионная комиссия. Собрание утвердило смету на 1914 г.: взносы участников (в размере 1,65% заработка) – 44 385 руб. и владельцев мануфактуры – 29 590 руб.,[3]; приняло предложение администрации о размерах пособий: по болезни семейным – 2/3 дневного заработка, начиная с четвертого дня заболевания, одиноким – 1/2 заработка, по родам – 2/3 заработка (в течение 2 недель до и 4 недель после родов) и пособие на погребение – в размере 25-дневного заработка[4]. Право на пособие по родам в размере 5 руб. распространялось на жен рабочих. Собрание разработало правила для участников кассы, претендующих на пособие, инструкцию для контролеров, посещающих больных. Предусматривалось обязательное оформление «листка о болезни», посещение больным амбулатории не реже 1 раза в неделю, безусловное соблюдение предписаний врача и др.[5]

В 1914 г. пособие получили 387 пострадавших в результате несчастного случая, 5 319 человек по болезни, 785 рожениц – на общую сумму 47 548 руб. 92 коп.,

---

[1] Устав Больничной кассы при фабриках Товарищества Большой Костромской Льняной Мануфактуры. Кострома: Тип. М.Ф. Риттер. 1913. С. 8.
[2] ГАЯО. Ф. 674. Оп.1. Д. 275. Л. 3об.
[3] ГАЯО. Ф. 674. Оп. 2. Д. 273. Л. 7.
[4] Там же. Л. 136-136об.
[5] Там же. Л. 161-166.

члены семей – на сумму 4 471 руб. 46 коп. [1] В 1916 г. было выплачено 10 090 пособий на общую сумму 101 622 руб.[2]

Последнее общее собрание больничной кассы состоялось 26 марта 1917 г. – после Февральской революции. Знаменательно принятие собранием следующей резолюции: «Цепи рабства пали, царское правительство, враг рабочих, свержено и рабочие, как граждане свободной России, выражают пожелание, чтобы страховой закон, закон дореволюционной России, должен быть пересмотрен и дополнен страхованием инвалидности, старости и сиротства»[3].

Больничная касса Ярославской Большой мануфактуры продемонстрировала потенциал, заложенный в этой форме сотрудничества рабочих и администрации предприятия, в решении одного из важнейших социальных вопросов.

В целом, состояние страховой медицины в Верхне-Волжском регионе, по данным на 1916 г., характеризовалось следующими показателями:

Владимирская губерния – 128 отдельных больничных касс и 19 общих касс (53 предприятия)[4]; Костромская губерния – 48 отдельных и 12 общих касс (более 50 предприятий)[5]; Тверская губерния – 24 отдельных и 10 общих касс (36 предприятий)[6]; Ярославская губерния – 35 отдельных и 10 общих (число предприятий участников не известно)[7].

После введения в действие закона «Об обеспечении рабочих на случай болезни», как и ожидалось, последовали обращения владельцев производств, не имевших собственных лечебных учреждений, за помощью к земствам. Наглядный тому пример – развитие событий в Ярославской губернии в 1914 г.

Губернский врачебно-санитарный совет заранее принял решение собрать через земских участковых врачей сведения обо всех промышленных предприятиях,

---

[1] Там же. Л. 62, 69.
[2] ГАЯО. Ф. 674. Оп. 1. Д. 9905. Л. 59-61об., 63об.
[3] Там же Л. 13.
[4] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 73. Л. 29об.-45об.
[5] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 74. Л. 32-38.
[6] Там же. Л. 29об.-31.
[7] РГИА. Ф. 23. Оп. 29. Д. 76. Л. 87-88об.

численности рабочих, организации медицинской помощи, а также определить расстояние от предприятия до ближайшего врачебного или фельдшерского пункта[1].

В феврале 1914 г. на заседании рыбинской уездной земской управы обсуждались предложение А.П. Галунова (мукомольное производство) заключить договор с больницей о лечении рабочих. Управа приняла решение отказать: в больнице не хватало мест для земских больных[2].

В марте 1914 г. врачебное совещание при ростовской уездной земской управе рассматривало аналогичные заявления владельцев ряда торгово-промышленных предприятий: Ростовской льняной мануфактуры, Товарищества И.А. Вахромеева, Торгового дома наследников Е.Е. Егорычева и др. Совещанию предстояло определиться, как устроить стационарную, неотложную помощь и родовспоможение, как часто потребуются осмотры рабочих, каким персоналом (врачебным или фельдшерским), решить вопрос снабжения медикаментами, определить объем затрат и др. Неясно было, входить ли в соглашение с фабрикантами или с больничными кассами, процесс становления которых еще не завершился. После консультаций с предпринимателями управа постановила признать желательным участие земства в организации фабрично-заводской медицины, предложить для обсуждения отдельные условия предоставления коек, амбулаторной помощи и лекарственного обеспечения и – главное – признать «единственно рациональным разрешением вопроса… лишь полное слияние фабричной медицины с земской»[3].

В мае 1914 г. Ярославское уездное земство обсуждало вопрос о возможности соглашений о коечном и амбулаторном лечении рабочих с фабрикой Зотова и амбулаторном лечении – с фабрикой Некрасова.

Мологский врачебно-санитарный совет по предложению уездного земства выработал условия соглашения с лесопильным заводом акционерного общества «Строитель»: определил стоимость коечного и амбулаторного лечения и содержания больных, стоимость оборудования койки в больнице с. Копорье[4].

---

[1] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 1. С. 62.
[2] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 2. С. 45.
[3] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 3. С. 80.
[4] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 5. С. 12, 25.

Земская медицина была поставлена в сложное положение. Нехватка коек в земских больницах, недостаточное количество земских врачебных участков и, стало быть, удаленность фабрик от врачебных пунктов создавали препятствия организации медицинского обслуживания рабочих. Земству было не по силам строить новые больницы, предприниматели же не хотели брать на себя расходы по строительству, да и расходы по лечению рабочих в земских больницах стремились минимизировать. Так, ярославский губернский врачебно-санитарный совет не согласился с оценкой стоимости больничного дня (1 руб. 15 коп.), которую определило губернское по фабричным и горнозаводским делам присутствие, так как при расчетах не были приняты во внимание все расходы земств, в частности, не учтены затраты на содержание технического персонала больниц[1]. Соглашение только об амбулаторном лечении, как того желали многие владельцы предприятий, противоречило принципам земской медицины.

VI съезд врачей и представителей земств Ярославской губернии (1914) принял решение о том, что соглашения предпринимателей с земствами «могут иметь место лишь в редких случаях в силу слабого развития лечебного дела в Ярославской губернии на местах». В основу таких соглашений съезд положил общеземские принципы: организация коечной и постоянной амбулаторной врачебной помощи в полном объеме в руках одного и того же лечебного учреждения; расстояние от предприятия до амбулатории и больницы не более 2 верст; отказ от поголовных обязательных осмотров рабочих; включение в стоимость лечения рабочих амортизационных расходов; участниками соглашений являются предприниматели и больничные кассы[2]. Позицию съезда поддержал врачебно-санитарный совет[3].

К концу рассматриваемого периода проблема организации медицинской помощи фабричным рабочим была далека от разрешения. Перед земскими санитарными органами стояла задача продолжить изучение условий их труда и быта, забо-

[1] Там же. С. 12.
[2] Там же. С. 2-3.
[3] Там же. С. 51.

леваемости и смертности. Больничные кассы стали одной из форм легальной организации рабочего класса и одной из форм социального партнерства. Большевики использовали кассы для проведения революционной работы.

* * *

В пореформенный период поиски путей создания доступной медицинской помощи сельскому населению привели к появлению земской медицины. Земства реконструировали лечебные учреждения приказов, наладили оспопрививание, психиатрическую помощь, положили начало педиатрической помощи, родовспоможению, решали задачи лекарственного обеспечения. С конца XIX в. внимание уделялось созданию санитарной организации и санитарно-профилактической работе как условию успешной борьбы с эпидемиями и оздоровления населения.

Земская медицина региона Верхней Волги вошла в общее русло развития общественной медицины земских губерний. Опытным путем нащупывались наиболее рациональные формы организации лечебного дела, лекарственной помощи населению, санитарно-профилактической и противоэпидемической работы. При этом земцы и врачи стремились следовать основным принципам земской медицины: доступность, равная для всех возможность получить квалифицированную помощь, бесплатность, участковая форма обслуживания, развитие санитарно-профилактического направления.

Развитие земской медицины в каждой из губерний региона имело свои особенности. Решение многих проблем зависело от позиции земства, его финансовых возможностей, активности медицинского сообщества. Энергия, проявленная тверскими врачами, поддержанная тверским земством, известным своим либерализмом, реализовалась в лучшей, чем в других губерниях региона постановке аптечного дела. Заслугой тверского и костромского здравоохранения стала образцовая организация психиатрической помощи. Тверское и владимирское земства шире, чем другие земства, внедряли более рациональную (стационарную) форму медицинской помощи. Здесь раньше, чем в других губерниях, появились санитарные организации, причем наибольшую активность проявила костромская санитарная организация. Во Владимирской и Костромской губерниях сравнительно лучшее

развитие получило родовспоможение. Для Ярославской губернии характерен сильно развитый фельдшеризм, слабое обеспечение коечной помощью, значительное отставание в развитии санитарной организации. Обозреватель «Вестника общественной гигиены…» заметил в 1913 г.: «В общем получается впечатление отсталости медико-санитарного дела»[1]. Ярославское земство большее внимание уделяло губернской больнице, которая стала крупным научным центром.

По объему расходов на здравоохранение владимирское земство шло впереди со значительным отрывом (см. Приложение 15). В пересчете на душу населения в 1904 г. владимирское земство тратило 82 коп., ярославское – 59 коп., костромское – 51 коп., тверское – 33 коп. Затраты первых двух – выше средних (56 коп.), но значительно ниже, чем московского – 1 руб. 06 коп.[2] В объеме общегубернских расходов на здравоохранение на долю земства во Владимирской губернии приходилось 58,3%, в Ярославской губернии – 60,62%, Костромской губернии – 74,86% и Тверской губернии – 83,72%[3].

Земская медицина развивалась неравномерно. Более быстрыми темпами создавалась сеть лечебных учреждений – ее значимость признавалась всеми субъектами, действующими на этом поле: властью, земствами, медицинскими работниками. С большими трудностями шло становление санитарной организации. Важность санитарно-профилактической работы, затратной в финансовом отношении и нацеленной на перспективу, далеко не всегда встречала понимание как в земствах, так и в государственных сферах. Земская медицина как область социальной работы испытывала на себе непосредственное воздействие общей социально-политической обстановки. Так, период, последовавший за поражением революции 1905 – 1907 гг. рассматривался как кризисный для всей земской медицины[4].

Успешному решению задач земской медицины зачастую мешала уездная разобщенность, отсутствие общих подходов к принципиальным вопросам: санитарной

---

[1] Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1913. Июнь. С. 1020.
[2] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 422.
[3] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 64.
[4] См., например, *Бердичевский Г.А.* К оценке положения. //Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1908. № 1. С. 5-27; *Игумнов С.Н.* К вопросу о кризисе земской медицины. С. 283-295 и др.

организации, плате за лечение, организации лекарственной помощи, самостоятельному фельдшеризму и др. Контакты между врачами соседних губерний носили эпизодический характер. Это было следствием государственной политики: в 1867 г. был наложен запрет на контакт между земствами[1]. Непросто выстраивались отношения между губернским и уездными земствами, горизонтальные связи по линии «земство – город», когда решались вопросы об определении функций и разделении обязанностей по организации врачебной помощи, санитарно-противоэпидемических мероприятий, доли финансового участия заинтересованных сторон.

В связи с развитием земско-медицинских учреждений в поле зрения общественных врачей неизбежно попадали вопросы городской и фабричной медицины.

Городская врачебно-санитарная организация складывалась под влиянием земско-медицинского дела. Как и в других регионах, города Верхней Волги стремились переложить на земства обязанности по лечению горожан. Наибольшие успехи в постановке лечебного дела достигнуты в Иваново-Вознесенске – городе, обладавшем значительными финансовыми возможностями и традициями благотворительности. В большинстве уездных городов собственная лечебная база так и не сформировалась – как в силу слабой заинтересованности городских властей в решении вопроса, так и в силу маломощности городских бюджетов. Санитарная организация в губернских и некоторых уездных городах складывалась в начале XX в.

В крупных городах обширную нишу занимала частная медицинская практика, хотя с развитием доступной земской и городской медицины сектор частных медицинских услуг неуклонно сужался: с 18,2% в 1885 г. до 3,7% (без Петрограда, Москвы и Одессы и некоторых других административных единиц) в 1914 г.[2]

Организация медицинской помощи фабрично-заводским рабочим представляла собой еще одно слабое звено в системе здравоохранения региона. Большинство фабрично-заводских медицинских учреждений за немногими исключениями

---

[1] См.: *Жукова Л.А.* Указ. соч. С. 146.

[2] Отчет Медицинского департамента на 1885 год. С. 129; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. С. 7.

(как, например, больница для мастеровых и рабочих в Иваново-Вознесенске, больница Ярославской Большой мануфактуры), представляли собой небольшие лечебницы или приемные покои без постоянного врача. Страховая медицина делала лишь первые шаги. Земско-медицинская общественность по мере возможности шла навстречу нуждам фабричной медицины.

Земская, городская и фабричная медицина в отдельных случаях достигали единства действий при решении общих задач, в частности, проведении санитарных мероприятий, борьбе с эпидемиями. Первоначально координатором выступало врачебное отделение – губернская медицинская администрация, с созданием земской санитарной организации эта роль перешла к земству. Связь между различными отраслями здравоохранения в повседневной работе поддерживали и сами врачи, нередко совмещавшие земскую службу с государственной, городской или частной.

Сеть земских и городских лечебных заведений в губерниях дополняли ведомственные и благотворительные больницы и амбулатории, в том числе учреждения Красного Креста, ведомства Императрицы Марии и ведомства Православного Вероисповедания. Владимирская епархия располагала 9 лечебными учреждениями, Костромская – 4, Тверская – 5, Ярославская – 4[1]. Монастырские больницы предназначались, в основном, для монашествующих, амбулатории принимали окрестных жителей и богомольцев. Эти учреждения в большинстве случаев под надзором врачебной инспекции не состояли, врачебная помощь носила эпизодический характер.

Немаловажную роль в развитии здравоохранения региона сыграла благотворительность. Деньгами, материалами, инвентарем, личным трудом помогали сельские общества, представители дворянства, интеллигенции, торгово-промышленный капитал, церковь. Воздавая должное филантропической деятельности общественности, нельзя не признать правоту ярославского санитарного врача П.С. Новикова: «Нам кажется, что земская общественная медицинская организация должна

[1] Сведения о лечебных заведениях, имеющихся при монастырях ведомства Православного Вероисповедания. С. 4-7, 20-21, 48-49, 56-57.

базироваться не на подаяниях, а на более прочных началах, на существующих узаконенных земских сборах; в противном случае обеспечение населения правильной медицинской помощью может растянуться на бесконечное время»[1].

Государство обеспечило систему здравоохранения нормативно-правовой базой, сохранив за собой функции надзора и контроля в сфере здравоохранения, координатора и организатора общенациональных мероприятий по борьбе с эпидемиями и социальными болезнями. Решение вопросов обеспечения населения лечебной помощью власти делегировали обществу. Это отражает общую тенденцию развития государственности во второй половине XIX – начале XX в.[2]

Позицию государства в сфере здравоохранения характеризует, в частности, реакция на ходатайства съездов Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова, самой авторитетной медицинской организации. В 1883 – 1903 гг. перед правительственными учреждениями было заявлено 72 ходатайства, касающихся наиболее животрепещущих вопросов здравоохранения и врачебного быта. Из них 31 осталось без ответа, 2 получили формальный ответ, 15 – отрицательный, 24 были частично удовлетворены[3].

Невелико было участие государства в финансировании здравоохранения, как в губерниях Верхневолжского региона (от 1% общей суммы в Костромской губернии до 6,4% в Ярославской), так и в общегосударственном масштабе[4] (см. Приложение 15).

Первая мировая война отвлекла государство и общественные самоуправления от нужд гражданского населения. Произошло сокращение коечного фонда и финансирования здравоохранения. В связи с призывом в армию земства лишились почти половины медицинских работников, остальные были заняты организацией госпиталей и оказанием помощи раненым.

---

[1] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1913 год. Вып. 2–3. С. 23.
[2] См.: *Миронов Б.Н.* Указ. соч. Т. 2. С. 179.
[3] Сводка ходатайств Пироговского Общества врачей перед правительственными учреждениями за 20 лет (1883 – 1903 г.). Приложение к №4 «Журнала» Общества за 1904 г. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1904. С. VI-VII.
[4] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 64.

4. МЕДИЦИНСКОЕ СООБЩЕСТВО В XVIII – НАЧАЛЕ XX ВВ.

Глава посвящена вопросам формирования социально-профессиональной группы медицинских работников. Анализируется профессиональный, служебный и социальный статус врачей и специалистов среднего звена, их участие в решении вопросов здравоохранения в процессе общественной деятельности.

4.1. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ, СЛУЖЕБНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ВРАЧЕЙ

Функционирование системы здравоохранения обеспечивают медицинские кадры, что естественным образом предполагает изучение различных аспектов формирования социально-профессиональной группы медицинских работников.

Становление «медицинского факультета» (в XVIII в. этот термин употреблялся в значении «медицинское сообщество») относится к XVIII столетию, когда развитие медицинского дела в России привело к численному росту врачей.

Со времени царствования Петра I профессиональная медицинская деятельность в России стала вводиться в правовое русло. В 1721 г. именной указ императора впервые устанавливал ограничения: врачебной практикой могли заниматься только лица, освидетельствованные высшим медицинским административным органом, «понеже иногда многие неученые скитающиеся без всякого наказания дерзновенно лечат, в чем великую вреду жителям учинить могут»[1]. Этот указ неоднократно подтверждался: в 1729, 1750, 1784 гг. Нарушителям грозил штраф и телесное наказание, иностранцам – высылка. Первый нормативный документ – «Устав всем ведомства Государственной Медицинской Коллегии Докторам, лекарям и повивальным бабкам», принятый в 1789 г. обязывал врачей «казенных мест … всех оным подлежащих … лечить безденежно»[2].

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. VI. № 3811.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIII. № 16805.

В течение первой половины XIX в. юридическая база медицинской деятельности постепенно обретала четкие формы. Право заниматься врачебной практикой без ограничений предоставлялось выпускникам российских высших медицинских учебных заведений. Лица с дипломами иностранных университетов допускались к врачебной практике по усмотрению Медицинского совета после дополнительных испытаний, либо на основании заключения Медицинского совета о научной и практической деятельности претендента. Обязательным условием для лекарей «из иностранцев» было знание русского языка[1]. После сдачи устного экзамена они направлялись на практику в госпиталь, где имели возможность обучиться русскому языку в объеме необходимом для общения с больными.

Совершенствование медицинского законодательства привело к кодификации правовых норм, регламентирующих медицинскую деятельность[2]. Устав Врачебный 1857 г., затем в редакции 1892 г. и 1905 г. подтвердил ранее принятые законоположения о допуске к медицинской практике[3]. Устав определял обязанности врачей, важнейшая из которых – являться по приглашению больного (ст. 114)[4]. Применение этой статьи означало, что любой практикующий врач должен оказывать помощь во всякое время по первому зову, даже и в случае неопасной болезни. Неисполнение нормы Устава, согласно ст. 872 и 873 Уложения о наказаниях, каралось штрафом, в случае многократных нарушений нормы – отстранением от должности[5]. Допустившие серьезные врачебные ошибки лишались права заниматься медицинской деятельностью и допускались к практике только после успешных повторных испытаний (ст. 59)[6].

Нормы врачебной этики впервые прописывались в «Генеральном регламенте о госпиталях» (1735): лекарям надлежало быть «богобоязливым, смиренным и воздержанно жить, с больными ласково и усердно обходиться»; лекарским ученикам

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XIII, ч. 2. СПб., 1839. № 11896.

[2] Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части; Устав врачебный. Издание 1892; Устав врачебный. Издание 1905. С. 1-349.

[3] Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части. С. 25-26.

[4] Там же. С. 22. (в редакции 1905 г. – ст. 54).

[5] Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. Отделение седьмое. О нарушении Уставов Врачебных // Свод законов Российской империи. Т. XV. СПб., 1885. С. 86.

[6] Устав Врачебный. Издание 1905. С. 184; Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. Ст. 870. С. 86.

«за больными ходить со всяким усердием и терпеливостью» (гл. IV, ст.1)[1]. Ряд важных положений включала новая редакция Инструкции врачебной управе (1817)[2]: медицинские чиновники «должны стараться не обнаруживать корыстолюбия, которое только может унижать нравственное достоинство». Недостойно лечить «в обход другого врача тайно». Врач должен информировать больного о ходе болезни и методах лечения, он не имеет права оставлять больного, даже если тот неизлечим. Медицинским чиновникам вменялось в обязанность уважительно относиться к аптекарям, не покровительствовать одному в ущерб другому. Принципиально новым было положение о защите чести и достоинства медика. Устав 1857 г. формулировал человеколюбие как «первый долг всякого врача»[3].

Предметом первостепенной заботы правительства в XVIII в. было обеспечение врачами армии и флота, но со второй половины столетия началось создание гражданской отрасли здравоохранения (см. 2.1). В конце века с открытием в губерниях лечебных учреждений приказов общественного призрения, учреждением врачебных управ и врачебных должностей начинает формироваться корпус гражданских медиков – государственных чиновников.

В XVIII в. потребность в квалифицированных медицинских кадрах в значительной мере удовлетворялась за счет приглашения на российскую службу лекарей из-за рубежа: из Германии, Великобритании, Голландии, Греции, Италии Франции, Польши. Около половины врачей – выпускники Лейденского университета, бывшего тогда наиболее авторитетным центром подготовки медиков. До 40% докторов медицины – немцы (выходцы из Германии, прибалтийские немцы)[4].

Иностранцы служили по контрактам («капитуляциям»), который заключался на срок от четырех лет. Многие продлевали контракт, принимали «вечное российское подданство», что открывало карьерные перспективы, и продолжали службу в военном или гражданском ведомстве на общих с русскими врачами основаниях.

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. IX. № 6852.
[2] РГИА. Ф. 1294. Оп. 8 (св.3). Д. 7. Л. 36 об.-39.
[3] Свод учреждений и Уставов врачебных по гражданской части. С. 22.
[4] *Alexander J.T.* Op. cit. P. 38-39.

Родившиеся в России считались уже «природными россиянами». Несмотря на развитие медицинского образования в России, лекари-иностранцы были востребованы, и до середины 30-х годов XIX в. количественно преобладали. Соотношение направляемых в гражданское ведомство иностранных и отечественных врачей в 1807 – 1811 гг. составляло 4:1[1].

Социальный состав лекарей «из иностранцев» довольно пестрый: это выходцы из семей военных, купечества, чиновничества, небогатого дворянства и потомственные врачи.

В литературе лекарям-иностранцам нередко давалась негативная оценка, отмечалось, что большинство в своей деятельности руководствовалось корыстными мотивами. Они служили нанявшему их правительству, а не народу. Я.А Чистович писал по этому поводу: «Позвали к больному – хорошо, не позвали – еще лучше, а самое лучшее – оставили бы в покое, да давали жалованье»[2]. Такая оценка представляется односторонней. Действительно, в силу сложившихся исторических обстоятельств, Россия была привлекательна для разного рода авантюристов, «искателей счастья». Но иностранные специалисты внесли значительный вклад в организацию медицинской помощи, в том числе и в провинции, многие из них сумели преодолеть трудности языковой, культурной и социальной адаптации, укоренились в России и оставили о себе добрую память.

С начала XIX в. прием иностранцев на русскую службу стал ограничиваться. Власти взяли курс на ликвидацию дефицита врачей за счет интенсификации подготовки национальных кадров[3]. Сенатский указ от 29 декабря 1827 г. по рапорту управляющего МВД В.С. Ланского запретил приглашать медиков из-за рубежа для работы в гражданских ведомствах, а 22 октября 1828 г. вышел именной указ «О невызове на службу иностранных врачей»[4]. Это положение не распространялось на

---

[1] *Астахова Е.Ю., Жмуркин В.П., Сточик А.А.* Мероприятия Российского правительства по ликвидации дефицита медицинских кадров на государственной службе в конце 18 – начале 19 веков. // Развитие государственной медицины в России. Материалы симпозиума. ННИИ ОЗ РАМН. М., 2003. С.34.
[2] *Чистович Я.А*. История первых медицинских школ в России. С. 559.
[3] *Зимин И.В.* Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). С. 44.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. II. СПб., 1830. № 1664; Т. III. СПб., 1830. № 1828.

тех, кто принимал российское подданство. Так правительство окончательно отказалось от рекрутирования иностранных специалистов.

Врачей готовили Императорский Московский университет, Петербургская и Московская[1] медико-хирургические академии – созданы на базе ранее существовавших госпитальных школ, затем медико-хирургических училищ. В царствование Александра I открылись университеты в Дерпте (1802), Казани (1804), Харькове (1804), Вильно (1804)[2] с медицинскими факультетами (отделениями)[3].

В XVIII в. в соответствии с сенатским указом от 14 марта 1754 г.[4], отбор в медицинские учебные заведения производился, главным образом, из числа семинаристов: те имели достаточную общеобразовательную подготовку, в том числе по латинскому языку. В начале XIX в. медицинские учебные заведения заполнялись, в основном, представителями средних слоев общества. Преобладали выходцы из среды духовенства[5]. Дворяне нечасто шли в медицину: врачевание считалось недостойным «благородного». Со временем это предубеждение исчезло.

Выпускники высших учебных заведений получали звание лекаря – официальное звание врача до 1917 г. – и направлялись на службу в армию или на флот (в тот период термин «звание» использовался и в смысле «ученая степень» И.В. Зимин ввел в оборот термин «степень-звание»[6]). Срок военной службы точно не устанавливался. Служили долго, иногда до 20 лет и более, обычно увольнялись «за болезнью». В 1808 г. для медиков был установлен обязательный срок – не менее 6 лет. Выйдя в отставку, врач поступал на службу в гражданское ведомство или занимался вольной практикой.

В первые десятилетия XIX в. многие врачи, особенно из числа работавших в провинции, не имели высшего медицинского образования, они проходили подготовку в госпиталях по методу ремесленного ученичества с последующей сдачей

---

[1] С 1808 г. – Московское отделение Петербургской Императорской медико-хирургической академии (ИМХА); в 1845 году вошла в состав медицинского факультета Московского университета.
[2] В 1832 – 1840 гг. – Виленская медико-хирургическая академия.
[3] В 1841 г. открылся медицинский факультет Университета Св. Владимира в Киеве (учрежден в 1833 г.) – в связи с закрытием Виленской медико-хирургической академии.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XIV. № 10196.
[5] *Зимин И.В.* Медицинская интеллигенция в сословной структуре Российской империи XIX века. С. 49.
[6] *Зимин И.В.* Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). С. 332.

квалификационных экзаменов. Так в Ярославской губернии, по нашим подсчетам, в 1800-е гг. выпускники вузов составляли лишь 15,7%, в 1820-е гг. – 40%. С 1830-х – 1840-х гг. «медицинский факультет» пополнялся только выпускниками высших, чаще всего российских учебных заведений.

В первой половине XIX в. проблема дефицита медицинских кадров в гражданском здравоохранении носила перманентный характер. Учебные заведения не успевали удовлетворять постоянно возраставшие потребности, хотя государство уделяло значительное внимание развитию системы высшего медицинского образования. Время от времени власти принимали дополнительные меры для смягчения кадрового «голода». В 1802 г. Медицинская коллегия предложила вольнопрактикующим и отставным военным врачам поступать на гражданскую службу[1]. В 1816 г. Комитет Министров разработал положение об определении на службу отставных лекарей с сохранением пенсии[2]. В 1853 г. МВД с целью ликвидации недостатка врачей в губерниях постановило принимать в медико-хирургическую академию и на медицинские факультеты университетов стипендиатов приказов общественного призрения с обязательством отслужить 10 лет[3].

Специализация врачей до конца XIX вв. отсутствовала. Уездный лекарь являлся одновременно терапевтом, оператором (но без права производить «важные операции»), эпидемиологом, санитарным врачом, судебно-медицинским экспертом и ветеринаром. Оператор и акушер врачебной управы, помимо исполнения своих должностных (административных) обязанностей, должны были, по возможности, оказывать специализированную медицинскую помощь.

Лекарь мог быть пожалован в штаб-лекари (без увеличения жалования). В XVIII в. штаб-лекарское звание ценилось высоко, оно давало право занимать ответственные административные должности. Так, членами врачебной управы назнача-

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 214. Л. 9.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXIII. № 26582.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. XXVIII. СПб., 1854. № 26978.

лись «медицинские чины, имеющие звание Доктора [медицины] или штаб-лекаря»[1]. В XIX в. условиями пожалования в штаб-лекари стали определенная выслуга и «способность к исправлению должности». В соответствии с «Положением о классах медиков, ветеринаров и фармацевтиков и о производстве их в чины», утвержденным Николаем I в 1834 г., на получение штаб-лекарского звания мог претендовать лекарь с 4–7-летним стажем «беспорочной службы», представивший «достойное внимания наблюдение или рассуждение по части Медицинской»[2]. Минимальный стаж для получения штаб-лекарского звания определялся в соответствии с отделением, к которым причислялись лекари при выпуске из учебного заведения в зависимости от их успехов (I, II, III отделения).

Возникновение института присуждения ученых степеней в России относится к 1764 г. Указом Екатерины II от 9 июля Медицинская коллегия получила разрешение принимать экзамены и «всех обучившихся сей науке производить в Доктора медицины»[3]. 29 сентября 1791 г. по именному указу императрицы Московский университет получил право присуждать докторскую степень «обучившимся в оном врачебной науке»[4]. Однако на рубеже XVIII–XIX вв. многие выпускники Московского университета, Петербургской и Московской медико-хирургических академий выезжали в Европу для «усовершенствования в науке», защищали докторскую диссертацию в каком-либо европейском университете, а последующий экзамен в Медицинской коллегии (с 1803 г. в МВД) подтверждал их право пользоваться докторским дипломом.

В первой половине XIX в. нормативная база присуждения ученых степеней медикам менялась. Соответственно менялась и «номенклатура» ученых степеней. «Общие правила об экзаменах медицинских чиновников», разработанные совместно Министерством народного просвещения и Министерством внутренних дел и высочайше утвержденные 15 июля 1810 г., определяли следующие ученые сте-

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIV. № 17743.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. № 7118.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XVI. № 12179.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIII. № 16988.

пени: лекарь, медико-хирург (к нему приравнивался штаб-лекарь), доктор медицины, доктор медицины и хирургии (высшая медицинская степень)[1]. Звание подлекаря, существовавшее в XVIII в., отменялось. Медицинским чинам предписывалось именоваться присвоенными им степенями-званиями: доктора, штаб-лекаря и т.д., называть себя врачами не разрешалось.

Новые «Правила испытания врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок», высочайше утвержденные 18 декабря 1845 г., упорядочили ученые степени и звания врачей. Согласно «Правилам», «Ученые степени и звания... суть троякого рода»: 1) «учено-практические» – лекарь, доктор медицины, доктор медицины и хирургии; 2) «учено-служебные» – уездный врач, член врачебной управы (оператор и акушер), инспектор; 3) «специально-практические» – дантист, повивальная бабка. Степень медико-хирурга упразднялась. Вводилась степень магистра фармации (к нему приравнивался аптекарь)[2]. Поскольку степень доктора медицины и хирургии присуждалась редко, то основными степенями в этот период были степени лекаря и доктора медицины[3]. Для соискателей медицинских степеней и званий предусматривались особые экзамены.

Среди новшеств, предусмотренных «Правилами», – введение испытаний на звание уездного врача и члена врачебной управы: с усложнением механизма медицинского управления и развитием медицинского дела постоянно повышались требования к медицинскому чиновнику. Ему были необходимы знания широкого круга медицинских и смежных дисциплин, медицинского законодательства, делопроизводства. Соискатель звания уездного врача сдавал экзамен по судебной медицине, «медицинской полиции» (оказание неотложной помощи, эпизоотические болезни), кроме того, требовалось знание обязанностей уездного врача. К экзамену на звание члена врачебной управы допускались те, кто имел звание уездного врача. Акушер сдавал письменный (описание двух сделанных им родовспомогательных операций) и устные экзамены по акушерству, гинекологии и детским болезням, по

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. XXXI. № 24298; РГИА. Ф. 733. Оп. 99. Д. 59. Л. 1, 38-39 об.
[2] ПСЗРИ – 2. Т. XX, ч. 2. СПб., 1846. № 19529.
[3] *Зимин И.В.* Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). С. 329-330.

судебной медицине. Перед оператором ставилась задача произвести две сложные операции на трупе и описать их, малые операции (кровопускание, введение катетера и др.) и сдать устный экзамен по хирургии[1].

Экзамены на звание инспектора врачебной управы были введены еще «Правилами» 1810 г.: предусматривались устные и письменные испытания по судебной медицине, медицинской полиции и ветеринарии. «Положение» 1834 г. и «Правила» 1845 г. ужесточали требования, предъявляемые к инспекторам. К испытаниям на это звание допускались доктора медицины, состоявшие на службе не менее 6 лет. Они подвергались экзамену по теории и практике судебной медицины, медицинской полиции, медицинскому законодательству, ветеринарной полиции и эпизоотическим болезням, фармации и практическому испытанию по фармакогнозии.

Только успешно сдавшие экзамены могли получить соответствующую званию должность – при наличии вакансии, которую иногда приходилось ждать годами. Так, лекарь И.И. Татаринов сдал экзамены и был утвержден в звании уездного врача в 1854 г., в звании акушера – в 1855 г., в звании оператора – в 1856 г. Лишь в 1859 г. он получил должность акушера Одесской врачебной управы, а в 1860 г. его перевели на ту же должность в Ярославль[2].

По инициативе архиатра П.З. Кондоиди (1754 – 1760) для врачей стали вводить классные чины. 28 февраля 1762 г. главный директор Медицинской канцелярии архиатр Я. Монсей представил Петру III доклад «О рангах для Медицинского факультета», в котором, в частности, сообщалось, что «большая часть Докторов и Лекарей в рассуждении их нужной и важной должности, коя совокуплена со многими трудностями во все время жития их… без всякого повышения и авантажа исправлять принуждены». Монсей предложил повысить служебный статус врачей[3].

Петр III доклад утвердил. Для врачей были определены классные чины согласно Табели о рангах и в соответствии с их ученой степенью и должностью (ранее медикам определялись чины по «армейскому и флотскому штатам»). Доктора и

---

[1] ПСЗРИ – 2. Т. XX, ч. 2. № 19529.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2101. Л. 28об.-44.
[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XLIV. Книга штатов, ч. 2. Отд. IV. № 11455.

штаб-лекари могли быть произведены в чин коллежского асессора (VIII класс), городовые лекари – в чин губернского секретаря (XII класс)[1]. Согласно «Правилам производства в статские чины» (1790 г.) доктора медицины, прослужившие не менее 10-ти лет, могли быть произведены в чин надворного советника (VII класс)[2].

24 мая 1834 г. Николай I утвердил представленное МВД «Положение о классах медиков, ветеринаров и фармацевтиков и о производстве их в чины». Все медики, состоявшие на службе, получили возможность быть «утверждаемы в чинах, присвоенных ученых их степеням». Доктора медицины и хирургии могли получить чин надворного советника по выслуге 10-ти лет. Доктора медицины, медико-хирурги, штаб-лекари по выслуге 8-ми лет – чин коллежского асессора. Обладатели этих ученых степеней и чинов могли дослужиться до чина статского советника (V класс). Лекари через 3–6 лет «ревностного и беспорочного служения» (в зависимости от отделения, к которому причислены) могли быть представлены к чину титулярного советника (IX класс). Лекарь мог дослужиться до надворного советника, но не выше, если он не был пожалован в штаб-лекари. Ветеринарным врачам и провизорам присваивался чин коллежского секретаря (X класс)[3]. Медицинские служащие производились в чины двумя классами выше занимаемой должности[4], что, на наш взгляд, свидетельствовало о престижности профессии. Классные чины присваивались указом Сената по представлению врачебных управ, при этом учитывался стаж и деловые качества претендента – «усердная и ревностная служба», «хорошее в должности искусство», «отличное поведение». Назначения на должности V и VI классов производились министром внутренних дел, на другие штатные и сверхштатные (в случае необходимости) должности врачей назначал губернатор.

Тогда же, в 1834 г., были введены форменная одежда и знаки различия для гражданских служащих, в том числе и медиков[5]. Образцы форменной одежды рас-

---

[1] Там же.
[2] ПСЗ РИ – 1. Т. XXIII. № 16930.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. № 7118.
[4] Сборник законоположений для врачей, ветеринаров, фармацевтов, акушерок и фельдшеров. Вып. I. С. 12.
[5] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. № 6860.

сылались уездным врачам. В 1837 г. министр внутренних дел Д.Н. Блудов потребовал от Медицинского департамента МВД «непременного и точного» исполнения высочайшего повеления Николая I о том, чтобы гражданские чиновники не носили ни усов, ни бороды, поскольку «это принадлежит одному военному мундиру»[1].

Так был завершен процесс включения медиков в чиновную иерархию служащих гражданского ведомства с ее унификацией и бюрократизацией. Служащие (штатные) врачи имели права государственной службы, важнейшие из которых – права по чинопроизводству, на государственные награды и пенсию. Сверхштатные врачи, хотя и выполняли те же обязанности, что и штатные, могли пользоваться только правами по чинопроизводству, если таковые предоставлялись им по усмотрению губернатора. На основании Положения Комитета Министров от 2 августа 1838 г. министр внутренних дел по представлению губернатора мог определять врачей с правами государственной службы «во всех тех местах, где окажется в оных действительная надобность», но «где мера не потребует издержек от казны»[2], т.е. без права на государственную пенсию.

Статус врача определялся его званием и чином. Производство в чины зависело прежде всего от выслуги и в гораздо меньшей степени от заслуг. Чин надворного советника – «потолок» для уездного врача, не имеющего ученой степени доктора медицины. Чина статского советника могли достичь инспектора и члены врачебных управ. Исключительным явлением было производство в 1863 г. инспектора костромской врачебной управы М. Альбинского в чин действительного статского советника (IV класс) – «за отличие»[3]. Для иностранца обязательным условием производства в классный чин было российское подданство. За производство в чин и получение соответствующего патента с медиков вычиталось месячное жалованье в пользу госпиталей.

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 1029. Д. 79. Л. 1-3.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. XIII, ч. 2. № 11449.
[3] ГАКО. Ф. 204. Оп. 1. Д. 646. Л. 17об.

Производство в классные чины повышало престиж профессии и социальный статус врача. Чиновники первых восьми классов имели право быть «причисленными» к потомственному дворянству. Кроме того, право на потомственное дворянство давало награждение орденом[1]. IX класс давал права личного «дворянского достоинства».

В Ярославской губернии в течение первой половины XIX в. лишь четыре врача были произведены в статские советники: инспектора врачебной управы доктора медицины К.Н. Клейгельс и П.А. Доброславин, штаб-лекарь А.И. Подгаевский и пошехонский уездный врач доктор медицины А.М. Критский. Права и привилегии потомственных дворян в конце XVIII – середине XIX вв. получили 9 врачей[2]. Высокую награду – орден Св. Владимира 4-й степени – в первой половине XIX в. получили штаб-лекари П.А. Красотин и И.Е. Попов, доктор медицины Ф.А. Петерсен, инспектор врачебной управы И.Д. Киселев. Штаб-лекарь Ф.И. Вебер был удостоен орденов Св. Владимира 4-й степени и Св. Анны 3-ей степени[3]. Этот орден фактически являлся знаком выслуги лет: к награде представлялись медицинские чиновники, «беспорочно» прослужившие без перемещения в должности не ниже 8 класса в течение 12 лет подряд. Выслуга лет отмечалась и знаком отличия беспорочной службы с указанием срока службы – XV, XX и т.д. лет. «За усердную службу» врачи награждались орденом Св. Станислава, самым младшим среди русских орденов (в частности, Э.Ф. Недзвецкий[4]).

Возможности восхождения врачей по бюрократической и социальной лестнице постепенно ограничивались. Согласно высочайше утвержденному «Положению о гражданских и служебных преимуществах, соединяемых с медицинскими, фармацевтическими и ветеринарными степенями» от 16 февраля 1849 г., доктора медицины и хирургии и доктора медицины, а также приравненные в правах к последним медико-хирурги, после 4-х лет «одобрительной службы» могли быть про-

---

[1] *Кузнецов А.А.* Ордена и медали России. М.: Издательство Московского университета. 1985. С. 20.
[2] См.: ГАЯО. Ф. 213. Оп. 1. Д. 891, Д. 893, Д. 1254, Д. 1746, Д. 1827, Д. 2415, Д. 2494, Д. 3090, Д. 3187.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1.Д. 271. Л. 6об., 12об.; Д. 1469. Л. 7; Д. 2426. Л. 3; Оп. 2. Д. 24. Л. 2.
[4] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2422. Л. 17.

изведены в чин VIII класса (ранее – VII класса). Лекари и магистры фармации (высшая ученая степень для фармацевта) после 4-х лет службы – в чин IX класса (ранее минимально необходимый стаж – 3 года)[1]. В 1885 г. выпускники медицинских факультетов получили право на утверждение в чинах уже при поступлении в гражданскую службу[2]. Самодержавная власть при этом последовательно повышала планку для получения прав на дворянское достоинство: с 1845 г. – при достижении чина V, с 1856 г. – IV класса. Постоянно повышался и ранг ордена, необходимый для причисления к дворянству[3].

Чиновники X – XIV классов входили в группу потомственных и личных «почетных граждан». К этой группе относились провизоры, ветеринары, аптекарские помощники, ветеринарные помощники и дантисты – они могли быть произведены в чин XIV класса после 12-летней выслуги[4]. Невысокий статус последних определялся тем обстоятельством, что государственной системы подготовки стоматологических кадров вплоть до конца XIX в. не существовало, общеобразовательный ценз и уровень профессиональной подготовки дантистов был низким.

Добросовестная работа лекаря и «особые труды» (участие в военных действиях, ликвидации эпидемии, «полезные изобретения» и т.п.) отмечалась медалью, объявлением «признательности» начальства «за отлично ревностную службу», повышением в чине, переводом на старший оклад, премией (в размере месячного, полугодового или годового оклада) или ценным подарком (например, золотой табакеркой, бриллиантовым перстнем) от имени императора.

Представление о ступенях карьерного роста провинциального медика дает формулярный список доктора медицины Карла Николаевича Клейгельса (1770 – ок. 1830), типичного врача-чиновника первой половины XIX в. Клейгельс, финский дворянин, лютеранин по вероисповеданию, в 1783 – 1785 гг. учился в академии в Упсале), в 1785 – 1788 гг. – пенсионер Медико-хирургической академии в Петербурге. В 1788 г. вступил «в вечное российское подданство». С 1788 по 1790 гг. в

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXIV, ч. 1. СПб., 1850. № 23022.
[2] ПСЗ РИ – 3. Т. V. СПб., 1888. № 3255.
[3] *Кузнецов А.А.* Указ. соч. С. 20.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. XXIV, ч. 1. № 23022.

должности флотского лекаря «был безотлучно» на корабле и участвовал в четырех сражениях. В 1791 г. уволен «в чужие края» для продолжения образования, два года обучался в Йенском университете, там же защитил докторскую диссертацию. По возвращении в 1793 г. экзаменован Медицинской коллегией и утвержден в звании доктора медицины[1]. Прослужив некоторое время в Смоленской губернии, в 1797 г. Клейгельс переехал в Мологу и навсегда связал свою судьбу с Ярославским краем.

Врачебная управа отмечала «усердие и ревность» доктора к службе. В 1804 г. Клейгельс произведен в надворные советники. В 1807 г. он занял должность акушера, а в 1814 г. – инспектора ярославской врачебной управы. Был «удостоен объявлением ему за усердие в исправлении должности признательности начальства». В 1816 г. «за отлично ревностную службу и особенные труды» Клейгельс награжден коллежским советником, в отставку ушел в чине статского советника в 1828 г.

К.Н. Клейгельс успешно вписался в местное общество. Он «в совершенстве» владел русским языком, женился на русской, стал отцом десятерых детей и, в соответствии с российским законодательством, воспитывал детей в православной вере. Род Клейгельса занесен в родословные книги ярославского дворянства.

Начиная с 1830-х – 1840-х гг., с увеличением числа выпускников медицинских факультетов врачи стали чаще определяться на службу по линии МВД со студенческой скамьи, минуя армию и флот, поэтому гражданский «медицинский факультет» значительно помолодел. Численность медиков в губерниях постепенно увеличивалась. Появились «особые» городовые лекари, врачи в учебных заведениях, фабричных больницах, помещичьих имениях, в ведомстве государственных имуществ, путей сообщения и др. Возросло количество вольнопрактикующих врачей. Врачам, работавшим по найму частных лиц, городских обществ и учреждений, предоставлялись права государственной службы (по чинопроизводству).

Заметно расширился спектр социальных групп, из которых выходили в медики: духовенство, чиновничество, купечество, мещане, военнослужащие. Осо-

[1] ГАЯО. Ф. 213. Оп. 1. Д. 1827. Л. 1-6; РГИА. Ф. 1299. Оп. 9. Д. 185. Л. 29 об.-30.

бенно примечательно увеличение доли дворян. В 1850-е гг. во Владимирской губернии служили 27 врачей, из них 9 принадлежали к дворянскому сословию, 7 – к духовенству, 4 – к купечеству; в Костромской губернии из 26 врачей 6 – дворяне, 9 – из семей духовенства; в Тверской губернии из 21 врача 8 – дворяне, 5 – из семей духовенства; в Ярославской губернии служили 30 врачей, 9 из них – дворяне, 6 – из духовенства[1]. Это явление – отражение общероссийской тенденции. В 1850/1851 гг. на медицинском факультете Московского университета дворяне составляли 43,1%, в 1859 г. – 66,6%, в 1865 г. – 60,1%[2].

В середине XIX в. групповой портрет врача в провинции (по материалам Ярославской губернии, 1842) выглядел следующим образом: служащий во врачебной управе – 25%, либо в должности уездного врача – 50%, либо городового врача – 25% в возрасте до 40 лет – 75%, 40 – 45 лет – 25% в чине надворного советника – 18,7%, или коллежского асессора – 56,2%, или титулярного советника – 18,7%, или без чина – 6,4%; православного вероисповедания – 81,2%; происходивший из духовного сословия – 25%, из дворян – 18,7%, из купечества – 12,5%, из военнослужащих – 18,7%, из мещан – 6,4%, «из иностранцев» – 18,7%; получивший образование в Московском университете – 43,5%, или Петербургской ИМХА/Московском отделении – 37,5%, или в Дерптском университете – 12,5%, либо в Виленской академии – 6,5%; имеющий звание медико-хирурга – 18,5%, либо доктора медицины – 6,5%, либо штаб-лекаря – 68,5%, либо лекаря – 6,5%[3].

Менялся национальный состав врачебной корпорации. Если в начале XIX в. иностранцы численно преобладали, то в 1850-е гг. в регионе Верхней Волги служили три лекаря «из иностранцев» (два – в Тверской и один – в Костромской губернии). Пометка «из иностранцев» использовалась в официальных документах уже в качестве маркера, обозначавшего этническое происхождение врачей, российских подданных, интегрированных в социальную среду и даже выслуживших российское дворянство.

---

[1] Подсчитано по: РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 56-58об.; Д. 659. Л. 26-29об.; Д. 678. Л. 62-63об.; ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1469. Л. 1-205об.

[2] *Зимин И.В.* Медицинская интеллигенция в сословной структуре Российской империи XIX века. С. 50.

[3] Подсчитано по: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 648. Л. 65-66.

Во второй половине XIX в. процесс формирования медицинского сообщества продолжался под влиянием происходивших в этот период преобразований в социально-экономической сфере. Появились новые отряды медицинских работников – земские врачи, фельдшера, акушерки.

Среди врачей (и других категорий медицинских работников) общественных самоуправлений выделялись две группы: 1. служащие бывших учреждений приказов общественного призрения и Министерства государственных имуществ, оставленные земством на своих должностях; 2. нанятые на должности, учрежденные земством. Первые сохраняли права государственной службы, если приобрели их работой в лечебных заведениях до передачи последних земствам. Таковых, например, в Ярославской губернии в 1882 г. из 23 земских врачей оказалось 11[1].

Что же касается остальных служащих общественного сектора здравоохранения, то прав по чинопроизводству они не имели и казенной пенсии не получали, если не совмещали земскую службу с коронной. Правда, Положение 1838 г. и «Правила об испрошении Высочайших наград», утвержденные 1 августа 1898 г., разрешали ходатайствовать о предоставлении прав государственной службы (без права на получение пенсии из казны) служащим общественных учреждений[2]. Но, по-видимому, такие ходатайства были нечастым явлением. В Костромской губернии, например, согласно данным годового отчета за 1900 г. из общего числа находившихся на государственной, общественной и частной службе врачей – 95 человек – 45 прав государственной службы не имели[3].

В 1898 г. права государственной службы по чинопроизводству (без государственного пенсионного обеспечения) получил медицинский персонал наиболее сложного участка общественного здравоохранения – земских психиатрических лечебных учреждений: заведующие – права VI класса, помощники заведующего – VII, ординаторы – VIII и фельдшера – XIV класса[4].

---

[1] Подсчитано по: РГИА. Ф. 1297. Оп. 280. Д. 13. Л. 16об.
[2] ПСЗ РИ – 3. Т. XVIII, ч. 1. СПб., 1901. № 15871
[3] ГАКО. Ф. 135. Оп. 1. Д. 1316. Л. 13.
[4] ПСЗ РИ – 3. Т. XVIII, ч. 1. № 15537.

Земства не ввели служебную иерархию медиков, и у земских врачей не было перспектив карьерного роста. Отмена земствами служебного старшинства определила преимущество государственной службы перед общественной.

Земская медицина в первые десятилетия своего развития держалась, главным образом, на совместителях – уездных и городовых врачах, соединявших коронную службу с земской. По мере роста численности врачей в России доля совместительства снижалась, хотя и в начале XX в. врачи нередко занимали две и более должности на государственной, частной и земской службе. Особенно часто совместители привлекались на работу в фабрично-заводские лечебные учреждения.

Новое явление в медицинском мире – появление женщин-врачей – результат становления в стране высшего женского медицинского образования. Их профессиональная деятельность была законодательно ограничена, и земская служба в сельской местности – одна из разрешенных сфер приложения труда обладательниц особого диплома «женщины-врача». В 1898 г. женщины-врачи получили права государственной службы, за исключением прав чинопроизводства, награждения орденами и некоторых других[1]. Это укрепляло их статус в сфере занятости, на них распространялось государственное пенсионное обеспечение.

«Положение о Санкт-Петербургском Женском Медицинском Институте» от 10 мая 1904 г.[2] предусматривало выдачу выпускницам диплома на звание лекаря «со всеми предоставляемыми сим званием правами на медицинскую деятельность и службу, кроме прав по чинопроизводству», следовательно, упразднялся особый статус женщины-врача. Снимались существовавшие ранее ограничения в сфере занятости. Врачебный Устав в редакции 1905 г. распространил права, предусмотренные «Положением», на всех лиц, получивших ранее звание женщины-врача (ст. 43).

Официальное признание женщины в качестве врача состоялось. Сфера деятельности женщин оставалась преимущественно традиционной: акушерство, женские и детские болезни. Женщина чаще занимала малопривлекательные для мужчин должности в деревне, в отдаленных регионах и даже фельдшерские должности.

---

[1] Там же. № 15155.

[2] ПСЗ РИ – 3. Т. XXIV, ч. 1. СПб., 1907. № 24495.

Число женщин с высшим медицинским образованием быстро увеличивалось. В 1879 г. МВД впервые допустило к врачебной деятельности 23 женщины[1]. В 1890 г. было зарегистрировано 409 женщин-врачей, из них 210 (51%) занимались вольной практикой, 87 служили в земстве, 59 – в больницах другой ведомственной подчиненности и богадельнях, 17 – в учебных заведениях[2]; в 1913 г. – 2 201 и в 1914 г. – 2 887 специалистов высшей квалификации[3]. Во Владимирской губернии в 1914 г. работали 34, в Костромской – 28, Тверской – 42 и Ярославской – 35 женщин-врачей[4]. Доля вольнопрактикующих при этом сократилась до 38%, на службе состояли 62%. Из них в земской медицине работали 50,6%, в городской – 18,6%, остальные служили в учебных заведениях и в частном секторе[5].

Таким образом, в течение XVIII – начала XX вв. корпус врачей количественно и качественно менялся. В начале XVIII в. «медицинский факультет» насчитывал примерно 250 врачей, включая до 150 приглашенных Петром I иностранных докторов медицины и лекарей, в конце столетия в России работали около 1,5 тысяч врачей, не считая вольнопрактикующих (их число неизвестно), почти 900 медиков служили в гражданских учреждениях[6]. В 1913 г., накануне Первой мировой войны, в гражданском здравоохранении России работали 24 192 врача (включая 5 161 зубного врача)[7] (см. Приложение 14). За этот период изменился национальный и гендерный состав медицинского сообщества, определился профессиональный и социальный статус врачей. Основные сферы трудовой деятельности врачей – государственная и общественная (земская и городская) служба.

---

[1] Отчет Медицинского Департамента за 1880 год. С. 200.
[2] *Гребенщиков В.И.* Опыт разработки результатов регистрации врачей в России. С. 2-4.
[3] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. С. 50.
[4] Там же. Таблицы. С. 24-27.
[5] *Торопов Д.И.* К статистике женщин-врачей в России. // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1914. Июнь. С. 878.
[6] *Самойлов, В.О.* История Российской медицины. С. 73; *Мирский М.Б.* Медицина России X-XX веков. С. 176.
[7] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. С. VI. К концу 1914 г. в связи с военной мобилизацией медицинских работников численность гражданских врачей сократилась до 18 320 человек – без учета Западных губерний (см.: Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. С. 50).

Положение лекаря в сфере профессиональной деятельности было незавидным. В XVIII в. военные лекари нередко подвергались насилию. И.Б. Фишеру, директору Медицинской канцелярии, в середине 1730-х гг. доносили: «…штаб-офицеры оных лекарей хотят иметь во всем в своей команде… Многих как камердинеров употребляют, заставляют их и парики поправлять, а которые лекари не похотят излишнюю услужливость и раболепство несть, на таких нападают, и их по своим изволям штрафуют и безчестят…» В связи с многочисленными жалобами императрица Анна Иоанновна подписала указ о запрещении «оных беспорядков» под угрозой штрафа (1737)[1]. Только в 1798 г. великий князь Александр Павлович запретил телесные наказания медицинских чинов в армии. За проступки по службе предписывалось применение административных мер: выговоров, записи в формулярах, задержания на несколько дней в лазаретах и др.[2]

Случаи самоуправства и насилия в отношении врачей, военных и гражданских, случались и в более поздний период. Иногда доходило до курьезов. В 1817 г. ростовский лекарь Ф.И. Вебер жаловался, что местный начальник инвалидной команды капитан Устинов отобрал лекарства и «хранит их самолично»[3].

Медицинский персонал нередко становился жертвой произвола местной администрации. По сенатскому указу от 9 апреля 1829 г. губернскому правлению предоставлялось право медицинских чинов за «простое упущение должности», «ослушание требованию» «и другого рода неисполнительность против начальственных распоряжений» подвергать взысканиям и предавать суду[4]. Врач наказывался штрафом (например, в размере месячного жалованья) или объявлением строгого замечания, выговора, сообщением о его проступке в Петербург, что могло иметь последствием перевод на другое, менее привлекательное место, и даже увольнение.

---

[1] ПСЗ РИ – 1. Т. X. № 7162.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 5. Л. 59.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 246. Л. 110.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. IV. СПб., 1830. № 2814.

В 1845 г. строгий выговор от владимирского губернатора получил лекарь Александров «за неточное исполнение данного ему инспектором управы приказания касательно производства операции»[1]. В 1863 г. «за беспорядки по должности» под следствием оказался романово-борисоглебский уездный лекарь Конорский[2].

Указом от 9 апреля 1829 г. губернатор пользовался и в тех случаях, когда врач действовал не по его усмотрению или не мог физически и морально исполнить распоряжения вышестоящих лиц. В некоторых ситуациях требования властей шли вразрез с принципами врачебной этики, и тогда подчиненное положение медицинских чиновников вынуждало их совершать действия несовместимые с гуманистическими установками[3]. Так, в 1845 г. костромской губернатор отдал под суд лекаря Г. Левковича «за участие в слабом исполнении наказания, определенном убийцам»[4]. В 1846 г. ярославская врачебная управа завела дело об уклонении ярославского уездного лекаря Г. Флоринского от своих обязанностей[5]. Флоринский получил приказ присутствовать при клеймении арестантов, но в тюрьму под разными предлогами не являлся. Упорство врача было сломлено угрозой наказания.

Признавая необоснованность взысканий, МВД циркулярами (от 31 июля 1847 г. и 5 ноября 1852 г.) стремилось удержать местную администрацию от произвола по отношению к врачам, «но губернские правления этих циркуляров не слушали»[6]. Особенно незавидным было положение уездного врача. Он, по словам «Московской медицинской газеты», «представляет собой самого жалкого медицинского чиновника, поставленного в зависимость от всех, начиная с уездного предводителя, до последнего писца станового пристава»[7].

---

[1] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 166. Л. 14.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2393.
[3] Врачебная управа была обязана давать заключения о состоянии здоровья «нижних чинов» и арестантов, приговоренных к телесным наказаниям. Например, заключение ярославской врачебной управы (1860) гласило: «По освидетельствовании оказалось, что арестант Яков Яковлев в настоящее время здоров, телосложения крепкого, шпицрутенное наказание чрез 100 человек двадцать раз перенести может и к работам в рудниках способен» – речь шла о приговоренном к пожизненной каторге (ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2073. Л. 111).
[4] РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 132. Л. 13.
[5] См. ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 821.
[6] Архив судебной медицины и общественной гигиены. 1865. Кн. 1. С. 36.
[7] Московская медицинская газета. 1862. № 29. С. 463.

От врачей, разумеется, требовалась безусловная политическая лояльность. После выступления декабристов Медицинский департамент МВД направил в губернии предписания (от 14 мая 1826 г.) «об истребовании от чиновников обязательств в том, что они принадлежать к тайным обществам не будут». Такие обязательства было приказано доставить и служащим, и вольнопрактикующим врачам[1].

Медицинский персонал общественных самоуправлений находился в подчинении как местной администрации, так земских и городских управ. Врачи принимались на службу управами на основании добровольных соглашений, затем их кандидатуры утверждались губернатором. Такой порядок вызывал протесты и земств, и медицинского сообщества, что нашло отражение в постановлении IX Пироговского съезда (1904): «Установившаяся практика утверждения администрацией врачей, приглашаемых земскими и городскими общественными самоуправлениями, с одной стороны, препятствует правильному развитию земской и городской медицины, крайне затрудняя приглашение вполне подходящих для дела сотрудников, с другой тяжелым бременем ложится на материальное положение врачей, устраняя многих из них от общественной деятельности»[2].

Власти использовали свое право удалять из земств неблагонадежных служащих, в том числе врачей, как метод борьбы с политически активной земской интеллигенцией. Так, в 1908 г. костромской губернатор А.П. Веретенников запретил служить в земстве председателю губернской земской санитарной комиссии З.Г. Френкелю, активисту кадетской партии, затем, в 1909 г., выслал его из Костромы[3].

Права управы и пределы ее власти при определении и увольнении медицинских работников не имели четких ограничений. Врача могли уволить без объяснения причин. Помощник костромского врачебного инспектора М.А. Невский отмечал: «… не тяжелый труд составляет самое худшее в положении врача, а его непрочное и не гарантированное положение относительно земства и полная зависимость от управы, которая не может быть компетентным судьей деятельности

---

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 337. Л. 58 об.
[2] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1904. № 6. С. 600-601.
[3] *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. С. 218, 220.

врача…»[1]. «Долго ли будет медицинская земская служба находиться в руках произвола, каприза и страстей земских деятелей?», – задавал риторический вопрос Е.А. Осипов[2]. «Земство ставит нас, врачей, ни в грош», – с горечью замечал герой чеховского рассказа «Неприятность»[3].

Губернская медицинская администрация во взаимные отношения органов самоуправления и врачей, как правило, не вмешивалась. Иное дело, если врач имел права государственной службы – в таких случаях его законные интересы защищались официальными властями.

Неоднозначным было отношение к медицинскому работнику в той среде, где непосредственно вращалось большинство земских врачей: 60% из них жили в деревнях и 28% – в небольших уездных городах[4].

Особенность крестьянского менталитета – подозрительное отношение к любому чиновнику, оно распространялось и на земских служащих, в том числе и врачей. Отрицательный «образ» врача глубоко укоренился в народном сознании. Большинство медиков XVIII – первой четверти XIX в. – иностранцы (неправославные!), плохо владевшие русским языком (достаточно вспомнить персонажа гоголевского «Ревизора» Х.И. Гибнера), и население относилось к ним с предубеждением. Во враче народ видел не целителя своих недугов, а барина, чиновника, исполняющего медико-полицейские обязанности – «потрошителя трупов».

Недоверие к врачу и к медицине нашло отражение в народной культуре, в частности, пословицах, собранных В.И. Далем во второй четверти XIX в.: «Не дал Бог здоровья – не даст и лекарь», «Та душа не жива, что по лекарям пошла», «Полечат, авось даст Бог и помрет» и др.[5]

Способ передачи знаний и опыта посредством подражания, вследствие низкого уровня грамотности населения, воспроизводил традиционные ценности, ори-

---

[1] *Невский М.А.* Указ. соч. С. 150.
[2] Московская медицинская газета. 1877. № 8. С. 226.
[3] *Чехов А.П.* Собрание сочинений. В 12-ти тт. Т. 6. М.: Художественная литература, 1962. С. 127.
[4] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 175-176.
[5] *Даль В.И.* Пословицы русского народа. М.: «Издательство Астрель», 2005. С. 274.

ентации и поведенческие практики, в лучшем случае обеспечивая медленную эволюцию устоявшихся представлений[1]. Поэтому земский врач и общественный деятель С.И. Игумнов имел основания уже в начале XX в. утверждать, что «врач, несмотря даже на его личные прекрасные качества и полное доброжелательство к крестьянам, все же для них чужой человек»[2].

Новый виток модернизации российского общества, начавшийся в период либеральных реформ, захватил и сферу сознания народных масс. Начиная со второй половины XIX в., отношение к врачу, вообще к медицинскому работнику и к рациональной медицине постепенно менялось. С развитием земской медицины, особенно с распространением стационарной системы обслуживания, врач стал ближе крестьянину. Эту эволюцию отмечали Е.А. Осипов, П.И. Куркин и И.В. Попов: «Как только среди крестьян явился земский врач с душевною готовностью оказывать помощь в болезнях, то они не замедлили отнестись к нему с полнейшим доверием»[3]. О том же свидетельствовал ярославский врачебный инспектор Н.Ф. Шайтанов в 1882 г.: «доверие народа к научной медицине в Ярославской губернии достигло довольно высокого уровня[4]. Земства нередко отмечали, что наилучшим образом располагали к себе сельское население женщины-врачи и фельдшерицы, они успешнее приучали крестьян к профессиональной медицине[5]. Личность медицинского работника, доверие к нему населения являлись непременными условиями успешного развития земской медицины.

4.2. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вспомогательный, или низший медицинский персонал – по терминологии XIX в. – составляли лекарские ученики, фельдшера и повивальные бабки.

---

[1] *Миронов Б.Н.* Указ. соч. Т. 2. С. 293-294.
[2] *Игумнов С.* Земские врачи прежде и теперь. С. 326.
[3] *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Указ. соч. С. 76.
[4] РГИА. Ф. 1297. Оп. 280. Д. 13. Л. 10об.
[5] *Абрамов Я.* Женские врачебные курсы. СПб., 1886. С. 23.

Лекарские ученики появились в 1707 г. с открытием Московского Генерального госпиталя и госпитальной школы. Термин «лекарский ученик» обозначал не только статус обучающегося, но и должность помощника лекаря. Появление фельдшеров («фельдшер» от нем. *Feldscher*, то есть «полевой (лекарь)»), специалистов со средним медицинским образованием, Я.А. Чистович относил к 1740-м гг., когда в военные госпитали стали направлять из гарнизонных школ учеников «другого рода». Они «упражнялись в надзирании больных» и одновременно обучались перевязке ран, кровопусканию и т.п. После пяти лет наиболее способные производились в подлекари, прочие направлялись в армию цирюльниками[1]. С 1754 г. фельдшера стали необходимой принадлежностью каждого военного госпиталя. Гражданская медицина также нуждалась во вспомогательном медицинском персонале. Штаты медицинских чинов, введенные в 1797 г., предусматривали назначение губернские и уездные города по два лекарских ученика – старшего и младшего (см. 2.1).

Назначение на должность лекарских учеников не обусловливалось какими-либо правилами: принимались лица любого возраста, сословия и образовательного уровня. Профессиональное обучение лекарских учеников возлагалось на врачей, под руководством которых они работали. Основной контингент лекарских учеников составляли выходцы из среды духовенства, канцеляристы, прочие «приказнослужители» и отпущенные на волю крестьяне. Низкое жалование делало эту службу малопривлекательной, поэтому требования к образовательному уровню лекарских учеников были минимальны. Принимали исключенных из духовных семинарий «за неспособностью к наукам», даже неграмотных, поскольку лекарские ученики «определяются к таким делам, где нет надобности умения читать и писать»[2].

В медицинскую службу часто поступали по решению местных властей. В 1824 г., например, ярославское губернское правление решало судьбу крестьянина И. Андреева. «Как он от помещика Губастова отпущен на волю для избрания рода

---

[1] *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. С. 238-239.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 222. Л. 55об.

жизни, то может быть определен в лекарские ученики», – решили ярославские чиновники[1]. Примечательна фигура ростовского лекарского ученика К. Потехина. Бывший солдат, участник взятия Очакова и Бендер, кавалер ордена Св. Анны, К. Потехин, лишившись правой руки, попал в инвалидную команду, уже пожилым человеком поступил в медицинскую службу и работал до глубокой старости[2].

Обязанности старших и младших учеников в нормативных документах четко не определялись, при различных окладах они были одинаковы и состояли в исполнении поручений врача. Обычно младший ученик сопровождал врача в служебных поездках по уезду, а старший в это время заменял лекаря в больнице, но без права самостоятельно назначать лечение (за исключением экстренных случаев).

Как правило, лекарские ученики оставались в этом статусе весь период службы. Добросовестная служба поощрялась положительным отзывом непосредственного начальника (лекаря), который заносился в формуляр («способен и достоин»), или денежной премией. За особенные достижения, например, активное участие в оспопрививании, могла быть пожалована медаль. Возможности карьерного роста ограничивались перемещением с должности младшего на должность старшего лекарского ученика, вершина карьеры – назначение в губернский город. Лишь в единичных случаях наиболее способные направлялись в медико-хирургическую академию «для большего распространения знаний врачебной науки».

Меры наказания, применявшиеся в XVIII – начале XIX вв. в отношении лекарских учеников за весьма частые «неисправности и упущения», «нерадивость в должности», «пьянство и буйственные поступки» – заключение в тюремную больницу с тем, чтобы провинившийся «около больных колодников исправлял должность», не исключались и наказания розгами. Вопрос дисциплины, по крайней мере в Ярославской губернии, стоял настолько остро, что в 1800 г. врачебная управа просила Медицинскую коллегию нарушителей «хотя на короткое время отдать в полки в цирюльники», чтобы довести их «до послушности»[3]. Позднее лекарский ученик

[1] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 297. Л. 8.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 107. Л. 27-28.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 10. Л. 272.

наказывался выговором, строгим выговором с занесением в формулярный список. Серьезные нарушения дисциплины грозили увольнением.

В XIX в. лекарские ученики могли получить звание фельдшера, овладев профессией на рабочем месте, у постели больного, и сдав экзамен в губернской врачебной управе или пройдя курс обучения в фельдшерской школе.

Фельдшерские школы стали открываться с 1829 г. при крупных больницах приказов общественного призрения. В середине XIX в. фельдшеров готовили школы Петербурга, Москвы, Казани, Харькова, Киева и Одессы. За счет приказов обучались подростки в возрасте 12–16 лет, преимущественно сироты из свободных сословий, допускалось и обучение крепостных – за счет помещиков. Сдавшие выпускные экзамены в зависимости от успехов утверждались в звании младшего или старшего фельдшера. Казеннокоштные выпускники обязывались проработать в больницах приказа не менее 6 лет[1]. Кроме того, фельдшеров готовили полковые и батальонные лазареты из числа неспособных к строевой службе солдат – «ротных фельдшеров»: военный врач обучал их уходу за больными, приготовлению лекарств и латыни. В 1850-е гг. появились женские фельдшерские школы.

Перед фельдшерами, помимо государственной службы, открывались возможности работать по приглашению городских самоуправлений, учебных и благотворительных заведений, частных лиц. В середине XIX в. фельдшеров можно было встретить и в сельской местности. Некоторые помещики держали фельдшеров из числа своих дворовых или вольнонаемных для лечения крепостных и оспопрививания. МГИ назначало фельдшеров в казенные волости (см. 2.3).

Служебный и социальный статус вспомогательного медицинского персонала в течение XIX в. менялся. Согласно утвержденному 29 марта 1833 г. мнению Государственного Совета «О награждении Лекарских учеников, за выслугу лет, чином 14 класса», они – наравне с фельдшерами – приобретали право на низший чин коллежского регистратора после 20 лет службы на штатной должности, если не принадлежали к податным сословиям[2].

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. VII. № 5715.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. VIII. СПб., 1834. № 6083.

С 1834 г. лекарские ученики податного состояния освобождались на время службы от всех податей и повинностей[1].

В 1850 г. были введены правила испытаний для лекарских и аптекарских учеников, фельдшеров, дантистов и костоправов[2]. В случае успешной сдачи экзаменов и получения соответствующего свидетельства эти категории медицинских работников могли претендовать на производство в низший классный чин и, следовательно, на повышение своего социального статуса. Производство в чин XIV класса позволяло выйти из податного состояния[3]. С 1856 г. фельдшера производились в чины классом выше занимаемой должности[4].

В числе предоставляемых чином прав – право на получение награды. В 1855 г. ярославский губернатор А.П. Бутурлин ходатайствовал перед МВД о награждении костоправа В.И. Данилова, который практиковал в ростовской больнице. С 1837 по 1855 гг. Данилов «подал помощь» 310 «разного рода людям», причем бедных лечил безвозмездно. Ходатайство не было удовлетворено: Данилов не был экзаменован и не имел права на награду, но разрешили зачислить его лекарским учеником[5]. С 1856 г. Данилов официально работал при ростовской больнице без жалованья. В 1861 г. врачебная управа вновь представила его к награждению медалью «за усердную и безвозмездную службу»[6]. Исход этого ходатайства неизвестен.

В конце XIX столетия в связи с возросшими требованиями к уровню квалификации вспомогательного медицинского персонала институт лекарских учеников был преобразован. Согласно высочайше утвержденному мнению Государственного Совета от 14 мая 1885 г. и 18 октября 1886 г. лица, закончившие полный курс земской фельдшерской школы или сдавшие экзамен на фельдшерское звание экстерном, производились в первый классный чин (XIV класса) с правами государственной службы после 10 лет работы или 6 лет службы на штатной должности и

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. IX, ч. 1. № 7013.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. XXV, ч. 1. № 23995.
[3] ПСЗ РИ – 2. Т. XXIV. № 23022.
[4] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXI, ч. 1. СПб., 1856. № 30057.
[5] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1727. Л. 6-8об.
[6] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 2129. Л. 288.

получали звание лекарского помощника[1]. Должности лекарских учеников упразднялись и учреждались должности уездных фельдшеров, которые постепенно должны были замещаться выпускниками фельдшерских школ. Старшие лекарские ученики без фельдшерских свидетельств оставлялись в должности фельдшера до выхода в отставку. Младшие лекарские ученики выводились за штат. Вследствие дефицита кадров губернаторам разрешалось принимать на временную службу лиц, не имеющих фельдшерского звания[2].

Повивальные бабки в конце XVIII – начале XIX вв. – как правило, сироты, воспитанницы Московского или Петербургского воспитательных домов, где и была организована подготовка акушерских кадров. В течение XIX в. сеть средних женских медицинских учебных заведений расширялась: повивальные институты (средние учебные заведения) и повивальные школы при акушерских клиниках университетов, отделениях городских больниц Петербурга, Москвы, Киева, Митавы и некоторых других городов.

Со временем интерес к «повивальному искусству» стали проявлять представительницы различных сословий – мещан, чиновников, военнослужащих и дворян, чаще незамужние или вдовы – те, кому приходилось самим зарабатывать на жизнь. По имеющимся в нашем распоряжении неполным данным на 1861 г., в Ярославской губернии работали 2 дворянки, 2 чиновницы и 4 акушерки из семей офицеров[3].

В период становления земской медицины, а к концу XIX в. – городской и фабрично-заводской медицины обнаружилась острая нужда в фельдшерских и акушерских кадрах. В гражданскую, в том числе и земскую службу, приходили выпускники фельдшерских школ, но самую многочисленную группу составляли «ротные фельдшера» и лекарские ученики, сдавшие экзамен на фельдшерское звание экстерном. Теоретических знаний эти фельдшера не имели, их отличал низкий общеобразовательный уровень. Более того, по свидетельству М.Я. Капустина, большинство фельдшеров не имели даже практических навыков[4]. Со временем такой

---

[1] ПСЗ РИ – 3. Т. V. СПб., 1887. № 2945; Т. VI. СПб., 1888. № 4066.
[2] РГИА. Ф. 1149. Оп. 10. Д. 53. Л. 7об.-11, 12об.-13, 34.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп.1. Д. 2201. Л. 26об., 28 об., 38, 65, 82, 84, 112, 167.
[4] *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. С. 30.

способ подготовки кадров перестал соответствовать уровню развития медицинской науки и обеспечивать нужды практической медицины. Целевая подготовка акушерок для деревни практически не велась. В середине XIX в. Петербургский и Московский повивальные институты открыли отделения для крестьянок (каждый на 20 воспитанниц), что, естественно, не могло удовлетворить потребность в кадрах. Обучение вспомогательного медицинского персонала постепенно переходило в руки земств. Органы общественного самоуправления стали учреждать и содержать за свой счет фельдшерские и акушерские школы при губернских больницах.

В 1872 г. министр внутренних дел утвердил «Нормальный Устав земской фельдшерской школы» и программу. Предусматривался трехлетний курс бесплатного обучения юношей в возрасте 15–20 лет, умеющих читать и писать, по направлению земств и вольноприходящих [1]. Общая подготовка поступающих, следовательно, была крайне низкой. М.Я. Капустин отмечал: «В них (фельдшерские школы – *Е.С.*) загоняют детей или невозможность никакой другой профессии, или крайняя нужда родителей, ищущих прежде всего казенных хлебов для своих детей»[2]. Программа первого года обучения включала общеобразовательные предметы, на втором году изучались дисциплины медицинского профиля. Предусматривались практические занятия. Ученики 3-его класса проходили практику по хирургии, десмургии, судебной медицине, приготовлению лекарств, изучали аптечное счетоводство и бухгалтерию, исполняли фельдшерские обязанности в отделениях больницы и амбулатории. По результатам итоговых экзаменов выпускники утверждались в звании старших или младших фельдшеров. Устанавливался обязательный срок службы по направлению земств – четыре с половиной года.

В 1876 г. фельдшеров для гражданской службы готовили 19 земских школ (всего в России – 31 школа)[3]. Увеличилось число женских фельдшерских школ (в 1886 г. – 14 школ), практиковалось и совместное обучение юношей и девушек.

---

[1] Сборник законоположений для врачей, ветеринаров, фармацевтов, акушерок и фельдшеров. Вып. IV. С. 1114-1132.

[2] *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. С. 36.

[3] Архив судебной медицины и общественной гигиены. 1882. Т. 4. С. 67.

Первая в Верхневолжском регионе фельдшерская школа открылась в 1872 г. при Ярославской губернской земской больнице. Она была рассчитана на 24 земских стипендиата. Сверх штата на бесплатной основе в школе могли обучаться вольноприходящие, их число определялось земством. В школу принимали детей фельдшеров, сельских учителей, духовенства, мелких чиновников, крестьян, мещан, в основном, местных уроженцев. Прошедшие полный курс обучения и успешно выдержавшие выпускные экзамен в обязательном порядке оставались еще на год при больнице для совершенствования практических навыков, только после этого имели право занять фельдшерскую должность. Преподавание всех предметов, в том числе и общеобразовательных, взяли на себя сотрудники больницы. Должность директора фельдшерской школы занимал старший врач больницы[1].

Требования уровню подготовки фельдшеров постепенно повышались. И Ярославская фельдшерская школа стремилась отвечать вызовам времени. Программа обучения постоянно расширялась, как за счет введения новых общеобразовательных, так и специальных дисциплин. В 1886 г. педагогический совет школы принял решение требовать от поступающих умение читать и писать по-латыни[2]. В 1897 г. Медицинский совет МВД унифицировал программы фельдшерских школ. Предусматривалось увеличение объема часов на большинство учебных предметов. На новую программу ярославская школа перешла в 1898/99 учебном году[3].

Школа уделяла внимание воспитательной работе. Общее наблюдение за поведением учащихся возлагалось на надзирателя, забота о духовно-нравственном воспитании учащихся – на священника.

С 1901 г. школа открыла прием девушек и стала готовить специалистов более широкого профиля – фельдшериц-акушерок. Число желающих росло: на 35 штатных мест (для земских стипендиатов) претендовали 80–100 человек. Вводились приемные экзамены по русскому языку (диктант) и арифметике. От экзаменов освобождались абитуриенты с шестиклассным гимназическим образованием. Курс

---

[1] Исторический очерк Ярославской губернской земской фельдшерской школы по поводу 25-летия ее существования. С. 6.
[2] Там же. С. 9-10.
[3] Там же. С. 15-16.

обучения увеличился до 4-х лет, причем последний год предназначался исключительно для практической подготовки: учащиеся занимались во всех отделениях больницы, аптеке, анатомическом театре и амбулатории. Ученицы имели возможность изучать акушерство при лечебнице Ярославского общества врачей и сдавать экзамены на звание акушерки I разряда. В 1911 г. циркуляром МВД такое совмещение запрещалось, вместо этого предлагалось акушерскую подготовку проходить после окончания фельдшерской школы. Но без поддержки земской стипендии лишь немногие выпускницы могли продолжать обучение[1].

В 1895 г. губернское земское собрание ввело плату за обучение вольноприходящих учеников в размере 10 руб. в год – школа требовала все больше средств. Ввиду крайней бедности многие учащиеся от платы освобождались. Подготовка одного фельдшера обходилась земству в 2 400 руб.[2]

Постепенно школа становилась по преимуществу женской. В 1910/11 году обучались 35 учеников и 62 ученицы[3]. 43,4% юношей и 51% девушек покидали школу, не закончив курс: первые, как правило, из-за неуспеваемости, вторые – по причине замужества или поступления в высшие учебные заведения[4].

К 1911 г. школа выпустила 274 фельдшера и 77 фельдшериц[5]. Далеко не все оставались на родине – земство не принуждало отрабатывать стипендии. Выпускников охотно принимали на службу земства не только Ярославской, но и соседних губерний – доказательство высокого качества подготовки специалистов.

В 1870-е гг. некоторое время работала фельдшерская школа в Костроме, из-за финансовых трудностей она была закрыта. В 1909 г. была учреждена фельдшерско-акушерская школа во Владимире. Земские врачи Тверской губернии, начиная с середины 1870-х гг., неоднократно ходатайствовали перед земством об открытии фельдшерской школы. Но положительного решения врачи так и не добились[6].

---

[1] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 193-198.
[2] Там же. С. 199.
[3] Там же. С. 194.
[4] Там же. С. 198.
[5] Там же. С. 200.
[6] Протоколы IV съезда земских врачей Тверской губернии… С. 32; Протоколы V съезда земских врачей Тверской губернии… С.226-229; Протоколы VI съезда земских врачей Тверской губернии… С. 21-22; Четырнадцатый съезд земских врачей Тверской губернии. Протоколы и труды… С. 35.

«Нормальный Устав земских повивальных школ» был утвержден в одновременно с уставом фельдшерских школ, в 1872 г. Типовая программа определяла двухлетнее обучение и включала подготовку по хирургии (простые хирургические операции – кровопускания и др.), оспопрививание и практику в родильном отделении. Земствам предоставлялось право расширять учебный план. Рекомендовалось сочетание принципов бесплатного и платного обучения, преимущественно крестьянок. Для неграмотных предусматривалось открытие приготовительного класса. Успешно закончившие курс обучения получали звание сельской повивальной бабки и поступали в распоряжение земств[1].

В 1870-е гг. открылись земские повивальные школы в Астрахани, Вологде, Вятке, Туле, Ярославле, ряде других городов. Они готовили акушерок для села. Две степени акушерства – «сельская повивальная бабка» и «ученая акушерка» Медицинский совет МВД установил в 1870 г.[2] Звание «ученой акушерки» с предоставлением права самостоятельной акушерской и гинекологической практики в городе давали только дипломы повивальных институтов (всего 4 института), Петербургской медико-хирургической академии и акушерских клиник при университетах.

В 1900 г. вместо установленных ранее вводились специально-практические звания: повивальные бабки I-го и II-го разрядов. Диплом акушерки I-го разряда с правом работать в городе получали выпускницы родовспомогательного учебного заведения (среднее медицинское учебное заведение), диплом II-го разряда давал курс повивальной школы (низшее учебное заведение) или сдача экзамена в присутствии врачебного инспектора. Повивальные бабки II-го разряда могли работать только на селе[3].

В Ярославской губернии по решению I съезда земских врачей (1873) повивальная школа открылась в 1874 г. при лечебнице Общества ярославских врачей, родильное отделение лечебницы стало ее клинической базой[4]. Обучение девушек

---

[1] Сборник законоположений для врачей, ветеринаров, фармацевтов, акушерок и фельдшеров. Вып. IV. С. 1226-1229.

[2] *Глинский Б.Б.* Женщины-врачи на общественной службе. // Исторический вестник. 1895. Т.60. Июнь. С. 841.

[3] Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1900. Июль. Официальный отдел. С. 129-130.

[4] Вестник Ярославского земства. 1874. № 25-26. Отд. 5. С. 45.

возрасте от 18 до 35 лет в по направлению уездных земств было бесплатным. Принимались и «своекоштные» с платой 10 руб. Обязательное условие поступления в школу – грамотность. Школу возглавил распорядитель (директор) лечебницы доктор медицины Н.В. Пирожков, он же по поручению Общества врачей принял на себя обязанности преподавателя.

Земство проявляло интерес к школьным делам. Примечательно, что на первом курсовом экзамене присутствовали врачи Общества и все члены губернской земской управы, о чем сообщал «Вестник Ярославского земства[1]. Первый выпускной экзамен (1876) также проходил публично. Из 35 выпускниц 23 – стипендиатки земских управ[2], они должны были прослужить по направлению три года. В 1877 г. выпускницы школы работали на 18 акушерских пунктах губернии. Вольноприходящие могли свободно заниматься акушерской практикой на селе

Содержание повивальных школ оказалось не по силам многим земствам, к тому же недостаточно развитая сеть медицинского обслуживания на селе не позволяла обеспечить работой всех выпускниц, что вынуждало уездные земства предоставлять бывшим стипендиаткам право самостоятельного трудоустройства. Часть школ прекратили существование.

Школа в Ярославле, подготовив более 70 специалистов для Ярославской и соседних губерний, закрылась в 1878 г.[3] После ее закрытия обучение при лечебнице продолжалось по программе столичных повивальных институтов. Ученицы получали хорошую практическую подготовку: помогали в родильном отделении в качестве сиделок и акушерок. Каждая принимала от 80 до 130 родов вместо 20, предусмотренных программой[4]. Экзамен на звание сельской повивальной бабки сдавали во врачебном отделении, многие затем успешно проходили испытания в Московском университете на звание ученой акушерки (10 человек в 1900 г.)[5].

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1875. № 33-34. Отд. 3. С. 64.
[2] Вестник Ярославского земства. 1876. № 47. Отд. 3. С. 22.
[3] Вестник Ярославского земства. 1879. № 79-80. Отд. 2. С. 76; 1880. № 95-96. Отд. 10. С. 33.
[4] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1682. Л. 55.
[5] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1900 и 1901 годы. С. 4, 107.

К концу XIX в. с развитием сети врачебных участков потребность в квалифицированных акушерках возросла, и вопрос подготовки кадров вновь актуализировался. Среди ярославских врачей вызревала мысль о восстановлении повивальной школы. Новый этап в развитии акушерского образования в Ярославле связан с именем врачебный инспектора И.Н. Буховцева, акушера по специальности. Он выступил с предложением восстановить школу в статусе родовспомогательного учебного заведения[1]. Он разработал проект устава с широкой программой обучения. Для руководства учебным заведением Общество врачей избрало совет. Семь преподавателей – из числа членов Общества – как и прежде, трудились безвозмездно[2].

Родовспомогательное учебное заведение открылось 15 сентября 1902 г. На первый курс поступили 50 человек[3]. Большинство девушек были из неимущих семей, поэтому в 1903 г. врачи учредили Общество вспомоществования бедным ученицам. Предполагалось, что средства Общества будут складываться из членских взносов врачей, добровольных пожертвований и доходов от благотворительных мероприятий[4]. Однако инициативу врачей в городе не поддержали, значительных сумм собрать не удалось, и фонд вскоре прекратил свое существование.

Первый выпуск школы состоялся в 1904 г., последний – в мае 1917 г., когда 9 воспитанниц получили свидетельство I разряда и 7 – II разряда[5]. Разряды присваивались в соответствии с общеобразовательным цензом учениц. Право на получение аттестата I разряда (возможность практиковать в городе) имели ученицы с базовым образованием не ниже прогимназии или 4-х классов гимназии. Остальные получали аттестат II разряда (практика только на селе). Для обеих категорий воспитанниц предусматривался одинаковый объем профессиональной подготовки[6].

Второй в Ярославской губернии учебный центр по подготовке акушерок действовал с 1908 г. при родильном отделении рыбинской земской больницы. Заведу-

---

[1] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1900 и 1901 годы. Ярославль. 1901. С. 8-9.
[2] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1900 и 1901 годы. Ярославль. 1901. С. С. 9-12
[3] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1904 год. С. 147.
[4] ГАЯО. Ф. 79. Оп. 7. Д. 3329. Л. 24-27.
[5] ГАЯО. Ф. 1124. Оп. 1. Д. 13. Л. 11.
[6] *Потехин Ф.* Весь Ярославль. Ярославль, 1903. С. 58.

ющая родильным отделением врач М.А. Шахова организовала двухгодичные акушерские курсы. В 1912 г. за счет земства на курсах обучались 14 девушек, в том числе 5 крестьянок. Курсы никаких прав слушательницам не давали, и диплом повивальной бабки они могли получить только после сдачи экзаменов в высшем учебном заведении[1].

В 1901 г. открылась частная повивальная школа при родовспомогательном заведении им. Ф.В. Чижова в Костроме. Учебное заведение содержалось на проценты с капитала, завещанного благотворителем, имя которого она носила. Из этих же средств назначались 5 стипендий. Для остальных воспитанниц обучение было платным. Прием проводился на базе четырех классов женской гимназии. Выпускницам присваивалось звание бабки I разряда[2].

В 1914 г. из 70 медицинских школ гражданского ведомства земствам принадлежали 33 фельдшерские и фельдшерско-акушерские школы, из 54 акушерских учебных заведений (родовспомогательных и повивальных школ) – 5[3].

Учебные заведения, открытые земствами, позволили в значительной степени смягчить кадровый дефицит. Если в 1870 г. на службе общественных самоуправлений состояли 2 794 фельдшера, то в 1880 г. – 5 501 и в 1904 г. – 8 546, большинство из них – «школьные фельдшера» – воспитанники земских школ[4].

Сословный состав вспомогательного медицинского персонала на протяжении XIX столетия оставался почти неизменным. Основная масса земских фельдшеров – выходцы из крестьянской и мещанской среды, 39,2% и 21,4% соответственно; из духовенства – 8,7%; небольшая доля приходилась на чиновников, военнослужащих и дворян[5]. Очевидно, что среди фельдшеров, занятых в государственном и других секторах здравоохранения, выходцы из низших сословий также преобладали.

---

[1] РбФ ГАЯО. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1766. Л. 1-29.

[2] Устав родовспомогательного и учебного родовспомогательного заведений имени Ф.В. Чижова, состоящих в ведении Костромского уездного земства в гор. Костроме. С. 11-16.

[3] Отчет о состоянии народного здравия и организации медицинской помощи в России за 1914 год. С. 57-58.

[4] *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. С. 347-348.

[5] *Кедров П.И.* Указ. соч. С. 29.

В повивальные бабки шли, как правило, девушки из более образованных слоев общества, в том числе из среды дворянства. Из числа выпускниц ярославской повивальной школы 1876 г. 37% – дочери чиновников, 31,5% – из семей духовенства, только две вольноприходящие (из 35) представляли сельские общества[1].

Фельдшер в большинстве случаев пользовался доверием на селе, воспринимался как «мужицкий доктор»: 88,3% земских фельдшеров, опрошенных санитарным врачом МВД П.И. Кедровым, определили отношение к ним крестьян как «хорошее»[2]. Доля фельдшерской помощи в общем объеме медицинских услуг населению страны значительна: в 1913 г. в амбулаторных и больничных условиях фельдшерами было оказано 32 523 204 врачебных пособия (врачами – 65 522 019)[3].

Отношение крестьянок к акушеркам отличалось большей напряженностью. Врач Романово-Борисоглебского уезда (Ярославская губ.) в 1900 г. констатировал: «Сельское население нашего уезда до сих пор обнаруживает еще очень малую склонность обращаться при родах за помощью к ученым акушеркам, предпочитает пользоваться услугами доморощенных старух-повитух»[4].

Земская служба ставила вспомогательный медицинский персонал в особые условия. Термин «вспомогательный» указывал на второстепенную роль этой группы медицинских работников здравоохранения. В качестве помощников врачей они обеспечивали работу губернских и уездных земских больниц, сельских лечебниц и приемных покоев, проведение противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий. Однако условия работы в деревне были значительно сложнее, чем в городе. От земского фельдшера и акушерки требовались широкие знания: в трудных случаях, при недоступности (по разным причинам) врачебной помощи на них нередко возлагалась ответственная задача, не предусмотренная нормативными документами – самостоятельно заниматься лечением.

Корпус вспомогательного медицинского персонала формировался на протяжении всего исследуемого периода. В 1913 г., по официальным данным, кадры

---

[1] Вестник Ярославского земства. 1876. № 47. Отд. 3. С. 22-26.
[2] *Кедров П.И.* Указ. соч. С. 77.
[3] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. С. 101.
[4] Труды третьего губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Вып. II. С. 187.

вспомогательного медицинского персонала России (без учета западных губерний) включали 29 986 фельдшеров и фельдшериц, 15 198 повивальных бабок[1] (см. приложение 14). На одного фельдшера, в среднем по стране, приходилось 5 900 жителей, в том числе в городах – 2 200, на селе – 8 300[2]. В конце XIX – начале XX вв. наблюдался не только быстрый численный рост вспомогательного медицинского персонала, но и изменение гендерной структуры этой группы специалистов.

4.3. МАТЕРИАЛЬНЫЙ БЫТ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В XVIII в. труд провинциальных врачей гражданского ведомства оплачивался значительно хуже, чем военных, иностранцев, служивших по контракту, и столичных медицинских чиновников. Жалованье городовым врачам выплачивалось нерегулярно. Врачи бедствовали. Сенатским указом 1756 г. городские магистраты под угрозой штрафа обязывались жалованье лекарям платить «без всякого задержания, також и квартирою довольствовать их…неотложно»[3]. По штатному расписанию 1762 г. городовые лекари получали 150–200 руб. в год, а армейские и флотские лекари – от 180 до 300 руб., штаб-лекари – от 400 до 600 руб. Помимо жалованья, военным медикам «производился рацион», они имели служебную квартиру, пользовались услугами денщиков[4].

В соответствии с тарифной сеткой 1797 г. должностной оклад инспектора врачебной управы составлял 700 руб., оператора и акушера – 500 руб., уездного лекаря – 300 руб. в год. Каждой губернии дополнительно выделялось 200 руб. для поощрения двух отличившихся врачей. За счет этих средств повышались оклады докторам медицины. Врачи, помимо жалованья, получали «прогонные деньги» – на транспортные расходы – в соответствии с чином. Инспектор врачебной управы ездил тройкой лошадей, остальные врачи – парой.

---

[1] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. С. VI. К концу 1914 г. в связи с военной мобилизацией фельдшеров до 25 310 – без учета Западных губерний (см.: Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. С. 50).

[2] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. С. 50.

[3] ПСЗ РИ – 1. Т. XIV. № 10527.

[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XLIV. Книга штатов, ч. 2. № 11455.

Жалованье старшего и младшего лекарских учеников составляло соответственно 60 и 45 руб. в год[1]. Повивальным бабкам устанавливалось жалованье в размере 120 руб. – старшей и 80 руб. – младшей[2].

Годовое жалованье государственным служащим выплачивалось третями – «январская треть», «майская треть» и «сентябрьская треть». Всем медикам, состоявшим на государственной службе, полагалась бесплатная квартира «от города», но это условие не всегда соблюдалось. Если не было квартиры, выплачивались квартирные деньги в сумме 80–100 руб.[3]

Четко прописанное пенсионное законодательство в XVIII в. отсутствовало, и пенсия врачам назначалась по усмотрению высших властей при выслуге не менее 35 лет и в случае потери трудоспособности в размере половины жалованья[4]. Своеобразной заменой пенсии была гражданская служба – более легкая, чем военная.

В 1805 г. военным врачам повысили жалованье, например, полковому лекарю (должность младшего полкового лекаря соответствовала должности уездного врача) – до 750 руб. Жалованье гражданских провинциальных лекарей оставалось на прежнем уровне. Следствием стал хронический дефицит медицинских кадров в губерниях. Многие переходили на военную службу, где также ощущался недостаток врачей, или вовсе увольнялись, чтобы «приобрести вольной практикой безнуждное состояние».

Эта ситуация побудила генерал-штаб-доктора по гражданской части А.А. Крейтона подготовить докладную записку Медицинскому совету Министерства полиции (1811). «Нынешнее состояние медицинских чиновников по гражданской части, особливо уездных врачей, – писал Крейтон, – <…> есть состояние скучное, трудное и соединенное с великой ответственностью. Жалованье их едва ли достаточно для первых жизненных потребностей. Они столь бедны, что не имеют возможности покупать книги, и потому не могут совершенствовать себя в своем искусстве. Бедность часто доводит их до худого поведения, до низости, пьянства и

[1] Там же. № 17743.
[2] ГАЯО. Ф.86. Оп. 1. Д. 1. Л. 76 об.
[3] См.: ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1135. Л. 121 и др.
[4] ПСЗ РИ – 1. Т. XVI. № 11788, 12175.

лишает тотчас уважения и доверенности сограждан; и они вместо того, чтобы служить общему благу, обращаются во зло. Такое положение уездных врачей естественно производит то, что в сие состояние не многие идут; потому что оно не обещает никакой выгоды. <…> Если правительство не обеспечит врачей гражданской части, особливо уездных, честным и пристойным содержанием <…> то нельзя ожидать, чтобы попечение о здравии народном было всегда успешным»[1].

Через пять лет, в 1816 г., Крейтон вновь возвратился к этому вопросу: «Во многих губерниях России польза медицинских чинов вовсе неощутительная; ибо они занимаются почти только вскрыванием трупов, и то часто небрежно, по недостатку нужных для сего инструментов и сверх того оспопрививанием. Бедность, в которой они находятся, лишает их всех способов к усовершенствованию себя в медицине, чрез то соделываются они нерадивыми и презрительными, а вместе с тем и бесполезными для сограждан…»[2]. Как отмечал Крейтон, в уездах остаются «большей частью только те, которые по преклонным своим летам, оседлости и семейственному состоянию не могут служить в другом ведомстве, и те, кои против воли их удерживаются в службе по совершенной необходимости. Есть даже такие, которые по поведению своему не должны бы быть терпимы… Положение повивальных бабок и лекарских учеников еще гораздо стеснительнее»[3].

Бедственное положение врачей отразила и художественная литература. Жизнь уездного лекаря с говорящей фамилией Круциферский (crucifix – распятие), персонажа романа А.И. Герцена «Кто виноват?», «была постоянною битвою со всевозможными нуждами и лишениями; правда, он вышел довольно победоносно, то есть не умер с голода, не застрелился с отчаяния, но победа досталась не даром… не грозные перевороты источили это тело и придали ему вид преждевременной дряхлости, а беспрерывная, тяжелая, мелкая, оскорбительная борьба с нуждою…»[4].

Министерство полиции, в ведении которого находилось здравоохранение в 1811 – 1819 гг., пересмотрело штатное расписание и тарифную сетку медицинской

---

[1] РГИА. Ф. 1294. Оп. 3 (св. 1.). Д. 8. Л. 5-5 об.
[2] РГИА. Ф. 1297. Оп. 5 (кн. 16). Д 12. Л. 248 об.
[3] Там же. Л. 259-259 об.
[4] *Герцен А.И.* Кто виноват? // Герцен А.И. Кто виноват? Сорока-воровка. М.: Издательство «Правда», 1981. С. 34-35.

части, взяв за основу предложения Крейтона. 17 октября 1817 г. Александр I утвердил представленный министерством документ. Жалованье инспектора врачебной управы повышалось до 1 000 руб., оператора и акушера – до 700 руб., уездного врача – до 500 руб. в год. Были установлены более высокие оклады лекарским ученикам (старшему – 200 руб., младшему – 150 руб.) и повивальным бабкам (старшей – 200 руб., младшей – 150 руб.)[1]. Предусматривалась возможность прибавки к жалованью из средств, оставшихся вследствие недокомплекта штатов, но в этом случае на медиков ложились дополнительные обязанности. Как и прежде, врачи в соответствии с чином получали «прогонные» и квартирные деньги. В 1835 г. циркуляром министра внутренних дел жалованье врачей вновь увеличили: годовой оклад инспектора врачебной управы составил 1 600 руб., оператора и акушера – 1 200 руб. в год. Оклады самой многочисленной группы гражданских врачей – уездных и городовых были одинаковы: 700 руб. в год[2] (или 200 руб. 5 коп. серебром).

Повышение окладов на некоторое время улучшило материальное положение медиков, но инфляция, особенно возросшая в связи с Крымской войной, привела к значительному понижению уровня жизни. «Московская медицинская газета» в 1862 г. замечала в этой связи, что жалованье врача (речь в данном случае шла о городовом враче) – «сумма едва достаточная на наем квартиры и отопление оной, во избежание голодной смерти [врач] бросается в уезд для отыскания более благодарной практики между помещиками»[3]. В 1875 г. тот же источник утверждал, что «громадное большинство врачебного сословия живет жизнью пролетариев»[4].

Министр внутренних дел признавал «крайнюю ограниченность жалованья врачей гражданского ведомства»[5]. МВД, считая увеличение жалованья непосильным бременем для государственного казначейства, в 1860-е гг. разработало предложения об источниках дополнительных выплат. В частности, повышалась плата

[1] ПСЗРИ – 1. Т. XLIV: Книга штатов, ч.2. № 30516. Таблица VIII.
[2] Ярославские губернские ведомости. 1835. № 16. С. 172.
[3] Московская медицинская газета. 1862. № 30. С. 477.
[4] Московская медицинская газета. 1875. № 44. С. 1473.
[5] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXII, ч. 1. СПб., 1858. № 32278.

за судебно-химические исследования, выписку свидетельств, за штемпельную бумагу, на которой оформлялись документы, и т.п. Из полученной суммы назначалась прибавка уездным и городовым врачам[1], которая в Ярославской губернии составляла 200 руб. в год[2].

В зависимости от места службы медицинские работники получали казенное жалованье, от приказов общественного призрения, органов сословного самоуправления и частных лиц и др. Работа в благотворительных учреждениях (детских приютах, богадельнях), как правило, не оплачивалась.

С 1876 г. поэтапно, в течение четырех лет, происходило повышение содержания медиков, находившихся на государственной службе. Оно состояло из жалованья (оклада), которое выдавалось ежемесячно, столовых (кормовых) и квартирных денег или готовой квартиры и было дифференцировано в зависимости от региона. Уездные врачи Костромской губернии стали получать годовой оклад в размере 510 руб. плюс 510 руб. столовых, в остальных центральных губерниях содержание состояло из 460 руб. жалованья и 460 руб. столовых[3]. С января 1913 г. содержание уездных врачей было увеличено еще раз: жалованье – до 600 руб., столовые – до 600 руб. и квартирные – до 300 руб.[4]

Городовым врачам, получавшим содержание из Государственного Казначейства, назначался оклад в сумме 357 руб. и 408 руб. столовых[5]. Выдача прибавки в 1880 г. была прекращена, она сохранялась только для тех врачей, которым платил город, и по недостаточности средств жалованье не повысили.

С 1 мая 1880 г. повышалось не менявшееся с 1817 г. жалованье находящемуся на коронной службе вспомогательному медицинскому персоналу. В центральных губерниях фельдшерам, старшим лекарским ученикам и старшим повивальным бабкам устанавливался оклад в сумме 180 руб. (в Костромской губернии – 200

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XXXII, ч. 1. № 32278; Т. XXXVII, ч.1. № 37943.
[2] ГАЯО. Ф. 1150 оп. 1. Д. 12. Л. 6-6об.
[3] Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике. 1878. Т.1. С. 62.
[4] ПСЗ РИ – 3. Т. XXXII, ч. 1. № 37473.
[5] Отчет Медицинского Департамента за 1876 год. С. 62.

руб.), младшим лекарским ученикам и младшим повивальным бабкам – 150 руб. в год[1]. Выше было жалованье в окраинных губерниях и в столицах.

Пенсионное законодательство в первой половине XIX в. было упорядочено: в 1827 г. принят Общий Устав о пенсиях, а 22 марта 1833 г. вышло «Положение о пенсиях и единовременных пособиях Медицинским, Ветеринарным и Фармацевтическим чиновникам и нижним чинам, их вдовам и детям», конкретизировавшее Общий Устав применительно к врачам, фельдшерам и акушеркам. Право на пенсию давала коронная «беспорочная служба» в течение не менее 20 лет – в размере 1/2 жалования, 25 лет – 2/3 жалования, прослужившие не менее 30 лет, получали «полный пенсион» [2]. В пенсионный фонд делали отчисления с жалованья: с окладов в размере до 500 руб. в год удерживался 1%, превышающих 500 руб. – 2%[3].

Служащим пенсия выплачивалась в дополнение к жалованию. Обычно врачи оставались на государственной службе до тех пор, пока сохраняли трудоспособность, если не представлялась возможность получить менее обременительную партикулярную должность или частную практику. Врачи, не состоявшие на казенной службе, работавшие по найму городских и иных обществ, учреждений, частных лиц (в помещичьих имениях, при заводах и фабриках и т.п.), казенной пенсии не получали, но могли претендовать на получение пенсии от работодателя. Не имели пенсионного обеспечения фельдшера, служившие по Министерству государственных имуществ, они могли рассчитывать только на государственное призрение.

В земстве содержание медицинского персонала складывалось из жалованья и квартирных денег или готовой квартиры. Врачей и хороших «школьных» фельдшеров (т.е. закончивших фельдшерскую школу) старались привлечь на службу сравнительно лучшим материальным вознаграждением: более высокими, чем в государственном секторе, окладами, премиальными выплатами и готовыми квартирами с отоплением и освещением. Выпускники земских фельдшерских и акушерских школ бесплатно получали фельдшерский/акушерский набор инструментов и

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. LV, ч. 1. СПб., 1884. № 60686.
[2] ПСЗ РИ – 2. Т. VIII. № 6069.
[3] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 2. Д. 25. Л. 6 об.

экземпляр всех учебников. С целью снизить текучесть кадров практиковалось периодическое повышение жалованья. Но, если врачи одновременно исполняли обязанности городовых или уездных, их содержание сокращалось. Так, например, в Мологском уезде (Ярославская губ.) городовой врач С.Д. Крылов за работу в земстве по совместительству получал 98 руб.[1]

Жалованье врачей и вспомогательного медицинского персонала колебалось в весьма широких пределах. Врачи получали от 400 до 3 600 руб. в год, самое высокое жалованье было у врачей-психиатров[2]. Уровень оплаты труда женщин-врачей был ниже, чем их коллег мужчин, как в земстве, так и в здравоохранении в целом. По данным статистика Медицинского департамента В.И. Гребенщикова, в 1890 г. средний оклад мужчины-врача – более 800 руб., женщины-врача – 723 руб., в земстве мужчина получал 1 315 руб., женщина – 944 руб.[3]

Средний оклад земского фельдшера и фельдшерицы в конце XIX в. составлял 240–300 руб., при этом 30% служащих получали только 130–180 руб. В относительно высокооплачиваемую группу (с годовым жалованьем 360 руб. и более) входили 27,3% мужчин и только 1,1% женщин. Средний уровень жалованья фельдшерского персонала частных учреждений – 190–300 руб.[4]

В регионе Верхней Волги, согласно данным МВД на 1898 г., наиболее высокое жалованье получали врачи костромского земства – от 1 200 до 1800 руб., старший врач-психиатр 3 400 руб.; врачи владимирского земства – от 1 000 до 1 800 руб.; ярославского – от 750 до 1 500 руб. Содержание земских фельдшеров в Костромской губернии составляло, в среднем, 420 руб., во Владимирской – 240 – 500 руб., Ярославской – 360 – 420 руб. Прибавки к жалованью за выслугу лет получали врачи владимирского и костромского земств[5]. Сведения о содержании служащих-медиков тверского земства в сборнике МВД отсутствуют, но интересующую нас информацию содержат материалы съездов земских врачей 1893 и 1900 гг.: оклад

---

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп.1. Д. 2666. Л. 222.
[2] Обзор деятельности земств… С. 65.
[3] *Гребенщиков В.И.* Указ. соч. С. 17, 20.
[4] *Кедров П.И.* Указ. соч. С. 57-59.
[5] Обзор деятельности земств … С. 66.

старшего врача губернской больницы – 1 500 руб., ординаторов 900 и 1 200 руб. с квартирой, фельдшера – 420 руб. и квартира. В большинстве уездов губернии врач получал 1 200 руб. с готовой квартирой, фельдшер – 360 руб. с квартирой[1].

Акушерки, как правило, получали меньшие оклады, чем фельдшера. В конце 1870-х гг. в Кологривском уезде (Костромская губ.) жалованье фельдшера составляло 200–275 руб. в год, акушерки – 180–200 руб.[2] Средний оклад фельдшера в уездах Ярославской губернии в 1870-е гг. – 200 руб., а земская акушерка получала жалованье 120–200 руб. и дополнительно – 1 руб. за каждого принятого ребенка.[3]

В начале XX в. жалованье земского медицинского персонала повысилось. Так, в Ярославской губернии оклады врачей колебались в пределах от 1 000 руб. до 2 400 руб. в год[4], оклады фельдшеров – 300–480 руб., фельдшериц-акушерок – 420–480 руб., акушерок – 204–300 руб. в год[5].

Квартиру, отопление и освещение оплачивало земство, сельское общество, благотворитель или выдавались квартирные деньги (120–200 руб.). Последнее условие соблюдалось далеко не всегда: врачи с. Большое (Угличский уезд) и с. Середа (Даниловский уезд), врач пошехонской уездной больницы и рыбинский врач доктор медицины Фролов ни квартиры, ни квартирных денег не имели.

Первоначально для врачей арендовали крестьянские избы. Со временем, когда развернулось сельское больничное строительство, они стали получать более благоустроенное жилье при больнице.

Участковый врач с. Великое (Ярославский уезд) М.Ф. Боровик представил по запросу врачебного отделения сведения, которые дают представление о структуре расходов на «коммунальные услуги». Получая 1 200 руб. годового жалованья (без квартирных), Боровик платил за квартиру 150 руб., за отопление – 90 руб., освещение – 12 руб., дворник обходился ему в 168 руб. (жалованье и питание), горничная

---

[1]Одиннадцатый губернский съезд врачей Тверского земства … С. 270; Четырнадцатый съезд земских врачей Тверской губернии… С. 25, 27.

[2] *Невский М.А.* Указ. соч. С. 32, 95, 103.

[3] Вестник Ярославского земства. 1873. № 7–8. Отд. 2. С. 61; 1890. № 221–222. Отд. 3. С. 55.

[4] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 2451. Л. 13-72; Д. 2722. Л. 5-63; Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914 г. Вып. 1. С. 140–141.

[5] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 15.

– 108 руб. и кухарка – 120 руб., всего – 648 руб. в год, то есть более половины годового жалованья[1].

Квартирный вопрос земского вспомогательного персонала решался по-разному. В одних случаях волость или земство нанимали жилье в крестьянском доме (обычно отгороженная дощатой перегородкой комната) или предоставлялась квартира при фельдшерском/врачебном пункте, в других – выплачивались квартирные деньги (30–150 руб. в год). Зачастую фельдшера не получали ни квартиры, ни денег и оплачивали жилье из своего жалованья. Например, в с. Вятское Даниловского уезда фельдшер платил за квартиру 36 руб. в год, дополнительно за отопление и освещение – 45 руб.[2] Нередко фельдшеру приходилось жить в приемных покоях, нанимать квартиру было не на что.

Разъезды врачей по делам службы, как правило, оплачивались земствами, но единой системы не было. Врачи обеспечивались лошадьми, практиковалась выдача «прогонных денег», причем суммы значительно разнились. В Пошехонском уезде Ярославской губернии врач получал на транспортные расходы 540 руб. в год, что позволяло нанять ямщика с парой лошадей, в Мологском – 200–250 руб. В некоторых уездах врач оплачивал поездки из своего жалованья. Отдельно финансировались поездки в очаги эпидемии из расчета 6 коп. за версту.

Жалованье городских (думских) врачей определялось постановлением городских дум. Города оплачивали труд своих врачей ниже, чем земства. В Ярославской губернии, по данным на 1911 – 1913 гг., на городской службе находилось 13 врачей, пятеро из них получали жалованье от 600 руб. до 1 000 руб., четверо – по 1 200 руб. и еще четверо – по 1 500 руб. в год[3]. В 1915 г. в связи с инфляцией, вызванной войной, губернский город повысил жалованье врачам: санитарно-амбулаторным до 1800 руб., больничным – до 2 100 руб. в год[4]. Периодических прибавок, пенсий и

---

[1] ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1108. Л. 20.
[2] Вестник Ярославского земства. 1874. № 23-24. Отд. 2. С. 96.
[3] *Новиков П.* Указ. соч. С. 9.
[4] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 3042. Л. 20, 68об.

страхования городские врачи не имели. Месячный отпуск предоставлялся ежегодно[1]. Иваново-Вознесенская дума в начале XX в. платила больничному врачу 1 200 руб., фельдшеру 420 руб., фельдшерице – 300 руб.[2]

Фабричные врачи, в основном, совместители, в конце XIX в. получали от 200 руб. до 5 000 руб.[3] Выгодно отличалось положение постоянного медицинского персонала на крупных предприятиях, но таких было немного. Так, жалованье старшего врача больницы для чернорабочих Иваново-Вознесенска в начале XX в. составляло 3 000 руб. и 600 руб. квартирных, ординаторов – от 1 800 до 3 000 руб. (вместе с квартирными), провизор получал 1 520 руб. с квартирой, помощники провизора – 900 руб., дантист – 920 руб., фельдшера – 780–900 руб., акушерка – 840 руб., фельдшерицы-акушерки – 480–780 руб. Врачи обеспечивались пенсией[4].

В Ярославской губернии, в среднем, фабричные врачи получали 1 500–2 000 руб. На заводе Товарищества «Никиты Понизовкина Сыновья» (Даниловский уезд) врач, заведующий больницей, получал 1 800 руб. в год с квартирой, отоплением и освещением, два фельдшера – жалованье 720 руб. и 780 руб. с квартирой, акушерка – 480 руб. и комнату. Врачу предоставлялся месячный отпуск и научные командировки, фельдшерам – месячный отпуск[5].

В наиболее благоприятном положении находился медицинский персонал лечебного учреждения Ярославской Большой мануфактуры. Врачи получали значительно более высокое жалованье, чем на земской службе: старший врач – 4 000 руб. в год, младшие врачи – 2 100 и 2 520 руб., провизор – 1 200 руб., средний медицинский персонал – от 480 до 780 руб. в год, но совместительство и частная практика не разрешались. Медицинский персонал пользовался бесплатным служебным жильем с мебелью, освещением и отоплением[6]. Всем медицинским работникам полагался ежегодный трехнедельный отпуск.

---

[1] ГАЯО. Ф. 509. Оп. 1. Д. 2984. Л. 202.
[2] *Тюрина О.В. и др.* Указ. соч. С. 29.
[3] *Гребенщиков В.И.* Указ. соч. С. 18.
[4] ГАИО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 5473. Л. 9об.-12об.
[5] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 3. С. 1–7.
[6] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 3. С. 165.

Земская служба, как отмечалось выше, государственной пенсии не обеспечивала. Выходом из положения стали эмеритальные кассы, учреждавшиеся в некоторых земствах (от лат. emeritus – заслуженный, заработанный). Капитал эмеритальных касс формировался из отчислений земств и обязательных вычетов земских служащих – будущих пенсионеров. Размер пенсии зависел от срока участия в эмеритальной кассе (не менее 12 лет), стажа земской службы и размера жалованья. Первая эмеритальная касса была учреждена в Тверском земстве в 1868 г. Право стать участниками кассы предоставлялось служащим, чей оклад не превышал 300 руб., в том числе фельдшерам. С 1880 г. это право распространилось и на врачей. Ежегодные взносы – 3% от оклада[1]. Право на полную пенсию давал 25-летний стаж службы в земстве, проработавшим 15 и 20 лет полагалось соответственно 50% и 80% полной пенсии. Пенсия для врачей была определена в размере 600 руб., провизоров – 300 руб.[2]

В 1883 г. Александр III узаконил право земств учреждать эмеритальные кассы с разрешения МВД[3], после чего кассы были открыты еще несколькими земствами, в том числе владимирским (1896) и костромским (1898).

12 июня 1900 г. было утверждено «Положение о пенсионных кассах служащих в земских учреждениях»[4]. Решение об организации кассы – общей для всей губернии – принималось губернским земским собранием. Участниками кассы в обязательном порядке становились все земские служащие. В основе деятельности кассы – страховой принцип: на личный счет участника зачислялись вычеты из жалованья (6%) и доплаты субсидирующего учреждения. За земствами оставалось право выбора типа кассы и определения условий, дающих право на пенсию. Возможность принять участие в кассе предоставлялась городским самоуправлениям. Всего в земских губерниях в 1908 г. действовали 24 пенсионные и эмеритальные кассы; Ярославская пенсионная касса открылась в 1903 г.[5]

---

[1] *Веселовский Б.Б.* К вопросу о земских пенсионных и эмеритальных кассах. С. 1.
[2] Обзор деятельности земств … С. 67.
[3] ПСЗРИ – 3. Т. III. № 1485.
[4] ПСЗРИ – 3. Т. XX, ч. 1. № 18870.
[5] *Веселовский Б.Б.* К вопросу о земских пенсионных и эмеритальных кассах. С. 6.

Помимо обязательных для земских служащих пенсионных и эмеритальных касс, учреждались вспомогательные кассы на добровольных началах, как, например, Касса взаимопомоществования врачебно-ветеринарного и фармацевтического персонала во Владимирской губернии. Эта касса была учреждена в 1901 г. с целью выдачи единовременных пособий в случае тяжелой болезни и потери трудоспособности. Средства кассы складывались из вступительных взносов (не менее 50 коп.) и ежемесячных членских взносов (не менее 25 коп.). Пособие начислялось в сумме уплаченных взносов[1].

Страхование жизни медицинского персонала практиковалось редко, в Ярославской губернии, например, только в Мологском уезде.

Несмотря на увеличение окладов, с ростом стоимости жизни материальное положение медицинского персонала ухудшалось. «Земский врач получает нищенское жалованье, – писал в 1890-е гг. В.В. Вересаев, – но не может деревня из своей черной корки хлеба создать ему мясо и вино. Вознаграждение врача вообще очень низко…»[2]. В 1906 г. «Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова» с тревогой сообщал: «Необеспеченность, неуверенность в заработке, нужда среди врачебного сословия растут все сильнее и сильнее»[3]. VI съезд врачей и представителей земств Ярославской губернии (1914) отмечал, что «ни фельдшера, ни акушерки в большей части уездов на получаемое жалованье прожить не в состоянии», пенсионное обеспечение крайне ничтожно, а вычеты из жалованья в пенсионные кассы «весьма чувствительны»[4].

Недостаточная материальная обеспеченность вынуждала врачей, как, впрочем, и специалистов среднего звена, искать дополнительные заработки: совместительства или частной практики.

Возможности совместительства расширялись с развитием системы медицинского обслуживания населения при дефиците квалифицированных кадров. Врачи,

---

[1] РГИА. Ф. 1287. Оп. 36. Д. 299. Л. 1-18.
[2] *Вересаев В.В.* Записки врача. Тула. 1987. С. 365.
[3] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1906. № 1. С. 106.
[4] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 16.

служащие по ведомству МВД (уездные и городовые, члены врачебной управы/врачебного отделения), имели право на совместительство, однако при исполнении двух должностей в одном и том же уезде врачу выплачивалась дополнительно только половина оклада[1]. Сверх своей должности они обычно исполняли обязанности окружных врачей МГИ, врачей учебных заведений, тюремных больниц и т.п.

Частной (вольной) практикой под правительственным контролем могли заниматься все врачи, имеющие законное право на медицинскую деятельность в России, в том числе и находящиеся на государственной службе. Специалистам, не имеющим высшего медицинского образования (повивальным бабкам, дантистам и др.) дозволялась ограниченная практика соответственно профилю и уровню их профессиональной подготовки. Врачи отмечали «выгоды, получаемые от вольной практики, несравненно превосходящие статное жалование»[2].

В 1890 г., по данным В.И. Гребенщикова, частную практику имели почти половина российских врачей – 49, 75%, среди земских врачей – 48,18%[3]. Частная практика была распространена, в основном, в городах. В уездах земских губерний спрос на платные медицинские услуги был невысок вследствие низкой платежеспособности населения и доступности относительно недорогой или даже бесплатной земской медицинской помощи, а участковые земские врачи не имели времени для частной практики. Вольнопрактикующих врачей в земских губерниях было втрое меньше, чем служащих, в уездных городах и в сельской местности они составляли лишь 1/6 общего числа врачей[4].

Фельдшера также вынужденно занимались вольной практикой – 11,7%, по данным П.И. Кедрова[5]. В 1913 г., по официальным данным, объем частной фельдшерской помощи по России в целом составил 828 694 пособия[6].

---

[1] ПСЗ РИ – 2. Т. XLVII, ч. 1. № 50861.
[2] ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 57. Л. 31 об.
[3] Подсчитано по: *Гребенщиков В.И.* Указ. соч. 20-21.
[4] Там же. С. 6.
[5] *Кедров П.И.* Указ. соч. С. 70.
[6] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. С. 102.

Услугами частнопрактикующих акушерок даже в губернском городе пользовались нечасто. Так, большинство ярославских акушерок оказывали 10–25 родовспоможений в год[1].

Вопрос об оплате частных медицинских услуг регулировался законодательством. Первый документ такого рода – «Устав всем ведомства Государственной Медицинской Коллегии Докторам, Лекарям и повивальным бабкам»[2], запрещая врачам «казенных мест» брать мзду с тех, кого они обязаны лечить по должности (см. 4.1), устанавливал «пристойную награду», которая не была бы в тягость малоимущим больным, при занятиях «посторонним врачеванием». Так, доктор медицины мог получить за посещение больного на дому с выпиской рецепта 1 руб., без выписки рецепта – 50 коп. При посещении больного, живущего за городской чертой, – 2 руб. Хирургическая операция оплачивалась по взаимному соглашению пациента и врача, однако «непомерное требование» «взыскивалось» по закону. Повивальная бабка за труды при родах и уход за родильницей могла получить 1 руб. 50 коп. Удаление зуба стоило 15 коп., промывательное – 7 ½ коп. и т.д. «От достаточных [больных], желающих изъявить свою благодарность» не запрещалось «принимать награждения и превосходящие», обозначенные в Уставе. «Подлинно неимущие» препоручались «человеколюбию и безмездному пособию» врачей.

Эти положения в почти неизменном виде вошли в Устав Врачебный 1857 г. и несколько подкорректированные – в последующие редакции (1892 и 1905 гг.)[3]. Главное – закон запрещал требовать плату с больных, лечение которых входило в обязанности коронных и находящихся на общественной службе медицинских работников. Незаконное требование платы влекло за собой наказание: строгий выговор, в случае повторного нарушения – увольнение.

Во второй половине XIX в. гонорар врача установился, в среднем, в пределах 1–3 руб. за визит. В 1893 г. Медицинский департамент МВД разработал таксу,

---

[1] Подсчитано по: ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 2655. Л. 108об.–109, 104–104об., 111об.–112.

[2] Оценка лекарствам. При том: Устав аптекарский. Устав повивальным бабкам. Устав о должной плате медицинским чинам.

[3] Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части. С. 102; Устав врачебный. Издание 1892. С. 25; Устав врачебный. Издание 1905. С. 275-276.

в соответствии с которой плата за лечение определялась в зависимости от состоятельности и общественного положения пациента. Максимальное вознаграждение – 5 руб. при визите врача к больному и 3 руб. при обращении в приемную врача – можно было получить с крупных землевладельцев, фабрикантов, купцов первой гильдии и приравненных к ним по уровню доходов чиновников первых шести классов. Минимальное вознаграждение с рабочих и других лиц низших сословий составляло 30 коп.[1] Размеры вознаграждения зависели также от вида услуги: более дорогой была, например, хирургическая и гинекологическая помощь.

Источником сведений о доходах в частной практике служат материалы В.И. Гребенщикова: гражданские врачи (кроме земских) получали, в среднем, 1 200 руб. в год; земские врачи-мужчины – в среднем, 490 руб.; женщины-врачи (кроме земских) – в среднем, 1 100 руб.; земские женщины-врачи – в среднем, 390 руб. в год. В целом, у 15,1% врачей годовой доход от частной практики составлял от 1 руб. до 100 руб.[2], а частная практика у 77 % врачей приносила не более 1 000 руб.[3]

Частная практика и совместительство негативно сказывались на исполнении врачом своих основных обязанностей, а земства видели в этом основание не повышать содержание медикам. «В обществе и в земстве, установилось мнение, что путем подсобных занятий врачи обеспечивают себя с избытком. Громадные доходы многих популярных врачей в крупных городах у всех на виду и поддерживают установившееся мнение… такие заработки менее всего касаются земских врачей»[4], – отмечалось на VI съезде врачей и представителей земств Ярославской губернии.

Служебные обязанности земского врача заключались в заведовании уездной или участковой больницей/приемным покоем и аптекой, составлении отчетности, курировании стационарных больных, приеме амбулаторных, поездках на фельдшерские пункты, посещении тяжелобольных на дому, наблюдении за оспоприви-

---

[1] Московские новости. 8.08.1893.
[2] *Гребенщиков В.И.* Указ. соч. С. 20–21.
[3] Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1892. Т. XVI. Октябрь. Отд. IX. С. 5.
[4] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 2. С. 11.

ванием, санитарном надзоре за школами, торговыми заведениями, противоэпидемической деятельности, сборе медико-статистических данных, распространении санитарных знаний. Позднее к ним добавились устройство и ведение санитарных попечительств, организация детских яслей и надзор за ними.

Количество рабочих дней в году у земского врача достигало 350 и даже 355–360 дней. Например, в Большом селе Угличского уезда в конце XIX в. нерабочими днями были только Пасха, Рождество, иногда другие праздники[1].

Амбулаторный прием обычно начинался в 9 час. и заканчивался в 14 час. В случае необходимости возобновлялся в вечернее время, нередко не нормировался вовсе: врач не прекращал работу, пока не уходил последний больной. В среднем, в Ярославской губернии в течение дня врач принимал от 15 до 40 приходящих больных. В воскресные дни амбулаторный прием увеличивался. Например, в Брейтове (Мологский уезд) составлял 70–140 человек, и за год набиралось до 12 000 обращений[2]. После амбулаторного приема врач занимался в больнице. Число стационарных больных, приходившихся на одного врача, зависело от коечной мощности учреждения – в больнице полагался только один врач.

Врач-психиатр С.И. Мицкевич, высланный в 1904 г. из Москвы в Тверь за связи с революционным подпольем, описал работу С.Н. Корженевского, в тот период участкового земского врача: «Амбулаторные приемы были большие – по 50–60, а в праздничные дни до 100 больных… Выходного дня у медицинского персонала не было. Правда, было объявлено, что по понедельникам нет амбулаторного приема, но в эти дни производились операции стационарным больным, число которых доходило до 15–20… приходилось принимать в этот день и амбулаторных больных в экстренных случаях… отказа в приеме никогда не бывало. Рабочий день медицинского персонала начинался в 8 часов утра и продолжался до 6–7 часов вечера, не считая экстренных вызовов и обращений вечером и по ночам»[3].

---

[1] См.: ГАЯО. Ф. 1150. Оп. 1. Д. 1108. Л. 32.
[2] Там же. Л. 40.
[3] *Мицкевич С.И.* Указ. соч. С. 44.

С отменой платы за амбулаторное лечение число амбулаторных больных увеличивалось. Переславское земское собрание (Владимирская губ.) 1897 г. в этой связи постановило отменить определенные часы приема больных, т.е. «врачам вменено в обязанность принимать больных *целые сутки*»[1].

На фельдшерские пункты (2–3 пункта на территории врачебного участка) для проверки работы фельдшеров и приема больных врачи выезжали с разной периодичностью, обычно 2 раза в месяц, в некоторых уездах еженедельно. Посещение фельдшерских пунктов, тяжелобольных, причем в любое время суток, при любых погодных условиях, выезды в очаги эпидемий и по другим надобностям отнимали много времени, до двух недель в месяц.

Обязанности земского фельдшера, особенно работающего в сельском врачебном/фельдшерском пункте, были многочисленны: помощь врачу во время амбулаторного приема, уход за стационарными больными и выполнение назначений врача, приготовление лекарств, оспопрививание, санитарно-профилактическая и противоэпидемическая работа. Количество рабочих дней в году у фельдшера, как и у земского врача, достигало 350 и более дней. Чаще рабочий день нормировался в городских и фабрично-заводских лечебных учреждениях.

Выходные дни и отпуска предоставлялись нерегулярно. К началу 1890-х гг. 28-дневный ежегодный отпуск с сохранением содержания был у медицинского персонала тверского и ярославского губернских земств. Во владимирском и костромском земствах отпуском пользовались только врачи[2]. По данным опроса, проведенного П.И. Кедровым, регулярные отпуска в конце XIX в. имели 43,6% городских фельдшеров и 23,8% земских. Большинство вынуждено было всю жизнь «тянуть лямку» без отпуска[3].

Нелегкие условия земской службы обусловили высокую текучесть кадров. В 1890-е гг. средняя продолжительность земской службы врачей по региону состав-

---

[1] *Курочкин Н.Н.* Исторический очерк земской медицины в Переславском уезде. С. 22.
[2] Костромская губерния // Земско-медицинский сборник. Вып. 3. С. 7; Владимирская губерния // Там же. Вып. 5. С. 10; Тверская губерния // Там же. С. 15; Ярославская губерния // Там же. С. 8.
[3] *Кедров П.И.* Указ. соч. С. 78.

ляла 4–6 лет. В некоторых уездах, например, Шуйском и Осташковском (Владимирская губ.), еще меньше – 2–3 года[1]. В уездах Ярославской губернии, по данным на 1911 г., 51% земских врачей служили менее 4 лет[2].

Нужда, систематическое переутомление, нервное перенапряжение, неуверенность в завтрашнем дне – все это ослабляло здоровье медицинских работников. Кроме того, их профессиональная деятельность была связана с повышенными рисками, особенно у фельдшеров: из-за недостатка врачей противоэпидемическая работа выполнялась почти исключительно вспомогательным персоналом. Чаще всего медики становились жертвами заразных и нервно-психических заболеваний. На рубеже 1880-х – 1890-х гг., по данным В.И. Гребенщикова, среди причин смерти врачей на первом месте – заразные болезни – 36,7%, причем среди земских врачей – более 59%; самоубийства – причина смерти 3,4% врачей, для земских врачей этот показатель резко возрастал – более 10%[3].

Зависимость от земств, перегруженность работой, нередко связанной с угрозой здоровью, оторванность от городской жизни, часто неблагоприятная психологическая обстановка и при этом бытовая неустроенность, недостаточное материальное вознаграждение, почти полное отсутствие социальных гарантий – таково было положение врачебного и фельдшерско-акушерского земского персонала, составлявшего наиболее массовую группу медицинских работников в регионе.

4.4. МЕДИЦИНСКОЕ СООБЩЕСТВО В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Становление самосознания медицинского сообщества проходило под влиянием ценностей эпохи Просвещения, и важнейшей компонентой, обозначившейся уже в XVIII в., стала идея служения государственной пользе. Медик ощущал себя

---

[1] Владимирская губерния // Земско-медицинский сборник. Вып. 5. С. 52; Тверская губерния // Там же. С. 20.
[2] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 1. С. 139.
[3] *Гребенщиков В.И.* К вопросу о смертности русских врачей // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1892. Т. XVI. Кн. 1. Отд. IX. С. 4.

не только врачевателем индивидуальных болезней, но и гражданином, заинтересованным в охранении народного здравия. Ученый секретарь Петербургской Медико-хирургической академии профессор П.А. Чаруковский напутствовал выпускников 1832 г.: «Благодетельное действие врача простирается на целые общества»[1]. В 1838 г. Общество русских врачей, одно из первых объединений медиков, приступило к изучению сезонной и эпидемической заболеваемости, составлению медико-топографических описаний и разработке других социально значимых проектов[2].

Характерная черта развития медицинского сообщества, начиная с середины XIX в., особенно в знаковый для России период 1860-х – 1870-х гг., – возрастающая общественная активность. В сферу интересов врачей все чаще попадали социальные вопросы – общественная гигиена, помощь практическому здравоохранению, положение медицинского сословия. «В начале шестидесятых годов, вместе с открывшейся эрой реформ, повеяло чем-то новым и живым и в области общественного здравоохранения»[3], – отмечал позднее В.Я. Канель. Общественная энергия врачей канализировалась прежде всего в русло профессиональных объединений. Первоначально общества – всего пять в первой половине XIX в. – создавались в столицах с целью «возвышения врачебных познаний в России» и «поддержания товарищеских отношений»[4]. В период 1861 – 1870 гг. было учреждено 36 новых организаций врачей, в 1871 – 1879 гг. – еще 27, в 1880 г. насчитывалось 73 медицинских общества, преимущественно в провинции[5]. В 1913 г. 195 обществ объединяли более 12 тыс. врачей[6]. Эти общества раздвигали рамки своей деятельности, стремились приложить медицину к практическим потребностям общества.

Одной из первых провинциальных организаций медиков эпохи либеральных реформ стало Общество врачей Ярославской лечебницы (с 1911 г. – Общество Ярославских врачей), учрежденное в 1861 г. Первоначальное название подчеркивало

---

[1] Друг здравия. 1833. №8. С. 58.
[2] Журнал Министерства внутренних дел. 1838. Ч. XXIX. №9. С. 343.
[3] *Канель В.Я.* общественная медицина в связи с условиями жизни народа. С. 214
[4] *Нейдинг И.И.* Медицинские общества в России. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1897. С. 1-10; Друг здравия. 1840. №50. С. 373.
[5] Отчет Медицинского Департамента за 1878 год. С. 201-203; Отчет Медицинского Департамента за 1880 год. С. 195.
[6] Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. С.67.

социальную направленность его деятельности. Врачей объединила идея создания бесплатной лечебницы для бедных. «Отцами-основателями» Общества стали 18 гражданских и военных врачей, в том числе члены врачебной[1].

Помимо главного дела – Волжской лечебницы для приходящих больных и родильного отделения (см. 3.5), врачи-члены Общества при поддержке земских учреждений организовали подготовку акушерок для села (см. 4.2), принимали деятельное участие в работе местного отделения Общества попечения о больных и раненых воинах (создано в 1866 г. под покровительством императрицы Марии, в 1879 г. переименовано в «Российское общество Красного Креста», РОКК). Во время русско-турецкой войны 1877–1878 гг. Общество врачей организовало подготовку санитаров[2]. С деятельностью Общества связано открытие временного городского лазарета для раненых и больных воинов[3]. Во время русско-японской войны Общество открыло курсы сестер милосердия (1904). В 1911 г. в связи с острой нехваткой младшего медицинского противоэпидемического персонала было организовано обучение воспитанниц акушерской школы уходу за инфекционными больными.

В первые годы XX в. Общество врачей занялось проблемой борьбы с алкоголизмом. Результатом стало открытие убежища с амбулаторией (1903)[4], затем лечебницы для алкоголиков (1905). В 1905 г. убежище приняло 1 430 человек, из них 972 оставались на долечивание, в 1911 г. – соответственно 1 949 и 1 523 человек. Амбулаторный прием в 1911 г. достиг 986 посещений[5]. Лечение было бесплатным. Средства предоставляли Ярославский губернский комитет попечительства о народной трезвости, губернское и ярославское уездное земства, городская дума.

Члены Общества врачей принимали участие и в решении других вопросов здравоохранения: санитарного обустройства Ярославля и становления земской са-

---

[1] Памятная книжка Ярославской губернии на 1862 год. С. 399.
[2] Вестник Ярославского земства. 1878. № 69-70. Отд. 3. С. 24.
[3] Архив судебной медицины и общественной гигиены. 1878. Т. 2. Отд. 2. С. 44-59.
[4] Вестник Ярославского земства. 1903. № 18. Отд. 4. С. 54. Устав Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии. Ярославль: Губернское правление, 1901. С. 1-14.
[5] Отчет Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии за 1905 год. Ярославль, 1906. С. 40, 72; Отчет Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии за 1911 год. Ярославль, 1912. С. 19, 58.

нитарии, социальной гигиены, профилактики, медицинской статистики, санитарно-просветительской работы[1]. Общество включилось в работу по созданию земской медицины, прежде всего участвуя в работе съездов земских врачей, продемонстрировало творческий подход к решению проблем здравоохранения и впечатляющий пример бескорыстного служения народу.

Начинания врачей крупными пожертвованиями поддерживала общественность, наиболее активные и щедрые жертвователи – представители торгово-промышленного капитала, в их числе известные филантропы Н.П. и Л.Н. Пастуховы, И.А. Вахромеев. Благотворительная деятельность Общества врачей соединила усилия людей разного достатка, социальных слоев и профессий.

Внимание к социальным вопросам не умаляло роли Общества как научного центра. Первые два десятилетия научная деятельность была непостоянной, большая часть научных сообщений – анализ клинических случаев[2]. С конца 1880-х гг. научные заседания стали регулярными. Тематика сообщений разнообразна: вопросы гинекологии, офтальмологии, анестезиологии, фармакологии, актуальные проблемы здравоохранения (курортология, санитария, медицинская статистика, борьба с эпидемиями и др.). Всего за 1861 – 1911 гг. было сделано свыше 400 докладов и научных сообщений[3]. Новый устав Общества ярославских врачей (1911) определил исследовательскую работу как одно из направлений его деятельности[4].

В 1913 г. Общество насчитывало 46 членов, всего же за период с 1861 по 1911 гг. его членами состояли свыше 211 человек, в том числе врачебные инспектора, которые играли видную роль в его деятельности – Н.Ф. Шайтанов, И.Н. Буховцев, И.А. Благовидов, земские врачи, известные ярославские аптекари – провизоры А.А. Шнейдер, О.Г. Бредрих, И.Ф. Фишер[5].

Кроме Общества Ярославских врачей, в регионе действовали Владимирское губернское медицинское общество (20 членов в 1913 г.) и Общество Костромских

---

[1] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1900 – 1901 гг. С. 115.
[2] См., например: Московская медицинская газета. 1862. № 6. С. 91-94; № 10. С. 154; № 13. С. 203-204 и др.
[3] Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1898 г. … С. 34; *Голосов А.А.* Указ. соч. С. 16-17.
[4] Устав Ярославского общества врачей. Ярославль, 1911. С. 1.
[5] *Голосов А.А.* Указ. соч. С. 30-35.

врачей (47 членов в 1913 г.)[1]. Владимирское Общество открылось по инициативе врачебного инспектора И.В. Романовского и помощника врачебного инспектора Д.И. Васильева в 1891 г. Деятельность общества не была постоянной. Наиболее плодотворно Общество работало в 1894, 1896 и 1899 гг.[2] На заседаниях, помимо научных проблем, рассматривались актуальные медико-социальные вопросы. В 1896 г., например, был заслушан и обсужден доклад «Дифтерит в Муромском уезде». Такие же направления прослеживались в работе Общества Костромских врачей. В частности, в 1912 г. рассматривались вопросы лечения возвратного тифа, сифилиса, деятельность противотуберкулезной амбулатории при Костромском отделе Всероссийской Лиги для борьбы с туберкулезом[3].

Ближе всего к пониманию народных нужд в сфере охраны здоровья стояли земские врачи. В основной массе «культурники», они шли служить народу не только с тем, чтобы лечить, но и с тем, чтобы изучать и улучшать его санитарный быт, выполнять цивилизующую миссию. Это было побудительной причиной участия земской медицинской интеллигенции в общественном движении. В условиях пореформенной России общественная деятельность неизбежно политизировалась.

Работа в земствах, служивших очагом оппозиционного правительству либерального движения, открывала возможности для проявления инициативы. «В земской работе десятки лет воспитывался русский человек, как гражданин, ибо другого легального поприща для проявления общественности и гражданственности тогда не было»[4]. Создавались относительно самостоятельные медицинские организации – врачебные съезды, врачебные (санитарные) советы при земских управах на уровне губернии, уезда, участковые санитарные советы.

Первый в России съезд земских врачей был проведен в 1871 г. в Тверской губернии. В 1872 г. инициативу подхватили врачи Казанской, Нижегородской,

---

[1] Отчет о состоянии народного здравия и организации медицинской помощи в России за 1913 год. Таблицы. С. 292-293.
[2] *Ильин А.И.* Успеть увидеть прошлое. С. 5.
[3] Протокол заседания Общества врачей. 1912 г. Кострома: Губернская типография, б/г. С. 1-46.
[4] Общественный врач. 1914. № 2. С. 322.

Пермской и Самарской губерний. В 1871 – 1875 гг. съезды созывались в земствах 18 губерний, в том числе Костромской и Ярославской.

Первые съезды проходили в относительно благоприятных условиях. МВД давало разрешение на их проведение, ход работы съездов определялся самими врачами. Но постепенно общественная самодеятельность медицинского сообщества ограничивалась все более стеснительными рамками. С 1874 г. по распоряжению министра внутренних дел съезды проходили под присмотром медицинской администрации, а с 1889 г. – под административным контролем: врачебный инспектор был обязан предварительно ознакомиться с содержанием докладов и «вести все дебаты, строго придерживаясь научного направления и не допуская при этом суждений о предметах, не подлежащих ведению съезда». Протоколы заседаний доставлялись губернатору и направлялись в Медицинский департамент. На съезд разрешалось приглашать только лиц, указанных в представлении земской управы. Его постановления могли исполняться «в пределах, предоставленных законом ведению земских учреждений»[1]. В 1901 г. министр внутренних дел утвердил «Нормальный устав губернских съездов членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части»[2].

Устав определял состав делегатов. Созыв съезда, утверждение программы, выбор председателя, приглашение специалистов, публикация материалов – все это требовало разрешения губернатора (§§ 4, 6, 10, 11). Съезд мог быть закрыт губернатором «при обнаружении в деятельности съезда каких-либо беспорядков или уклонения от возложенных на него задач, или неисполнения настоящего устава» (§ 12). Этот документ предусматривал ограничение инициативы земских врачей и со стороны земств: программа съезда разрабатывалась губернской земской управой.

Установление контроля над работой съездов было вызвано опасением социальной активности земской медицинской общественности. Необходимо отметить, что власти относились с подозрением к любым попыткам консолидации медиков.

---

[1] Отчет Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел за 1889 год. С. 199.

[2] Нормальный устав губернских съездов членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части // Врачебно-санитарное законодательство в России. С. 60-61.

Так, разрешение на проведение II съезда ярославских врачей в 1890 г. министр внутренних дел обусловил исключением из программы съезда вопроса об устройстве кассы взаимопомощи[1]. Во Владимирской губернии на XV съезд не были допущены делегаты соседних губерний и представители прессы[2].

Губернские съезды врачей не были узкопрофессиональными собраниями. Как коллегиальные органы они при участии земцев решали широкий спектр задач: создание земско-медицинской организации, практика лечебного и санитарного дела, противоэпидемические мероприятия, развертывание санитарного просвещения. Решались проблемы совместных действий и координации усилий земств с городскими самоуправлениями, губернской медицинской администрацией, заинтересованными ведомствами и учреждениями. Происходил обмен опытом, прорабатывались вопросы, затрагивающие профессиональные и материальные стороны жизни медицинских работников. Рассеянные по уездам земские врачи нуждались в объединении, во взаимной поддержке, которая давала им возможность отстаивать интересы общественного здравоохранения перед земствами и местными властями. Как отмечал Д.Н. Жбанков, условия, в которых проходило становление земской медицины, «настоятельно требовали общения русских врачей, чтобы в совместной работе уяснить все нужды устраиваемого и ведомого ими дела»[3].

Земства, особенно поначалу, нередко отказывались признавать медицинскую общественность в качестве равноправного партнера в решении вопросов здравоохранения, а стремления врачей далеко не всегда встречали понимание со стороны земских деятелей. Врачи – служащие земств, «третий элемент» – рассматривались исключительно как исполнители своих профессиональных обязанностей в строго определенных рамках деятельности, выработанных без их участия. «Слепые исполнители предначертаний своих хозяев, простые врачеватели недугов, не смеющие думать о *предупреждении* болезней – вот таким рисовался идеальный врач земским

---

[1] Второй съезд земских врачей Ярославской губернии. // Вестник Ярославского земства. 1890. № 221-222. С. 2.
[2] Общественный врач. 1914. № 8. С. 970.
[3] *Жбанков Д.Н.* Медицинские и соприкасающиеся с врачебно-санитарным делом съезды в прошлом (1861-1924 гг.). С. 1291.

хозяевам»[1]. В лапидарной форме эту весьма распространенную позицию земских гласных сформулировал председатель пошехонской земской управы (Ярославская губ.) Е. Алексеев: «Существуют не земства для врачей, а врачи для земства»[2]. Известны случаи противодействия земств врачебным съездам. В 1875 г. костромская губернская управа приостановила уже начавшуюся работу съезда «в виду того, что прошлогодний съезд не выработал ни новых мнений, ни указаний, которыми могло бы воспользоваться земство»[3]. «Упорный абсентеизм» демонстрировали владимирские земцы, отказывавшиеся принимать участие в работе съездов[4]. Напротив, успешно сотрудничали земцы и врачи Тверской губернии.

Периодичность съездов была различной. В Тверском земстве первые шесть съездов проводились ежегодно, затем через 2–3 года. Также, раз в 2–3 года, собирались владимирские врачи. Во многих земствах съезды созывались нерегулярно – по обстоятельствам, далеко не всегда зависящим от воли врачей. Так, I-й и II съезды ярославских врачей разделял промежуток времени в 17 лет, II и III съезды – 10 лет. Для созыва съезда, помимо разрешения правительства, требовалось согласие и финансовая поддержка губернского земства.

Главным предметом обсуждения на съездах в земствах региона были организационные вопросы: создание сети врачебных участков, санитарных советов, оспопрививание и борьба с сифилисом, лекарственное обеспечение, развитие психиатрической, хирургической и акушерской помощи, плата за лечение, школьный санитарный надзор. По понятным причинам прочное место в повестке дня съездов занимала профилактическая и противоэпидемическая работа. Исключительно важное значение имели решения о реорганизации губернских больниц, они задали вектор развитию медицинской помощи в уездах и земско-медицинского дела в целом. Городская медицина в поле зрения земских врачей попала уже в XX в. После принятия в 1912 г. пакета законов о страховании врачи-общественники рассматривали возможности организации земствами помощи фабричным рабочим и перспективы

---

[1] *Канель В.Я.* Общественная медицина в связи с условиями жизни народа. С.179.
[2] Вестник Ярославского земства. 1873. № 17. Отд. 3. С. 30–31.
[3] Костромская губерния // Земско-медицинский сборник. Вып. 3. С. 11.
[4] Общественный врач. 1914. № 8. С. 957.

слияния земской и фабрично-заводской медицины. Тверские врачи первыми в регионе обратили внимание на состояние фабрично-заводской медицины – этот вопрос обсуждался, начиная с 1874 г. на IV и последующих съездах (VI, VIII, XII).

С начала XX в. фабричные и городские (думские) врачи принимали участие в работе съездов своих земских коллег.

Вопрос об организации врачебных советов напрямую связывался с защитой прав земских врачей в сфере занятости. Регулярно поднимались вопросы повышения уровня оплаты труда, периодических прибавок с целью закрепления кадров, пенсионного обеспечения, страхования, оплачиваемых командировок для повышения квалификации, предоставления отпусков и еженедельного выходного дня. На съездах обозначились основные «болевые точки»: зависимость врачей от земских управ, решение земскими управами вопросов приглашения врачей на службу и увольнения без участия медицинского сообщества, отсутствие конкретного определения обязанностей врача, лишение врача права голоса в земской управе и в собрании. С горечью вспоминал З.Г. Френкель о затхлом, барско-канцелярском духе земской управы, который «не мирился даже с малейшим проявлением настойчивости со стороны «подчиненных» земских наемников-врачей»[1].

Тверские врачи настаивали на освобождении от выполнения медико-полицейских обязанностей, устранении членов управ от руководства больницами, передачи права принятия решений о найме и увольнении санитарным советам, улучшения материального положения медицинского персонала. Эти аспекты рассматривались, в частности, XIV съездом (1900), который постановил проработать вопрос и подготовить предложения XV съезду.[2] XV съезд принял резолюцию о необходимости повышения жалованья фельдшерам до 420 руб. и акушеркам до 360 руб., о желательности периодических прибавок, оплаты квартир и служебных поездок, выходных дней и ежегодных месячных отпусков[3]. Врачебный быт обсуждался IX, X, XI и XII съездами владимирских врачей (1899 – 1907).

---

[1] *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. С. 154.
[2] Четырнадцатый съезд земских врачей Тверской губернии. С. 25-28.
[3] Постановления XV съезда представителей и членов земских учреждений Тверской губернии по врачебно-санитарной части. С. 10-11.

Положение земского медицинского персонала, его взаимоотношения с земствами рассматривались на всех шести съездах ярославских врачей. V съезд (1911) принял развернутую программу улучшения положения земских служащих: установление медицинскому персоналу единообразных окладов: врачу – 1 500 руб. в год с тремя периодическими прибавками через 3 года по 200 руб., фельдшеру – 420 руб. с тремя прибавками по 60 руб., акушерке I разряда – 300 руб. и три прибавки по 30 руб.; предоставление квартиры или выплата квартирных денег; страхование земством медицинского персонала; предоставление ежегодного месячного отпуска и периодических трехмесячных оплачиваемых командировок для повышения квалификации; установление свободного от амбулаторной работы дня; участие врачей в земских собраниях с правом совещательного голоса[1]. VI съезд (1914) признал необходимым повышение окладов врачам до 2 000 тыс. руб., фельдшерам – до 600 руб., акушеркам до 480 руб. в год с последующим увеличением на 50%[2].

Большинство резолюций съездов врачей относились к вопросам компетенции губернского земского собрания и уездных земств. Выполнение постановлений съездов зависело от земств, земские собрания далеко не всегда принимали их во внимание. IV съезд тверских врачей с сожалением отмечал, что решения предыдущих съездов «не были не только применяемы на деле, но даже обсуждаемы на земских собраниях»[3]. Гласный тверского земства на собрании 1877 г. даже выступил с заявлением, что «мнению съездов врачей нельзя доверять, потому что вопрос о пользе врачей остается спорным»[4].

Земства чаще принимали решения съездов в части, касающейся улучшения медицинского обслуживания населения: борьба с заразными болезнями, отмена платы за амбулаторное лечение, создание яслей-приютов и благотворительных обществ при земских лечебных учреждениях, организация врачебных участков и устройству межуездных участков, строительство сельских больниц и т.п.

---

[1] Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 1. С. 101–102.
[2] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. т. 2. С. 18.
[3] Протоколы IV съезда земских врачей Тверской губернии (в декабре 1874 года). С. 32.
[4] Цит. по: *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 91.

Неохотно шли земства на удовлетворение многих требований врачей, касающихся защиты их экономических и социальных прав. И все же медицинскому сообществу удавалось добиваться некоторых результатов: повышения жалованья, введения периодических прибавок, установления выходного дня и отпусков, в отдельных случаях – страхования. Так, Ярославское губернское земство организовало повышение квалификации фельдшеров в губернской больнице и оплачиваемые научные командировки для врачей. Для ветеранов земской службы губернское земство ввело надбавку к окладу: 50% – за 25-летний стаж работы и 100% – за 30 лет работы[1]. 1911 г. Признавая в принципе необходимость страхования медицинского персонала, губернское земское собрание, однако, отказалось создать особый фонд и дало поручение управе выдавать единовременные пособия в случае болезни и потери трудоспособности, связанной с профессиональной деятельностью, или смерти[2]. Некоторые уездные земства принимали более демократичную процедуру решения вопроса об увольнении: не управой, а земским собранием.

В годы первой русской революции съезды земских врачей практически не созывались. В 1905 г. работали только съезды по борьбе с холерой, в 1906 г. собрались на съезд лишь костромские врачи. В последующий период тонус общественной жизни понизился. В частности, в Тверской губернии, где земские врачи в 1871 – 1903 гг. провели 15 съездов, в работе этого коллегиального органа наступил длительный перерыв: последний, XVI съезд созвали только в 1914 г.[3]

За период 1871 – 1914 гг. во Владимирской было проведено 15 съездов, в Костромской – 10 съездов. Ярославские врачи сумели созвать лишь 6 съездов, отставая в этом отношении от многих других губерний. Наибольшее количество съездов – по 21 – организовали московское (1875 – 1917), самарское и рязанское земства.

---

[1] Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1. С. 9, 29.
[2] ГАЯО. Ф. 485. Оп. 1. Д. 932. Л. 29об.-30.
[3] *Жбанков Д.Н.* Медицинские и соприкасающиеся с врачебно-санитарным делом съезды в прошлом (1861-1924 гг.). С. 1292. По некоторым данным, XVI съезд не состоялся из-за начавшейся войны (См.: *Казаков Ю.В., Глянцев С.П., Касьяненко А.П.* Указ. соч. С. 18).

Всего 3 врачебных форума прошло в Олонецкой губернии[1]. С началом войны созыв съездов был почти повсеместно прекращен.

Современники давали съездам высокую оценку. «Медицинские съезды, по общему признанию, имели громадное значение не только в постановке врачебно-санитарного дела, но и в развитии общественно-политической жизни страны»[2], – писал Д.Н. Жбанков много лет спустя. «Чрезвычайно великое» значение съездов отмечал З.Г. Френкель[3]. Съезды, санитарные и врачебные советы и комиссии, созданные при земских управах, действовали относительно самостоятельно в решении вопросов своей компетенции. «Врачи всегда являлись наиболее независимыми и самостоятельными среди других земских служащих, и всякие врачебные собрания – советы и съезды – конечно, много помогали их объединению и развитию этой независимости»[4], – отмечал Д.Н. Жбанков.

Общественная деятельность врачей выходила за рамки «своей» губернии. Они принимали участие в работе Пироговских съездов и в инициированных съездами программах: изучение вопросов реорганизации губернских земских больниц, сбор материалов о земской и городской медицине, санитарные исследования условий фабричных рабочих и фабрично-заводской медицины, общероссийская программа борьбы с туберкулезом. В программу съездов неизменно включались вопросы солидарных действий врачей по защите своих экономических, юридических и социальных прав. Пироговские съезды постепенно становились для общественных врачей объединяющим и руководящим центром»[5].

В начале XX в. определилось стремление к объединению в общероссийском масштабе на базе Пироговского общества. В 1905 г. в условиях нарастания революционного движения был создан Всероссийский союз врачей[6] (1905 – 1906). Политические расхождения в медицинском сообществе привели к распаду союза. Тем

---

[1] *Жбанков Д.Н.* Медицинские и соприкасающиеся с врачебно-санитарным делом съезды в прошлом (1861-1924 гг.). С. 1292.
[2] Там же. С. 1290.
[3] *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. С. 184.
[4] *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. С. 12.
[5] Общественный врач. 1914. №1. С. 141.
[6] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1905. №2. С. 165.

не менее Внеочередной Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов (1916) признал неотложную необходимость сплочения врачей и призвал к устройству на местах объединений на почве общественных и научно-профессиональных интересов[1].

Медицинское сообщество было обеспокоено планами правительства создать сосредоточить все медицинское дело в руках государства. Против идеи создания Министерства народного здравия высказался XII Пироговский съезд (1913)[2]. Учреждение осенью 1916 г. Главного управления государственного здравоохранения (на правах министерства) без одобрения Государственной Думы вызвало волну протеста в печати. Правление Пироговского общества и Всероссийский земский союз помощи раненым и больным воинам дали реформе отрицательную оценку[3].

Негативной была реакция на местах. Так, ярославское губернское санитарное совещание приняло специальную резолюцию по этому вопросу. В ней отмечалось, что учреждение министерства без надлежащего участия в разработке проекта представителей общественных и врачебно-санитарных организаций не соответствует пользе дела и интересам страны. Земская медицина наиболее полно удовлетворяет медицинские нужды населения и «ни в каком руководстве, кроме существующего, земская медицина надобности не встречает <…> Для более быстрого и планомерного роста общественная медицина нуждается в реформе общественного самоуправления на широких началах…»[4].

Февраль 1917 г. снял вопрос об утверждении закона о Главном управлении государственного здравоохранения в Государственной Думе с повестки дня.

Земская, то есть общенародная служба – новое поприще деятельности врачей – несмотря на все трудности, была привлекательна, особенно для молодежи. Помимо сравнительно лучшего материального вознаграждения, многих вдохновляла идея служения народу, вера в возможность реальной плодотворной работы. «Молодые люди изучали медицину меньше всего для того, чтобы найти в ней источник

---

[1] Общественный врач. 1916. № 3. С. 155-156; № 4-5. С. 71-72.
[2] История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 211.
[3] Там же. С. 227-228.
[4] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1916. Вып. 4. С. 21.

сытого материального благополучия. Врачебный диплом был для большинства или, по крайней мере, для очень многих лишь средством попасть в деревню и работать там на благо меньшого брата»[1], – писал младший современник событий Н.А. Вигдорчик. Участковый врач из Ярославской губернии И.И. Добровольский вспоминал: «Работа, которую мне предстояло делать в деревне, представлялась громадною до необъятности, но это не только не подавляло меня, но, напротив, поднимало мой дух, придавало бодрости. Я ехал в деревню, чтобы отдать все свои силы и способности на служение народу, работать не покладая рук и тем заплатить мужику хоть какую-нибудь долю того громадного долга, который лежит на интеллигенции. И я был убежден, что мне удастся до известной степени избавиться от этого долга, что мужицких страданий, благодаря моему вмешательству станет меньше…[2]

Сложился тип земского врача. «Типы земских участковых врачей отличались разнообразием, – писал земский врач Е.И. Яковенко (брат одного из основоположников земской психиатрии В.И. Яковенко), – Они представляли различные степени смешения идеализма и скептицизма, служения и службы, общественного энтузиазма и усталой покорности судьбе, пестроту общественного и умственного развития. В общем все сходились на сознании серьезного значения выполняемой ими работы, необходимости ее совершенствования в соответствии с прогрессом науки, важности собственной инициативы и контроля»[3]. Д.Н. Жбанков так определил характерные черты земского врача: «он общественный деятель в самом широком смысле слова, видит зло не в болезни отдельного лица, а во всей окружающей болезнетворной обстановке, с устранением которой и ведет борьбу… Все его помыслы и надежды направлены на деятельность и работу, в развитии дела и успехе деятельности – его высшая и единственная награда»[4]. О самом Д.Н. Жбанкове другой известный врач-общественник С.И. Мицкевич вспоминал как о человеке, кото-

---

[1] *Вигдорчик Н.* Врачебное сословие и социализм // Образование. 1906. №12. С. 148.
[2] *Денисов И. (И.И. Добровольский).* Указ. соч. С.60.
[3] Из воспоминаний земских врачей. *Яковенко Е.И.* // Очерки истории общественной медицины. С. 284.
[4] *Жбанков Д.Н.* О врачах. М.: Типо-лит. «Русского товарищества печатного и издательского дела», 1903. С. 171-172.

рый «всю жизнь, всего себя без остатка отдавал на служение делу, в которое верил»[1]. «Светлой личностью» назвал С.И. Мицкевич тверского хирурга-офтальмолога и общественного деятеля С.Н. Корженевского: «Он считал свою работу служением народу и чувствовал в этом известное удовлетворение… это был хотя и выдающийся, но все же типичный земский врач»[2].

Типичным земским врачом был Савватий Иванович Сычугов (1841 – 1902)[3]. Сын сельского священника Вятской губернии, С.И. Сычугов служил земским врачом на родине, а с 1879 г. по 1889 г. – во Владимирской губернии. В должности санитарного врача Шуйского уезда Сычугов занимался изучением демографической ситуации и санитарного состояния уезда. Результаты первого в губернии санитарно-статистического исследования он изложил в докладе I съезду земских врачей (1882). Выступление на съезде послужило аргументом в пользу избрания Сычугова председателем санитарной комиссии. Его дальнейшая деятельность проходила во Владимире: занимался вопросами медицинской статистики, разрабатывал противохолерные мероприятия, участвовал в подготовке и работе I – V съездов земских врачей (1882 – 1886). Придавая важное значение санитарному просвещению, добился преподавания гигиены в земских учебных заведениях и опубликовал ряд популярных работ («О холере» и др.). Завоевав авторитет как хороший врач и энергичный общественный деятель, Сычугов был избран почетным мировым судьей.

После смерти жены и гибели детей во время эпидемии С.И. Сычугов вернулся в родную деревню, где занимался вольной практикой. Практика плохо его обеспечивала: врач установил копеечную таксу, 30% больных лечил бесплатно. Из своих скудных доходов (по его словам, не более 620 руб. в год) выделял средства на закупку книг для открытой им на селе бесплатной библиотеки, выхлопотал литературу также и в губернском Комитете грамотности. Несмотря на препятствия, которые чинила полиция, Сычугов организовал вечерние чтения для крестьян. Его

---

[1] Цит. по: *Егорышева И.В.* Деятельность Д.Н. Жбанкова в Пироговском обществе. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 54.
[2] *Мицкевич С.И*. Указ. соч. С. 46.
[3] См. о нем: *Лапин К.В.* Доктор Сычугов и его вольная практика на селе. // Советское здравоохранение. 1947. № 1. С. 38-42; *Ильин А.И.* Указ. соч. С. 68-69.

просветительская работа была отмечена медалью Комитета грамотности «за преданность делу народного образования и за прекрасное ведение библиотеки». Проводил Сычугов и санитарные мероприятия. До конца жизни доктор Сычугов сохранял лучшие качества земского врача: склонность к подвижничеству, жертвенность, личное бескорыстие, благотворительность, милосердие, душевную щедрость.

Анализ многочисленных источников убеждает в обоснованности вывода С.И. Мицкевича о том, что «большинство земских врачей честно и самоотверженно выполняло свою полезную, но очень нелегкую культурно-медицинскую работу»[1]. Особенно высоко оценивалась медицинским сообществом деятельность земских врачей первого поколения, заложивших основы земской медицины, 1860 – 1870-х гг.: «деятельность яркая», «плодотворная по своим последствиям»[2]. «Особое, часто жертвенное, отношение к своей работе сделало образ врача, особенно земского, работавшего в трудных, бесприютных сельских условиях, символом самоотдачи для современных и последующих поколений образованного русского общества»[3].

Тип земского врача получил отражение в художественной литературе в образе чеховских героев – М.Л. Астрова («Дядя Ваня»), Г.И. Овчинникова («Неприятность»), доктора Соболя («Жена»). Симпатией и сочувствием проникнут отзыв А.И. Куприна: «среди земских врачей, загнанных, как почтовые клячи, мне и приходилось встречать этих чудаков, фанатиков дела и бессребреников»[4].

В отличие от земских врачей фельдшера как профессиональная группа не были сориентированы на служение народным интересам, не ставили перед собой целей санитарного и культурного в широком смысле слова просвещения. Напряженная работа, низкий образовательный и общекультурный уровень, тяжелые материальные условия, разобщенность – все это ограничивало возможности общественной деятельности. Фельдшера не имели собственной организации, не участвовали в съездах врачей, не были представлены в земско-медицинских советах.

---

[1] *Мицкевич С.И.* Указ. соч. С. 78.
[2] *Игумнов С.* Земские врачи теперь и прежде. С. 321
[3] *Ульянова Г.Н*. Указ. соч. С. 639.
[4] *Куприн А.И.* Черная молния // Собрание сочинений. В 6-ти тт. Т. 4. М.: Художественная литература, 1958. С. 634-635.

Интересы вспомогательного медицинского персонала отстаивали врачи. С активизацией общественно-политических сил в начале XX в., с повышением культурного уровня медицинских работников среднего звена в этих кругах проявилось стремление к консолидации, к созданию профессиональных объединений. Как отмечал Н.А. Вигдорчик, «могучая волна освободительного движения всколыхнула мирно прозябавшую до того времени фельдшерскую массу»[1]. XV съезд тверских врачей предложил внести изменения в «Нормальный устав губернских съездов» – предусмотреть участие в съездах фельдшеров и акушерок[2].

В начале XX в. появились общества медицинских служащих: Воронежское общество фельдшеров и акушерок (в 1902 г. состоялся Первый съезд фельдшеров, организованный воронежским уездным земством[3]), Общество взаимопомощи помощников врачей в Киеве, Петербургское общество российских фельдшеров, Общество помощников врачей в Ставропольской губернии[4]. В 1914 г. совещания среднего медицинского персонала проходили в уездах Ярославской губернии, обсуждалась возможность представительства в губернском санитарном совете[5].

В январе 1907 г. в Москве собрался I Всероссийский съезд фельдшеров, в июне 1909 г. в Киеве состоялся II съезд фельдшеров, фельдшериц и акушерок, в период до 1917 г. было проведено пять всероссийских съездов. На съезды выносились вопросы улучшения условий труда, реформы фельдшерского образования, участия в санитарных земских организациях. Один из основных вопросов – разрешение фельдшерам самостоятельной врачебной практики, т.е. предоставления прав врача по фельдшерскому диплому. Это требование отражало узкокорпоративные позиции представителей «фельдшеризма» и вызвало решительный протест врачей[6].

---

[1] *Вигдорчик Н.А.* Расслоение фельдшерского сословия. // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1907. № 1. С. 5.
[2] Постановления XV съезда представителей и членов земских учреждений Тверской губернии по врачебно-санитарной части. С. 8.
[3] Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1904. № 3. С. 183.
[4] *Кузьмин В.Ю.* Власть, общество и земская медицина (1864-1917 гг.). С. 391.
[5] Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 5. С. 53.
[6] Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1908. Март. С. 462–463; 1910. Апрель. С. 581.

Осознание собственных интересов, близость к народу (около половины земских фельдшеров жили на селе) закономерно приводили к постепенному вовлечению земских фельдшеров и акушерок и в жизнь медицинского сообщества, и в общий поток общественно-демократического движения.

* * *

На протяжении рассматриваемого периода в медицинском сообществе происходили количественные и качественные изменения.

В XVIII – начале XIX вв. медицина в России пользовалась покровительством монаршей власти, что способствовало и статусному росту, и укреплению материального положения медицинских работников – последнее, разумеется, зависело и от финансовых возможностей государства.

В дальнейшем ситуация заметно менялась. Медицинская профессия становилась более востребованной, но в то же время рост численности врачей делал эту профессию все менее уникальной. Подавляющее большинство медиков находилось на государственной службе. Они «встраивались» в иерархическую систему российской бюрократии, растворялись в общей массе среднего чиновничества, лишь в редких случаях достигая ее высоких ступеней.

Наиболее многочисленная группа «медицинских чинов» в первой половине XIX в. – уездные и городовые лекари. Именно они представляли медицину в провинции. Обремененные разнообразными обязанностями, среди которых на первом месте были медико-полицейские, они физически не могли обеспечить врачебной помощью население, да и не пользовались его доверием.

В этот период медицинские работники представляли собой наиболее многочисленную группу формирующейся российской интеллигенции. Оформились профессиональные группы лекарей, фельдшеров и акушерок, определился их служебный и социальный статус.

Состав корпуса специалистов с высшим медицинским образованием не был однороден. Во второй половине XIX в. обозначились три основные группы: работающие в государственном здравоохранении, в секторе общественной медицины и

занятые на частной службе. Служебный статус, условия труда, уровень и источники получения доходов этих групп существенно различались. Но общими характеристиками были недостаточная материальная обеспеченность, слабая социальная защищенность. Как отметил профессор Харьковского университета В.Г. Лашкевич, «в нашем отечестве, где умственный труд не высоко ценится, врачу приходится весьма тяжело: от него требуют очень многого, всякой готовности быть при исполнении своих обязанностей, а между тем ему отказывают и в том внимании, каким пользуется почтовая лошадь, законом огражденная от излишнего труда…»[1].

Во второй половине XIX в. определилась общественная позиция врачебного сословия, обусловленная прежде всего пониманием врачами своего профессионального долга. Были выработаны различные формы самоорганизации медицинских работников.

Наибольшую активность в борьбе за создание общедоступной системы медицинской помощи, за улучшение социально-экономических условий быта населения, прежде всего сельского, проявили земские врачи: в силу объективных обстоятельств они были хорошо знакомы с народными нуждами. Им принадлежала ведущая роль в отстаивании жизненно важных интересов самих медицинских работников.

В начале XX в. впервые продемонстрировал свои возможности как общественной силы и средний медицинский персонал.

---

[1] Цит. по: *Лушников А.Г.* Лекции по истории русской медицины. Клиника внутренних болезней второй половины XIX в. М.: Медгиз, 1956. С. 34.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравоохранение России, зародившееся в последней четверти XVIII в., носило государственный характер. Начиная с царствования Екатерины II, организация медицинской помощи населению стала постоянной составляющей внутренней политики. Ее особенность заключалась в том, что здравоохранение не отделялось от дела призрения. Идея государственного попечительства реализовалась в приказах общественного призрения. Приказы, созданные в ходе губернской реформы 1775 г., взяли на себя «социальную сферу», в том числе здравоохранение. Объектом попечительства были бедные, социально уязвимые слои общества, при этом забота о крепостных и работающих по найму у частных лиц считалась нравственной обязанностью их хозяев. Предполагалось по умолчанию, что материально обеспеченное население не нуждается в помощи государства.

По мысли правящей элиты, в организации медицинской помощи населению должны были объединить усилия власть и общество. В этой связке до середины XIX в. государство являлось инициатором и главным двигателем процесса развития медицинской помощи населению, обществу отводилась роль «активного объекта управления»[1].

Формат участия общества – это прежде всего софинансирование здравоохранения. Государство стремилось снизить издержки, возведя режим жесткой экономии в один из принципов руководства медицинским делом, и переложить на общество часть расходов. Финансовое бремя с казной разделили приказы общественного призрения – полугосударственные, полуобщественные организации. Власти привлекали средства городов, поощряли и будировали общественную и частную благотворительность.

Городские самоуправления, сословные учреждения и сельские общества привлекались к работе в приказах общественного призрения, но возможность влиять на принятие значимых решений для них не предусматривалась. Вместе с тем сам

---

[1] *Миронов Б.Н.* Указ. соч. Т. 2. С. 179.

факт налаживания сотрудничества с обществом – в приказах, комитетах общественного здравия, холерных и оспенных комитетах – безусловно, позитивное явление.

«Приказная медицина», с 1803 г. находившаяся в ведении Министерства внутренних дел, дополненная «медицинской частью» Министерства государственных имуществ и других ведомств, была рассчитана на удовлетворение потребностей в лечебной помощи в минимальном объеме. В рассматриваемый период бытовало представление о «несложности болезней» у низших сословий. Этой идеологии соответствовала примитивность медицинской организации. В первой половине XIX в. здравоохранение России представляло собой структуру, основными элементами которой на уровне губернии были врачебная управа – местная медицинская администрация, уездные врачи, приказы общественного призрения и «приказные» больницы.

Постоянные эпидемии и распространенность социальных болезней предопределили важное место противоэпидемического и санитарно-профилактического направления в политике государства. Однако общие подходы – забота о «народном здравии» не являлась приоритетом, – степень понимания властью своих задач в этой области и уровень медицинских знаний вплоть до последней трети XIX в., когда были сделаны важнейшие открытия в области микробиологии и эпидемиологии, неизбежно ограничивали противоэпидемическую и профилактическую деятельность. Мероприятия, как правило, носили чрезвычайный характер, по своей сути были медико-полицейскими. Более последовательно государство боролось с оспой, но и оспопрививание не получило широкого распространения.

В первой половине XIX в. оформилась, в основных чертах, законодательная база здравоохранения, появились лечебные учреждения в губернских и многих уездных городах. Создавался человеческий капитал. Через посредство врачебных управ отрабатывались методы руководства лечебным, санитарно-профилактическим и аптечным делом, отлаживалась система вертикальных и горизонтальных связей органов медицинского управления и других государственных структур и сословных организаций.

К середине XIX в. в управлении медицинским делом выстроилась жесткая вертикаль. Приказы общественного призрения постепенно утратили элементы самостоятельности, заложенные в их основание. Они представляли собой учреждения, целиком подчиненные государству, занимавшиеся аккумулированием и распределением скудных денежных средств на нужды «богоугодных заведений», и управлением хозяйством этих заведений. Волевые решения, касающиеся организации медицинской помощи населению, принимались центральной властью и реализовывались врачебными управами, входившими в состав губернского правления.

Больницы приказа общественного призрения, рассчитанные почти исключительно на городское население, уже в первой половине XIX в. перестали удовлетворять народным нуждам. Недостаток средств, квалифицированного персонала, акцентирование формальной стороны деятельности приказов и медицинских служащих, утрата гибкости всей системы управления медицинским делом, слабое внимание правительства к нуждам здравоохранения привели в середине XIX в. к кризису «приказной медицины» – составной части общего кризиса страны.

Правительство принимало меры административно-бюрократического характера с тем, чтобы улучшить состояние лечебных учреждений приказа и работу системы в целом. Но «приказная медицина» исчерпала возможности развития. Механизм, созданный в конце XVIII в., все чаще давал сбои. В середине XIX в. МВД подняло вопрос о реформе приказной системы и о закрытии приказов.

Поворот государственной политики предполагал перенесение центра тяжести в решении вопросов «народного здравия» на местное самоуправление, использование потенциала общественных сил в регионах для «разборки завалов» в запущенной социальной сфере. За собой правительство оставляло, в основном, функции надзора и контроля, проявляя инициативу, главным образом, в тех случаях, когда вследствие распространенности эпидемических и венерических заболеваний возникала угроза национальной безопасности.

«Положение о земских учреждениях» предусматривало участие земств в деле врачевания «преимущественно в хозяйственном отношении». Но действительность разошлась с предначертаниями власти. Поиски путей организации доступной

медицинской помощи сельскому населению привели к появлению земской медицины. Земская медицина – почин земств – развивалась в сложных условиях становления института общественного самоуправления и непоследовательной политики властей в отношении земской деятельности. Как автономные структуры, земства являлись островками общественной инициативы «третьего элемента» – земских служащих и наиболее активной силы – земских врачей. Перспектива обновления страны вызывала сочувствие в кругах медицинской интеллигенции и стремление не отстать от общего движения, раскрепощала ее духовные силы.

В развитии здравоохранения были заинтересованы и общество, и государство, но в подходах к решению задач в этой области имелись глубокие различия. Правящая элита по-прежнему рассматривала заботу о «народном здравии», прежде всего, как дело общественного призрения, регулируемую правительством благотворительность. Об этом свидетельствовало законодательное обеспечение деятельности земств и городов по «медицинской части». Земства подходили к организации медицинской помощи как важнейшей общественной функции.

Правительство стремилось к сотрудничеству с органами самоуправления, при этом усиливая административную опеку земств. Усиление бюрократического начала, характерное для периода царствования Александра III, проявилось в том, что власть, допуская проявление инициативы в сфере здравоохранения, в то же время стремилась ее ограничить, урезать полномочия и финансовые возможности органов самоуправления. Губернская администрация контролировала земства и городские думы не только для обеспечения законности их действий (в данном случае соблюдения медицинского законодательства), но и в целях ограничения постепенно возраставшей гражданской активности. Пресекались попытки медицинской общественности выйти за рамки исполнения прямых профессиональных обязанностей. Правительство, по меткому выражению американского исследователя Дж. Ф. Хатчинсона, держало земства и города «на коротком поводке»[1].

[1] Hutchinson J.F. Op. cit. P. 26.

Земской медицинской общественности приходилось вести борьбу по нескольким направлениям: с правительственной бюрократией, с культурной отсталостью крестьянства и нередко с сословным эгоизмом земских деятелей. Многие проблемы земской медицины были связаны не только с ограниченностью земских бюджетов, но и с некомпетентностью земских гласных в вопросах здравоохранения и недостаточным пониманием запросов деревни в этой сфере, с нежеланием признать земских врачей равноправными участниками процесса выработки решений важнейших вопросов медицинского обслуживания.

Среди главных достижений земской медицины – приближение врачебной и лекарственной помощи к крестьянину, развитие санитарно-гигиенического направления. Земства многое сделали для развития специализированной помощи, для подготовки вспомогательного медицинского персонала.

Земско-медицинская общественность Верхневолжского региона стремилась следовать основным принципам земской медицины: доступность, равная для всех возможность получить квалифицированную помощь, участковая форма обслуживания, бесплатность, развитие санитарно-профилактического направления.

Однако организованной борьбы с эпидемиями в губерниях региона не существовало. Эта область медицинской деятельности предполагала не только лечение, но и систему предупредительных санитарных и санитарно-оздоровительных мероприятий, исследование санитарного состояния губерний, надзор за санитарным состоянием населенных пунктов, фабрично-заводских предприятий, школ, действенный контроль выполнения обязательных санитарных постановлений, повышение благосостояния населения, его культуры, в частности, преодоление негативного отношения к противоэпидемическим мероприятиям и рациональному лечению. Многие из этих мероприятий выходили за рамки возможностей земств, в том числе и финансовых. Между тем медицинское сообщество в целом, и земские врачи в особенности, связывали перспективу развития общественного здравоохранения с санитарно-профилактическим направлением.

Под нажимом земских врачей и в условиях почти не прекращающихся эпидемий земства – раньше или позже – признали необходимость санитарно-профилактической работы. В процессе ее развертывания земская медицинская общественность выработала концепцию полной губернской санитарной организации. Там, где в соответствии с этой концепцией удавалось при поддержке земств создать эффективно действующую санитарную организацию (как, например, в Костромской губернии), она объединяла земскую медицину в единое целое, преодолевая, таким образом, уездную разобщенность, стимулируя более активное участие губернского земства в решении проблем здравоохранения в уездах. Санитарные (врачебные) советы, обладавшие относительной самостоятельностью, фактически становились мозговым центром земско-медицинского дела.

Земская медицина в Верхневолжском регионе, как и во всей земской России, развивалась неравномерно. Местные условия, позиция земств, возможности земских бюджетов, направленность энергии земских врачей – все это определяло приоритеты, особенности и темпы ее развития. Безусловно влияние выдающихся представителей земской медицины: С.И. Сычугова – во Владимирской губернии, З.Г. Френкеля – в Костромской губернии, М.П. Литвинова – в Тверской губернии, В.Ф. Линденбаума – в Ярославской губернии и многих других.

Земская медицина испытывала на себе воздействие общественно-политической обстановки в стране. Общий подъем 1860-х – 1870-х гг. прямо коррелировал с успехами в проработке теоретических вопросов и практических шагов по обновлению и расширению лечебной базы в губернских и уездных городах, созданию сети врачебных участков в сельской местности. Период, последовавший за революцией 1905 – 1907 гг., рассматривался как кризисный для всей земской медицины.

Городская медицина долгое время оставалась на положении «падчерицы» городских дум. В провинции со значительным отставанием от столиц строились санитарно-технические сооружения. К созданию собственной лечебной базы в большинстве крупных городов приступили уже в XX в. Как и в других регионах, город-

ские самоуправления Верхней Волги стремились переложить на земства обязанности по лечению горожан. Малые города не могли самостоятельно организовать «медицинскую часть», они нуждались в помощи земств.

Одной из причин замедленного развития городской медицины была недостаточная обеспеченность нормативно-правовыми документами. И земская, и городская медицина не получили прочной, четкой законодательной базы. Не разграничивались права и обязанности по санитарно-врачебному делу между земствами и городами, между губернскими и уездными земствами – последний вопрос передавался на усмотрение губернских земств. Земский медицинский персонал и сами учреждения не были ограждены от случайностей.

Фабричная медицина (в частном секторе) также не имела четко прописанной законодательной базы. Степень обеспеченности фабрично-заводских рабочих квалифицированной медицинской помощью, ее качество в значительной степени зависели от социальной ответственности предпринимателя. Зачастую частный капитал стремился переложить заботу о здоровье лиц наемного труда на общественное здравоохранение.

К началу XX в. система здравоохранения России включала параллельно существующие государственный и общественный сектора, фабрично-заводскую медицину, сектор частных медицинских услуг. Государственная медицина в свою очередь была распылена по нескольким ведомствам. Каждое из них имело собственную финансовую и лечебную базу, заботилось о своей ограниченной ведомственной группе. В решении общих задач – противоэпидемической и санитарно-профилактической работе – зоны ответственности не были четко разграничены. Казенные и общественные учреждения нередко дублировали друг друга, их действия не были скоординированы, но явственно прослеживается неуклонное повышение роли земских санитарных организаций.

Здравоохранение финансировалось общественными самоуправлениями, общественными организациями, частными лицами, государством. В структуре расходов первое место занимало содержание лечебных заведений, затем содержание медицинского персонала; расходы на санитарно-профилактическую работу и борьбу

с эпидемиями повсеместно были невелики. Основное бремя расходов на медицину несли земства. На протяжении рассматриваемого периода заметную роль в развитии здравоохранения играла благотворительность. Наибольшую активность проявлял торгово-промышленный капитал, но в филантропической деятельности участвовало дворянство, другие слои населения, включая медицинских работников.

Во второй половине XIX в. общество в лице земств, городских дум, медицинских объединений получило право участвовать в организации и управлении здравоохранением, появилась возможность корректировать действия государства и постепенно замещать правительственные органы в решении проблем, с которыми те не справлялись. Инициатива перешла от государства к обществу. На местном уровне было возможно более чутко уловить потребности, более адекватно оценить возможности и более эффективно их использовать.

Органы местного самоуправления, медицинская общественность подталкивали правительство к проведению курса, отвечающего насущным потребностям здравоохранения, учитывающего неизбежные последствия модернизационных процессов (вредного влияния условий фабрично-заводского труда и быта рабочих, распространения социальных заболеваний, повышения культурного уровня населения, стало быть, спроса на квалифицированную медицинскую помощь и др.) и сохраняющиеся эпидемические угрозы. Вносились изменения в медицинское законодательство: официальное признание получила медицина общественных самоуправлений, совершенствовалась нормативная база аптечного дела, борьбы с эпидемиями и др. Оказывалась правительственная поддержка, в том числе и финансовая, в реализации земских проектов по развитию лечебной базы. Необходимо отметить в целом заметное повышение внимания правящей элиты к сфере здравоохранения.

Однако неверие общества в способности государства решать насущные вопросы в этой области внутренней политики и, с другой стороны, высокая оценка потенциала общественных сил, в том числе и заложенного в земской медицине,

определили отрицательное отношение подавляющей части медицинского сообщества, и в особенности земских врачей, к намерению правительства решить проблемы здравоохранения путем усиления централизации управления.

В процессе развития здравоохранения России оформилась новая профессионально-социальная группа медицинских работников, влившаяся в состав российской интеллигенции. Положение различных групп медиков, занятых в государственной и негосударственной сферах здравоохранения различалось, но общими были недостаточная материальная обеспеченность, слабая социальная защищенность. Характерная черта медицинского сообщества второй половины XIX – начала XX вв. – его гражданская зрелость. Центральной фигурой российского здравоохранения пореформенного периода стал земский врач. Обладая чувством профессионального и общественного долга, готовностью к подвижничеству земские врачи стали движущей силой и душой земской медицины.

В процессе профессиональной и общественной деятельности медицинских работников решались не только задачи обеспечения медицинской помощью и оздоровления санитарно-бытовых условий населения. Значителен вклад медиков в повышение культурного уровня населения, изменение психологических установок, формирование новых моделей поведения.

Преобразования в системе здравоохранения, связанные, в первую очередь, с введением местного самоуправления и становлением общественной медицины, стали одним из главных достижений социального развития России последней трети XIX в – начала XX вв. В этот период, несмотря на наличие серьезных проблем и противоречий, здравоохранение динамично развивалось, охватывая все более широкие слои сельского и городского населения.

Суть исследуемого нами аспекта социальной модернизации состоит в том, что на протяжении рассматриваемого периода изменения в организации медицинской помощи населению российской провинции, имели не только количественное (число лечебных учреждений, стационарных коек, аптек, численность медицинских работников и т.п.), но и качественное измерение. Совершенствовалось управ-

ление здравоохранением при участии органов местного самоуправления, повышалась роль общественных объединений, в том числе медицинских, создавались новые институты, более эффективно решающие вопросы оздоровления и, в целом, повышения качества жизни населения, что являлось важным фактором преодоления социального неравенства. Повышалась санитарная, бытовая культура населения. Происходили сдвиги в малоподвижных структурах – в менталитете, повседневных практиках различных социальных групп, как субъектов, действующих в сфере здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, так и тех, кто в этой помощи нуждался. Распространение позитивного отношения к рациональной медицине, к врачу, акушерке, о чем явно свидетельствует неуклонный рост обращаемости за медицинской помощью, – показатель уровня модернизации социума.

Рассмотренными аспектами тема данного исследования, безусловно, не исчерпывается. «Белым пятном» на сегодняшний день остается сельская медицина губерний и областей, где не было введено земское самоуправление. В глубокой всесторонней разработке нуждается проблема становления медицинской интеллигенции. Перспективным, на наш взгляд, является изучение культурных основ, формирующих медицинскую повседневность.

Первая мировая война приостановила развитие гражданского здравоохранения, сместила акценты в деятельности всех медицинских структур. Начавшийся в 1917 г. период революционных потрясений разрушил систему здравоохранения России. Новая система – система советского здравоохранения – начала формироваться в 1918 г.

В настоящее время вновь стала очевидной необходимость системной модернизации российского здравоохранения, что подтверждается принятием разработанной Министерством здравоохранения РФ при участии медицинского сообщества Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Опыт решения вопросов дореволюционного здравоохранения может быть полезен не только в смысле использования достижений земской медицины, положенных в основание системы советского здравоохранения и сохранивших актуальность до настоящего времени. Общедоступность, бесплатность, профилактическая

направленность, санитарное просвещение, широкое участие общественных организаций и населения – все эти принципы важны и для выработки модели организации медицинской службы будущего. Очевидна необходимость изучения дореволюционных систем управления здравоохранением на региональном уровне: осмысление накопленного опыта взаимодействия местных органов самоуправления и государства, форм участия общественных сил в решении проблем охраны здоровья населения, координации деятельности казенных, общественных, частных медицинских структур. Сегодня, в условиях усложнившихся социальных отношений, эти наработки могут представлять ценность с точки зрения учета потребностей регионов и отдельных социальных групп при согласовании интересов учреждений здравоохранения различной формы собственности и различной ведомственной принадлежности, при налаживании открытого диалога с общественностью по важнейшим вопросам социальной политики.

ПРИЛОЖЕНИЯ

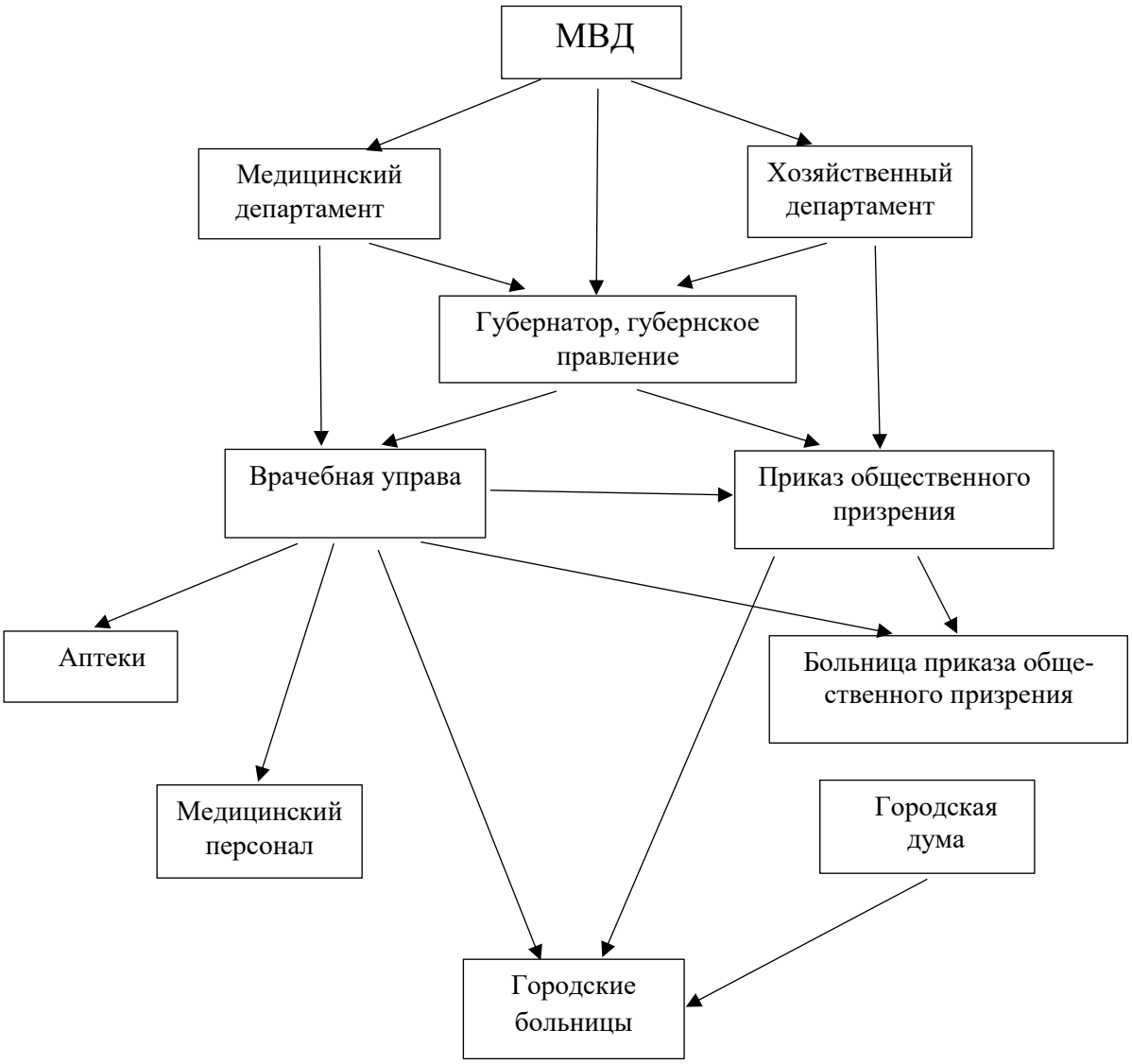
Приложение 1. Административное деление и население губерний Верхневолжского региона (по переписи 1897 г.)[1]

Губернии, уезды	Население	В том числе городское
Владимирская губерния	**1 570 733**	**187 453**
1.Владимирский у.	163 811	28 315
2.Александровский у.	105 711	6 848
3.Вязниковский у.	91 751	7 398
4.Гороховецкий у.	98 289	2 783
5.Ковровский у.	114 441	14 570
6.Меленковский у.	147 304	8 604
7.Муромский у.	124 607	12 589
8.Переяславль-Залесский у.	92 018	8 662
9.Покровский у.	163 063	7 724
10.Судогодский у.	101 636	3 406
11.Суздальский у.	110 758	8 000
12.Шуйский у.	162 009	Шуя: 18 968 Иваново-Вознесенск: 53 949
13.Юрьев-Польский у.	95 335	5 637
Костромская губерния	**1 429 228**	**94 140**
1.Костромской у.	184 311	42 630
2.Буйский у.	72 302	2 622
3.Варнавинский у.	128 134	1 444
4.Ветлужский у.	126 963	5 198
5.Галичский у.	119 825	6 182
6.Кинешемский у.	148 285	7 564
7.Кологривский у.	112 295	2 566
8.Макарьевский у.	151 498	8 434
9.Нерехтский у.	153 144	5 165
10.Солигаличский у.	60 652	3 420
11.Чухломский у.	50 982	2 200
12.Юрьевецкий у.	128 837	6 715
Тверская губерния	**1 812 825**	**153 637**
1.Тверской у.	168 686	53 477
2.Бежецкий у.	255 296	9 090
3.Весьегонский у.	157864	6 027
4.Вышневолоцкий у.	182855	16 722
5.Зубцовский у.	104735	2 984
6.Калязинский у.	118 872	5 497
7.Кашинский у.	120 854	7 468
8.Корчевский у.	119 934	2 379
9.Новоторжский у.	150 169	12 743
10.Осташковский у.	136 079	10 457
11.Ржевский у.	148 050	21 397
12.Старицкий у	149 431	5 396

[1] Источник: Россия. Энциклопедический словарь. С. 106-108, 110-111, 119, 128.

Ярославская губерния	**1 074 478**	**144 467**
1.Ярославский у.	210 376	70 610
2.Даниловский у.	68 933	4 288
3.Любимский у.	64 472	3 002
4.Мологский у.	119 190	4 256
5.Мышкинский у.	86 384	2 238
6.Пошехонский у.	114 369	4 036
7.Романово- Борисоглебский у.	74 055	6 518
8.Ростовский у.	149 616	14 598
9.Рыбинский у.	90 747	25 223
10.Угличский у.	94 338	9 690

Приложение 2. Организация здравоохранения ведомства Министерства внутренних дел в первой половине XIX в.



Приложение 3. «Приказная медицина» в губерниях Верхневолжского региона в первой половине XIX в.[1]

Губерния	Лечебные заведения ведомства приказа общественного призрения			
	1802 г.	1810 г.	1819 г.	1852 г.
Владимирская	Больница приказа	Больница приказа	Больница приказа (25 коек); Лазарет – 1; Аптека – 1; Отд. Умалишенных – 1	Больница приказа (120 коек); Гор. больницы – 12 (126 коек); Дом умалишенных – 1 (30 коек)
Костромская	Лазарет	Больница приказа	Больница приказа (30 коек); Лазарет; Дом умалишенных (12 коек)	Больница приказа (80 коек); Гор. больницы – 9 (110 коек); Дом умалишенных (15 коек)
Тверская	Больница приказа	Больница приказа	Больница приказа; Аптека; Дом умалишенных	Больницы приказа – 2 (185 коек); Гор. больницы – 11 (169 коек); Отд. для умалишенных (35 коек); Больница для судорабочих
Ярославская	Больница приказа (30 коек); Гор.больницы –5; Дом умалишенных	Больница приказа (30 коек); Гор.больницы – 9; Дом умалишенных	Больница приказа (30 коек); Родильные приюты – 2; Гор. больницы – 9; Дом умалишенных; Больница и аптека при Доме призрения ближнего	Больница приказа (170 коек); Больница для судорабочих (30 коек); Гор. больницы – 9 (129 коек); Дом умалишенных (30 коек)

[1] Источник: ПСЗРИ – 2. Т. XIX, ч. 2. № 16998а; Сборник циркуляров и инструкций … Т. 6. Приложения. С. 608-609; 614-615; 628-629; 632-633; ГАЯО. Ф. 83. Оп. 2. Д. 1. Л. 3-3об.; ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 17. Л. 11; *Стог А.Д.* Указ. Соч. Ч. 1. Приложение № 2. Табель о состоянии приказов общественного призрения в 1802 году; Приложение № 3. Табель о состоянии приказов общественного призрения в 1816 году.

Приложение 4. Медицинский персонал больниц приказа общественного призрения (губернских) в 1853 г.[1]

Лечебное учреждение	Старший врач	Младший врач	Фельдшера	Фарм. персонал	Цирюльники
Владимирская больница (на 120 коек)	1	1	Ст. фельдшер – 2 Мл. фельдшер – 3	Аптекарский ученик – 1	–
Костромская больница (на 80 коек)	1	1	Ст. фельдшер – 1 Мл. фельдшер – 3	Провизор – 1 Аптекарский ученик – 1	–
Тверская гражд.больница (на 85 коек)	1	1	Ст. фельдшер – 2 Мл. фельдшер – 3	–	1
Тверская военная больница (на 100 коек)	–	1	Ст. фельдшер – 1 Мл. фельдшер – 2	–	1
Ярославская больница (на 250 коек)	1	1	Ст. фельдшер – 1 Мл. фельдшер – 6	Провизор – 1	–

Приложение 5. Системы медицинского обслуживания в губерниях Верхневолжского региона[2]

Губерния	Система обслуживания в 1880 г., количество уездов			Система обслуживания в 1900г., количество уездов		
	Стационарная	Смешанная	Разъездная	Стационарная	Смешанная	Разъездная
Владимирская	-	10	3	2	11	-
Костромская	-	6	6	3	9	-
Тверская	-	9	3	6	6	-
Ярославская	-	3	7	2	8	-

[1] Источник: Сборник циркуляров и инструкций … Т. 6. Приложения. С. 121-122, 170-171, 296-298, 331-332.
[2] Источник: *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 341.

Приложение 6. Сведения о губернских земских больницах (по данным на 1898 г.)[1]

Губерния	Врачебный персонал	Фельдшера фельдшерицы	Акушерки	К-во штатных коек	К-во стационарных больных 1.соматич. 2.психич.	К-во амбулаторных больных
Владимирская						
соматическая	6	Всего	2	213	3 335	5 668
психиатрическая	4	14	-	214	759	-
Костромская						
соматическая	4	7	3	150	2 182	6 452
психиатрическая	2	6	-	?	556	-
Тверская						
соматическая	3	3	-	86	2 466	20 186
психиатрическая	7	15	-	750	2 755	-
Ярославская						
соматическая	8	6	1	270	5 991	73 425
психиатрическая	2	2	-	250	904	-

Приложение 7. Организация медицинской помощи в 1914 г.[2]

Губерния	Врач. участки	Самост. фельд. пункты	Всего больниц*	Всего коек	Для псих. больных	Род. дома, отд. (в них коек)
Владимирская	103	48	185	5 472	800	70 (451)
Костромская	86	76	130	3 633	435	52 (263)
Тверская	88	42	121	3 327	1 000	20 (148)
Ярославская	56	75	111	2 876	443	33 (204)

[1] Источник: Обзор деятельности земств по медицинской части. С. 126-129.

[2] Источник: Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 24-27.

* Больницы общественные, ведомственные, благотворительных обществ, частные.

Приложение 8. Психиатрическая помощь в губерниях Верхней Волги [1]

Губерния	Количество коек		Количество врачей-психиатров в 1912 г.	Расходы земств на психиатрическую помощь в 1911 г.	
	в 1866 г.	в 1905 г.		Руб.	% ко всем мед. расходам
Владимирская	30	632	5	?	
Костромская	40	342	5	130 672	8,6 %
Тверская	30	977	9	275 291	13,5 %
Ярославская	25	326	4	105 107	10%

Приложение 9. Аптечное дело в губерниях Верхней Волги (1855 – 1914 гг.)[2]

Губерния	Всего аптек в 1855 г.	Всего платных рецептов	Всего аптек в 1914 г.	Из них в городах	Типы аптек		В них фармацевтов, учеников	Всего платных рецептов
					норм.	сельская		
Владимирская	11	29 005	51	29	33	18	90, 47	208 498
Костромская	6	21 487	32	20	19 (+1)[4]	12	66, 30	116 610
Тверская	13	36 709	54	27	33 (+1)	20	82, 49	282 509
Ярославская	12	35 086[3]	39	27	24 (+3)	12	99, 53	424 912

[1] Источник: *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. С. 295; *Юдин Т.И.* Указ. соч. С. 272-274.
[2] Источник: РГИА. Ф. 1297. Оп. 244. Д. 646. Л. 27; Д. 659. Л. 7; Д. 678. Л. 113об.; ГАЯО. Ф. 86. Оп. 1. Д. 1154. Л. 17-18об.; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 28-29, 60-61.
[3] Данные на 1850 г.
[4] В скобках указаны отделения нормальных аптек.

Приложение 10. Сведения о доходах и расходах губернских земств по медицинской части в 1898 г. (руб.)[1]

Основные статьи доходов и расходов	Владимирская губерния	Костромская губерния	Тверская губерния	Ярославская губерния
Доходы:				
1.проценты с капитала	10 447	2 653	17 792	16 803
2.плата за лечение	78 491	20 200	86 409	49 238
3.пожертвования и пособия	16 467	-	доходы от аптечного склада	14 547
4.поступления из земского сбора	239 804	97 439	-	98 899
Расходы по содержанию:				
1.санитарного бюро	2 880	-	6 439	-
2.губернской больницы	61 507	41 905	43 234	80 706 (вместе с психиатрич. отделением)
3.психиатрической больницы	98 315	38 614	163 254	
4.межуездных участков	29 336	-	-	-
5.пособие уездам	150 752	-	-	-
6.борьба с эпидемиями	3 381	4 860	-	-
Все расходы	**360 977**	**120 289**	**229 138**	**179 487**

[1] Источник: Обзор деятельности земств… С. 120-123.

Приложение 11. Заболеваемость населения (наиболее распространенные инфекционные и эпидемические болезни, на 10 тыс. населения)[1]

Наименование болезни	Годы	Владимирская губерния	Костромская губерния	Тверская губерния	Ярославская губерния
Оспа	1889	5,4	13,4	0,8	1,6
	1896	2,9	8,4	3,3	3,1
	1910	20,7	6,8	14,0	18,9
	1914	3,1	6,5	3,5	0,7
Скарлатина	1889	14,4	11,3	9,4	8,2
	1896	18,5	12,2	15,0	21,5
	1910	62,5	34,0	36,4	38,4
	1914	17,3	15,3	50,6	28,8
Тиф сыпной	1889	1,1	2,5	6,4	3,5
	1896	0,3	0,5	7,0	3,5
	1910	0,8	1,1	9,5	7,4
	1914	-	-	-	-
Тиф брюшной	1889	4,5	13,1	6,6	13,3
	1896	10,4	11,4	24,0	14,7
	1910	29,9	32,6	19,5	22,1
	1914	14,8	20,1	14,7	18,0
Холера	1889	-	1,3	0,1	0,2
	1896	0,3	0,2	0,8	0,4
	1910	2,8	20,4	0,3	10,7
	1914	-	-	-	-
Сифилис	1889	35,2	105,9	60,3	103,9
	1896	76,5	121,4	111,3	45,1
	1910	84,0	98,2	77,1	85,5
	1914	70,4	76,7	66,1	84,3
Туберкулез	1889	13,0	14,0	15,6	30,3
	1896	36,9	28,3	41,6	42,3
	1910	57,7	51,2	49,1	79,6
	1914	76,7	53,5	60,9	84,4

[1] Источник: Отчет Медицинского Департамента за 1889 год С. 62-65, 70-73, 86-89, 94-97; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1896 – 1901 гг. С. 26-29, 32-35, 56-59, 62-65.; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1910 год. Таблицы. С. 40-41, 44, 46-48; Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 15, 19, 25-26, 42-44, 61-62.

Приложение 12. Расходы на врачебно-санитарную часть и санитарные мероприятия в городах Верхневолжского региона в начале XX в. (тыс. руб.)[1]

Город (год)	Общие расходы	На лечебную часть	На санитарную организацию	В том числе противоэпидемич. мероприятия	На санитарное благоустройство города	На одного жителя на медицину (руб.)
Владимир (1912)	221,7	8,3		0, 025	38,1	1,33
В. Волочек (1912)	89,9	1,6	0,3	0,3	2,3	0,26
Иваново-Вознесенск (1913)	530,4	101,9	13,0	3,6	24,7	0,83
Кинешма (1912)	120,2	8,9	0,2	-	12,6	2,16
Ковров (1912)	145,1	1,0	1,4	0,5	8,5	0,42
Кострома (1912)	570,2	16,0	8,9	1,0	52,1	1,28
Макарьев (1913)	27,3	1,0		-	-	0,14
Муром (1912)	120,1	0,8	1,0	0,4	11,9	0,75
Ржев (1912)	177,2	0,4	0,3	0,3	0,9	0,06
Ростов (1912)	173,0	1,6	0,2	0,2	9,7	0,58
Рыбинск (1912)	462,7	27,3	11,5	1,1	44,0	2,75
Тверь (1911)	565,2	32,2	11,1	3,4	9,8	0,65
Шуя (1912)	228,9	6,2	2,4	0,6	22,4	1,03
Ярославль (1912)	1 029,8	26,0	6,2	0,5	96,1	1,22

[1] Источник: Жбанков Д.Н. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу. С. 460-467, 470-479.

Приложение 13. Медицинская помощь фабричным рабочим в 1907 г.[1]

Губерния	Количество рабочих, пользующихся мед. помощью, %	Расходы владельцев предприятий, руб.	В среднем, на каждого рабочего, руб.
Владимирская	98,2	1 096 497	6,26
Костромская	89,8	355 733	4,80
Тверская	75,1	156 212	5,31
Ярославская	90,6	204 478	7,01
В среднем по России	**84,1**		

Приложение 14. Медицинский персонал в губерниях Верхней Волги (1914 г.)[2]

Губерния	Врачи		Фельдшера		Аку-шерки	Зубные врачи (и дантисты)	Фарма-цевты
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.			
Владимирская	228	34	448	116	254	34 (19)	118
Костромская	170	28	314	64	217	38 (5)	66
Тверская	159	42	207	86	137	20 (14)	88
Ярославская	115	35	229	55	231	38 (15)	114

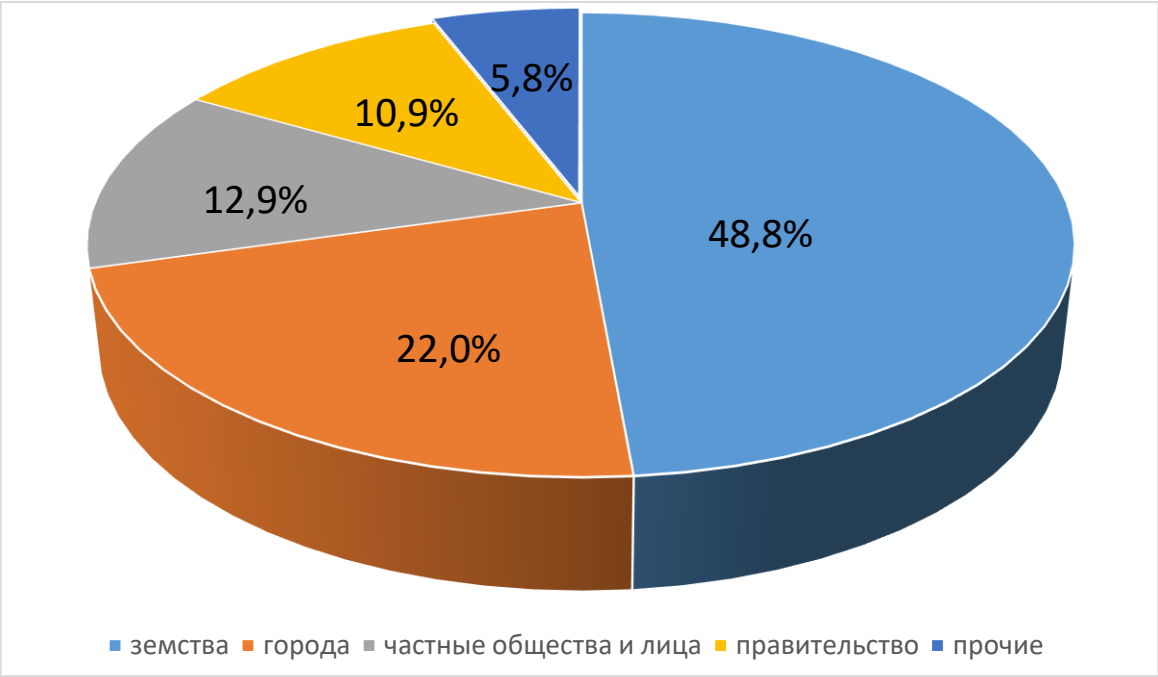
[1] Источник: Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году. С. 44-51, 80-86, 110-116.

[2] Источник: Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 24-29, 60-61.

Приложение 15. Расходы на здравоохранение в губерниях Верхней Волги (1914 г.)[1]

Губерния	Всего расхо-дов (руб.)	Губерн. Земство (руб.)	Уездные земства (руб.)	Город (руб.)	Общества, частные лица (руб.)	Прави-тельство (руб.)
Владимирская	3 379 004	721 454	1 248 415	80 267	1 204 052	124 816
Костромская	2 299 755	341 393	1 380 260	63 634	490 561	23 907
Тверская	2 275 112	570 762	1 335 154	103 990	197 335	67 871
Ярославская	1 655 697	230 672	773 128	154 070	391 138	106 689

Приложение 16. Источники финансирования сферы здравоохранения[2]



[1] Источник: Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Таблицы. С. 30-33.

[2] Источник: Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. С. 61.

ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА

АРХИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АРХИВ ДРЕВНИХ АКТОВ (РГАДА)

1. Ф. 344 – Медицинская коллегия

Оп. 1. Ч. 1. Кн. 37. Д. 45; Ч. 4. Кн. 200. Д. 208

2. Ф. 346 – Медицинская канцелярия

Оп. 1. Ч. 1. Кн. 41. Д. 312; Ч. 3. Кн. 99. Д. 543; Кн. 130. Д. 10; Ч. 4. Кн. 190. Д. 311

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ АРХИВ (РГИА)

3. Ф. 23 – Министерство торговли и промышленности

Оп. 29. Д. 63, 72, 73, 74, 76

4. Ф. 200 – Штаб Корпуса инженеров путей сообщения

Оп. 1 (ч. 1). Д. 4, 70

5. Ф. 229 – Министерство путей сообщения

Оп. 2. Д. 1008

6. Ф. 383 – Министерство государственных имуществ. 1-й департамент

Оп. 6. Д. 5132, 5137

Оп. 9. Д. 7714

Оп. 11. Д. 10464

Оп. 15. Д. 17910

Оп. 20. Д. 26834

Оп. 27. Д. 10, 27

7. Ф. 733 – Департамент народного просвещения Министерства духовных дел и народного просвещения

Оп. 99. Д. 59

8. Ф. 767 – Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества

Оп. 1. Д. 186

9. Ф. 994 – Мордвиновы

Оп. 2. Д. 811

10. Ф. 1088 – гр. Шереметевы

Оп. 7. Д. 319, 1359

11. Ф. 1149 – Государственный Совет. Департамент законов

Оп. 10. Д. 53

12. Ф. 1263 – Комитет Министров

Оп. 1. Д. 82, 4252

13. Ф. 1276 – Совет Министров

Оп. 17. Д. 22

14. Ф. 1284 – Департамент Общих дел Министерства внутренних дел

Оп. 241. Д. 131, 215

15. Ф. 1287 – Хозяйственный департамент Министерства внутренних дел

Оп. 11. Д. 226, 405, 1233, 1686, 1806

Оп. 12. Д. 174, 477, 860, 924, 1246, 1260, 1340, 1263, 1725, 1759, 1767, 2043

Оп. 13. Д. 6, 539

Оп. 14. Д. 388, 516, 781, 784, 828, 1720, 1788, 1795, 1888, 1954

Оп. 15. Д. 88, 849, 1775, 1903

Оп. 16. Д. 1344

Оп. 18. Д. 42, 76, 103

Оп. 20. Д. 111, 184

Оп. 27. Д. 340

Оп. 36. Д. 299

16. Ф. 1288 – Главное Управление по делам местного хозяйства Министерства внутренних дел

Оп.13. Д. 6

Оп.14. Д. 155

17. Ф. 1294 – Медицинский Совет Министерства внутренних дел

Оп. 1 (св. 9). Д. 39

Оп. 3 (св. 1). Д. 8; (св. 8). Д. 7

Оп. 8 (св. 3). Д. 7

18. Ф. 1297 – Медицинский департамент Министерства внутренних дел

Оп. 1 (кн. 35). Д. 3

Оп. 5 (кн. 16). Д. 12

Оп. 42. Д. 43, ч.1

Оп. 131. Д. 143

Оп. 244. Д. 132, 166, 221, 646, 678, 659

Оп. 280. Д. 13

Оп. 1029. Д. 79

19. Ф. 1299 – Канцелярия Генерал-Штаб-Доктора гражданской части Министерства внутренних дел

Оп. 9. Д. 185

Оп. 10 (св. 20). Д. 394

Оп. 12. Д. 359

Оп. 15. Д. 477

20. Ф. 1405 – Министерство юстиции. 4-е отделение. Ст. 2

Оп. 60. Д. 5035

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АРХИВ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ГАИО)

21. Ф. 1 – Дума Вознесенского посада Шуйского уезда Владимирской губернии

Оп. 2. Д. 284

22. Ф. 2 – Иваново-Вознесенская городская управа

Оп. 1. Д. 2532, 2607, 2733, 3866, 3869, 4284, 5473

23. Ф. 100 – Больничная касса при ситце-печатной фабрике Товарищества Покровской мануфактуры П.Н. Грязнова в городе Иваново-Вознесенске, Шуйского уезда, Владимирской губернии

Оп. 1. Д. 1, 5

24. Ф. 108 – Ситце-печатная фабрика Товарищества Куваевской мануфактуры, г. Иваново-Вознесенск Шуйского уезда Владимирской губернии

Оп. 1. Д. 1622

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АРХИВ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ (ГАКО)

25. Ф. 135 – Врачебное отделение Костромского губернского правления

Оп. 1. Д. 1316, 1869

26. Ф. 204 – Костромская губернская врачебная управа

Оп. 1. Д. 646, 700

27. Ф. 205 – Костромская губернская земская управа

Оп. 1. Д. 415

Оп. 4. Д. 38, 385

28. Ф. 207 – Костромская городская управа

Оп. 3. Д. 29

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АРХИВ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ (ГАЯО)

29. Ф. 45. – Ярославский губернский магистрат

Оп. 1. Д. 253

30. Ф. 79 – Ярославское губернское правление

Оп. 1. Д. 1126

Оп. 7. Д. 3329, 3249

Оп. 13. Д. 24, 33

31. Ф. 83 – Ярославский приказ общественного призрения

Оп. 1, 2, 3

Оп. 2. Д. 1

32. Ф. 86 – Ярославская врачебная управа

Оп. 1. Д. 1, 5, 9, 10, 12, 17, 28, 29, 31, 40, 46, 57, 65, 79, 80, 93, 107, 133, 138, 145, 149, 211, 218, 222, 246, 252, 264, 271, 296, 297, 310, 317, 336, 337, 341, 342, 419, 486, 488, 507, 519, 567, 598, 648, 680, 692, 718, 742, 821, 868, 1135, 1148, 1151, 1153, 1154, 1271, 1469, 1725, 1727, 1730, 1791, 1848, 1907, 2058, 2073, 2075, 2078, 2079, 2090, 2101, 2129, 2130, 2141, 2201, 2262, 2362, 2363, 2393, 2422, 2433, 2426

Оп. 2. Д. 24, 25

33. Ф. 213 – Ярославское депутатское дворянское собрание

Оп. 1. Д. 891, 893, 1244, 1254, 1746, 1827, 2415, 2494, 3000, 3090, 3187

34. Ф. 485 – Ярославская губернская земская управа. Отдел народного здравия

Оп. 1. Д. 932

Оп. 2. Д. 1071, 1113

35. Ф. 509 – Ярославская городская управа

Оп. 1. Д. 992, 993, 1242, 2984, 2994, 3000, 3016, 3025, 3029, 3042, 3074, 3075

36. Ф. 582 – Ярославская губернская ученая архивная комиссия

Оп. 1. Д. 985

37. Ф. 628 – Ярославский губернский оспенный комитет

Оп. 1. Д. 1

38. Ф. 634 – Ярославский губернский комитет общественного здравия

Оп. 2. Д. 2, 15а, 36

39. Ф. 674 – Торгово-промышленное Товарищество Ярославской Большой Мануфактуры

Оп. 1. Д. 275, 9407, 9905

Оп. 2. Д. 273

40. Ф. 1124 – Родовспомогательное учебное заведение ведомства Министерства Внутренних Дел при родильном отделении Лечебницы Общества Ярославских врачей

Оп. 1. Д. 13

41. Ф. 1150 – Врачебное отделение Ярославского губернского правления

Оп. 1. Д. 12, 15, 65, 72, 91, 93, 569, 680, 681, 867, 870, 921, 922, 923, 963, 1108, 1482, 1624, 1682, 1823, 2143, 2402, 2451, 2655, 2660, 2666, 2716, 2722.

Оп.2. Д. 38

ФИЛИАЛ ГОСУДАРСТВЕННОГО АРХИВА ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ В Г. РЫБИНСКЕ (РбФ ГАЯО)

42. Ф. 10 – Рыбинское уездное земство

Оп. 1. Д. 57, 140, 563, 774, 1495, 1616, 1766

43. Ф. 68 – Рыбинская уездная земская больница

Оп. 1. Д. 39, 145, 213

44. Ф. 69 – Рыбинская городская общественная больница

Оп. 1. Д. 2

45. Ф. 70 – Рыбинская городская больница для судорабочих

Оп.1. Д. 62

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-РАСПОРЯДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Врачебно-санитарное законодательство в России. 2-е переработанное и дополненное издание. Сост. Н.Г. Фрейберг. СПб.: «Право», 1908. 608 с.

2. Врачебно-санитарное законодательство в России. Вып. 2-ой (дополнение к изданию 1908 года). Сост. Н.Г. Фрейберг. СПб.: «Право», 1910. 96 с.

3. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 17. Ст. 2057. С. 4283–4408.

4. Журналы особых совещаний, происходивших при Медицинском Департаменте с 21 по 30 апреля 1886 г. СПб., 1886. 248 с.

5. Инструкция о должностях медицинских чинов, Медицинской коллегией сочиненная. СПб., 1797. 18 с.

6. Инструкция по управлению лечебными заведениями ведомства Министерства Внутренних Дел // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1894. СПб.: Типография Правительствующего Сената, 1894. Второе полугодие. № 113. Ст. 825. С. 2498-2530.

7. Медицинская коллегия. Инструкция Коллегии медицинской. Утверждена ноября 12 дня 1763 года. СПб., 1763. Б/с.

8. О правилах санитарного надзора за речным судоходством в неблагополучное по холере время // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1890. СПб., 1890. 2-е полугодие. № 85. Ст. 854. С. 2229-2232.

9. Об устройстве при фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений //Собрание узаконений и распоряжений правительства, 1887. СПб.: Тип. Правительствующего Сената. 1887. Первое полугодие. № 12. Ст. 126. С. 21.

10. Определение Правительствующего Сената по вопросу об определении прав земства на бесплатный отпуск лекарств из его аптечных заведений // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1890. 1-е полугодие. Ст. 162. С. 400-404.

11. Оценка лекарствам. При том: Устав аптекарский. Устав повивальным бабкам. Устав о должной плате медицинским чинам. СПб., 1789. Б/с.

12. Полное собрание законов Российской империи. Собрание первое (1649 – 1825). СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830.

Т. IV. № 2467

Т. V. № 2524

Т. VI. № 3708, 3811

Т. VIII. № 5449

Т. IX. № 6852, 7118

Т. X. № 7162, 7245

Т. XI. № 8437, 8440

Т. XIII. № 9717

Т. XIV. № 10196, 10527, 10586

Т. XV. № 10789, 11455

Т. XVI. № 11788, 11820, 11965, 12175, 12179

Т. XVIII. № 12949, 13045, 13075

Т. XX. № 14392

Т. XXII. № 16187, 16331

Т. XXIII. № 16805, 16930, 16988

Т. XXIV. № 17743, 17902

Т. XXVII. № 21105

Т. XXIX. № 22642

Т. XXXI. № 24298, 24622, 24681, 24682

Т. XXXII. № 25037, 25582

Т. XXXIV. № 17743

Т. XL. № 30516

Т. XLIV. Книга штатов, ч. 2. № 11455, 17743, 30516. Таблица VIII

13. Полное собрание законов Российской империи. Собрание второе (1825 – 1881). СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830 – 1884.

Т. I. СПб., 1830. № 244

Т. II. СПб., 1830. № 1664

Т. III. СПб., 1830. № 1828

Т. IV. СПб., 1830. № 2814

Т. V. СПб., 1831. № 3881

Т. VII. СПб., 1833. № 5324, 5715

Т. VIII. СПб., 1834. № 6069

Т. IX, ч. 1. СПб., 1835. № 6860, 6912, 7013, 7118, 7273; ч. 2. СПб., 1835. № 7693

Т. XI, ч.1. СПб., 1837. № 9169; ч. 2. СПб., 1837. № 9808

Т. XIII, ч. 2. СПб., 1839. № 11449, 11896

Т. XIV, ч. 2. СПб., 1840. № 11946. Штаты и табели.

Т. XV, ч.1. СПб., 1841. № 13796

Т. XVI, ч.1. СПб., 1842. № 14699

Т. XIX, ч. 2. СПб., 1844. № 16998а

Т. XX, ч. 2. СПб., 1846. № 19529

Т. XXV, ч. 1. СПб., 1851. № 23995

Т. XXVI, ч. 2. СПб., 1852. № 25850

Т. XXVII, ч. 2. СПб., 1852. № 25930а

Т. XXVIII, ч. 1. СПб., 1854. № 26978

Т. XXXI, ч. 1. СПб., 1857. № 30057

Т. XXXII, ч. 1. СПб., 1858. № 32278

Т. XXXIV, ч. 1. СПб., 1860. № 35287

Т. XXXV, ч. 1. СПб., 1862. № 35463

Т. XXXVI, ч. 1. СПб., 1863. № 36657

Т. XXXVII, ч. 1. СПб., 1865. № 37943; ч. 2. СПб., 1865. № 24781а, 25680а, 28581а

Т. XXXIX, ч. 1. СПб., 1867. № 40457, 40458, 40934

Т. XL, ч. 1. СПб., 1867. № 42180

Т. XLII. СПб., 1871. Ч. 1. № 44240; ч. 2. СПб., 1871. № 44240, 45295

Т. XLIII, ч. 2. СПб., 1873. № 46068

Т. XLIV, ч. 2. СПб., 1873. № 47511

Т. XLV, ч. 1. СПб., 1874. № 48498

Т. XLVII, ч 1. СПб., 1875. № 50861

Т. L, ч. 2. СПб., 1877. № 55350

Т. LI, ч. 2. СПб., 1878. № 56611

Т. LIV, ч. 1. СПб., 1881. № 59399

Т. LV, ч.1. СПб., 1884. № 60109, 60686

14. Полное собрание законов Российской империи. Собрание третье (1881 – 1913). СПб. Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1885 – 1916.

Т. I. СПб., 1885. № 511. Штаты и табели

Т. III. СПб., 1886. № 1485

Т. V. СПб., 1887. № 2945, 3255

Т. VI. СПб., 1888. № 3769, 4066

Т. X, ч. 1. СПб., 1893. № 6927

Т. XII. СПб., 1895. № 8708

Т. XVIII, ч. 1. СПб., 1901. № 15871

Т. XX, ч. 1. СПб., 1902. № 18862, 18870

Т. XXIII, ч. 1. СПб., 1905. № 23060

Т. XXIV, ч. 1. СПб., 1907. № 24495

Т. XXXII, ч. 1. СПб., 1915. № 37446, 37447, 37473

15. Положение об управлении земским хозяйством в губерниях Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилевской и Подольской губерниях. Ст. 104 // Свод законов Российской империи. 1905. Т. II. Приложение. С. 271-272.

16. Противохолерные мероприятия, выработанные Медицинским департаментом Министерства внутренних дел / С предисловием и наставлениями д-ра медицины П.Ф. Крамера. Астрахань: «Астраханский вестник», 1892. 23с.

17. Правила о принятии мер к прекращению холеры и чумы при появлении их в империи // Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате. 1903. СПб., 1903. 2-е полугодие. №112. Ст. 1664. С. 2904-2908.

18. Сборник законоположений для врачей, ветеринаров, фармацевтов, акушерок и фельдшеров. Вып. 1–4 / Составлен П. Илинским. СПб.: Типо-лит. П.И. Шмидта, 1887.

19. Сборник циркуляров и инструкций Министерства Внутренних Дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 года. Т. 1–8. Т.1. Ч.1. Распоряжения, относящиеся до благоустройства присутственных мест и обязанностей должностных лиц ведомства Министерства внутренних дел. СПб.: Министерство Внутренних Дел, 1854. 320 (656) с.; Т. 6. Ч. XII. Распоряжения, относящиеся до общественного призрения. СПб.: Министерство Внутренних Дел, 1857. 257 (680, 56) с.; Т. 7. Ч. XIII. Распоряжения по части врачебной. СПб.: Министерство Внутренних дел, 1858. 315 (255, 73) с.

20. Собрание Российских законов о Медицинском управлении с присовокуплением постановлений Правительства по предмету наук: Медицинской, Фармацевтической, Ветеринарной и принадлежащих к ним Судной Медицины и Полиции Медицинской. С 1640 по 1826 г. вкл. Сост. служащий Лейб-гвардии и Уланском полку, 8-го класса д-р мед. Е. Петров. Ч. 1–3. СПб.: Тип. Правительствующего Сената. 1826 – 1828.

21. Устав Врачебный. Издания 1905 г. и по продолжении 1912 и 1913 гг. и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненные постатейными разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями / Сост. Л.А. Колычев. Изд. неофициальное. Пг.: Издательство юридического книжного магазина В.П. Анисимова, 1915. 658 с.

22. Устав медицинской полиции / Сост. А.Е. Рябченко. Издание неофициальное. СПб.: тип А.С. Суворина, 1892. 511 с.

23. Уставы о общественном призрении. Свод учреждений и уставов врачебных по гражданской части // Свод Законов Российской империи. Т. XIII. – СПб.: Тип. Второго Отделения Собственной Е.И.В. Канцелярии, 1857. С. 1–294, 1–387.

24. Устав о общественном призрении. Устав врачебный // Свод Законов Российской империи. Т. XIII. СПб.: Издание Кодификационного отдела при Государственном Совете, 1892. С. 1–192, 1–347.

25. Устав о общественном призрении. Устав врачебный // Свод законов Российской империи. Т. XIII. СПб.: Государственная типография, 1905. С. 1–349.
26. Устройство общественного призрения в России. (Составлено в Хозяйственном Департаменте Министерства внутренних дел). // Государственный Совет. Департамент Законов. Материалы. Т. 25.Часть 2 (1863). Д.5. СПб. 1863. 56 с.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЕ И ОБЗОРНЫЕ ИЗДАНИЯ

1. *Вельяминов Н.* Записка о преобразовании центрального управления гражданской медицинской частью, составленная по поручению г. министра внутренних дел, егермейстера Д.С. Сипягина. СПб.: Тип. Главн. Упр-ния уделов, 1903. 15с.
2. Врачебная помощь фабрично-заводским рабочим в 1907 году./Составлено и разработано фабричным ревизором Е.М. Дементьевым. СПб.: Министерство торговли и промышленности, 1909. 180 с.
3. Краткий очерк санитарного состояния городов России в 1892 году. Приложение к отчету Медицинского Департамента за 1892 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1895. 108 с.
4. Обзор деятельности земств по медицинской части. По данным за 1898 год. // Обзор деятельности земств по народному образованию, медицинской части, ветеринарной части и содействию экономического благосостояния населения. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1907. С. 51 – 129.
5. Обозрение деятельности Министерства Государственных имуществ по заведыванию государственными крестьянами и южными поселянами с 1838 по 1866 год, представленное Государю Императору в марте 1867 года Министром Государственных Имуществ. // Сельское хозяйство и лесоводство. Журнал Министерства Государственных Имуществ. СПб., 1867. Январь-апрель. Ч. XCIV. С. 3–128.

6. О состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи в 1855 году. СПб.: Типография Императорской Академии наук, 1856. 271 с.

7. Отчет о состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1856 год. СПб.: Типография Императорской Академии наук, 1857. 360 с.

8. Отчет о состоянии общественного здравия и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1859 год. СПб.: Типография Я. Трея, 1861. 502, XXXIVс.

9. Отчет Медицинского Департамента за 1876 год. СПб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1877. 104 с.

10. Отчет Медицинского Департамента за 1879 год // Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистики. 1881. Т. 2. Приложение. С. 1–234.

11. Отчет Медицинского Департамента за 1885 год. // Вестник судебной медицины и общественной гигиены. 1888. Т. 1. Приложение. С. 1–195, XL.

12. Отчет Медицинского Департамента за 1888 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1891. 146, 198 с.

13. Отчет Медицинского Департамента за 1889 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1891. 188, 213 с.

14. Отчет Медицинского Департамента Министерства Внутренних Дел. Санитарное состояние городов в 1895 году. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1899. 339 с.

15. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1896 – 1901 гг. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1905. 89, 114 с.

16. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1910 год. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1912. 112, 267 с.

17. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. Пг.: «Труд», 1915. VII, 74, 333 с.
18. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1914 год. Пг.: МВД, 1916. VIII, 63, 211 с.
19. Постановления и заключения редакционных комиссий съезда врачей, принимавших участие в борьбе с эпидемией холеры 1892 г. Санкт-Петербург //Саратовский санитарный обзор (земско-медицинский журнал). 1892. Т. II. № 9–10.
20. Сведения о лечебных заведениях, имеющихся при монастырях ведомства Православного Вероисповедания. СПб.: Синодальная типография, 1908. 64 с.
21. Труды Высочайше разрешенного съезда по обсуждению мер против сифилиса в России, бывшего при Медицинском Департаменте с 15 по 22 января 1897 г. под председательством Директора Медицинского департамента Л.Ф. Рагозина. СПб.: Тип. Министерства Внутренних Дел, 1897. Т. 1. 241, 48, 120 с.
22. Устройство общественного призрения в России (составлено в Хозяйственном Департаменте Министерства внутренних дел). // Государственный Совет. Департамент Законов. Материалы. Т. 25.Часть 2 (1863). Д.5. СПб. 1863. 56 с.

ДОКУМЕНТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ И ДРУГИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

1. 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. 1–6. М., 1890-1892.
2. Костромской Отдел Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом. Кострома, б/г. 6 с.
3. Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах // Доклады Правления Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова и состоящих

при нем комиссий IX Всероссийскому съезду врачей. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева». 1904. С. 76–82.

4. Отчет Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии за 1905 год. Ярославль: Типо-литография Э.Г. Фальк, 1906. 132 с.

5. Отчет Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии за 1906 год. Ярославль: Типо-литография Э.Г. Фальк, 1908. 48 с.

6. Отчет Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии за 1911 год. Ярославль: Типография Ярославского исправительного арестантского отделения, 1912. 122 с.

7. Протоколы заседаний Общества врачей Ярославской лечебницы для приходящих больных за 1884 г. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1884. 9 с.

8. Протоколы заседания Общества Костромских врачей за декабрь 1891 и январь 1892 годы. Кострома: Губернская типография, 1892. 14 с.

9. Протокол заседания Общества Костромских врачей за 1912 год. Кострома: Губернская типография, б/г. 46 с.

10. Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1897 г. и отчеты по лечебнице Общества врачей за 1896 год. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1898. 107 с.

11. Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1898 г. и отчеты по лечебнице Общества врачей за 1897 год. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1899. 40 с.

12. Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1900 и 1901 годы. Ярославль: Типо-литография Э.Г. Фальк, 1901. 124 с.

13. Протоколы заседаний Общества Ярославских врачей за 1904 год. Ярославль: Типо-литография Э.Г. Фальк, 1905. 151 с.

14. Сводка ходатайств Пироговского Общества врачей перед правительственными учреждениями за 20 лет (1883 – 1903 г.). Приложение к № 4 «Журналу» Общества за 1904 г. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1904. IX, 53 с.

15. Устав Лечебницы для приходящих больных, устроенной Обществом врачей. 1862. Ярославль: Типография губернского правления, 1904. 8 с.

16. Устав Общества «Трудовой помощи» в Ярославской губернии. Ярославль: Губернское правление, 1901. 14 с.

17. Ярославский Городской лазарет Красного Креста. Ярославль: Типо-литография Г.А. Петрашевского, 1906. 20 с.

18. Устав Ярославского общества врачей. Ярославль, 1911. 15 с.

ДОКУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛЫ ГУБЕРНИЙ ВЕРХНЕВОЛЖСКОГО РЕГИОНА

Владимирская губерния

1. Извлечение из постановлений и докладов первого губернского съезда врачей и земских представителей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1882. 8 с.

2. Извлечение из постановлений и докладов второго съезда земских врачей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1884. 15 с.

3. Извлечение из постановлений и докладов третьего съезда врачей Владимирского земства. Владимир: Губернская земская управа, 1885. 10 с.

4. Извлечение из постановлений и докладов четвертого съезда земских врачей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1886. 16 с.

5. Извлечение из протоколов и докладов V съезда земских врачей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1888. 12 с.

6. Извлечение из протоколов и докладов VI съезда земских врачей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1890. 31 с.

7. Извлечение из протоколов и докладов VIII съезда земских врачей Владимирской губернии. Владимир: Губернская земская управа, 1896. 35 с.

8. Программа занятий девятого съезда врачей Владимирской губернии 9 – 18 марта 1899 года. Владимир: Губернская земская управа, 1899. 7 с.

9. Программа занятий десятого съезда врачей Владимирской губернии 3 апреля – 9 мая 1901 года. Владимир: Губернская земская управа, 1901. 7 с.

10. Программа занятий одиннадцатого съезда членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части во Владимирской губернии 27 мая – 5 июня 1904 года. Владимир: Губернская земская управа, 1904. 6 с.

11. Программа занятий двенадцатого съезда членов и представителей земских учреждений по врачебно-санитарной части Владимирской губернии. 10-19 мая 1907 года. Владимир: Типография Владимирской земской управы, 1907.

Костромская губерния

12. *Апушкин А.А.* Призрение душевно-больных в Костромской губернии // Ежегодник. 1911. II. Земский отдел. Кострома, 1911. С. 129-137.

13. В чрезвычайное губернское земское собрание. Доклад. О введении в действие лечебного устава 10 июня 1893 г. Кострома, б/г. 31 с.

14. *Гусев П.Ф.* Краткие сведения об операциях, произведенных в Ветлужской земской больнице, Костромской губернии, с 1 янв. 1902 по 15 июня 1904. СПб.: Т-во скоропечатни А.А. Левенсон, 1904. 5 с.

15. Доклад Комиссии, избранной губернским земским собранием сессии 1899 г., по реорганизации психиатрического отделения. Доклад № 151. Кострома, 1901. 30 с.

16. Доклады съезду земских врачей и представителей земской управы по вопросам программы съезда, составленные земским врачом *П. Илинским*. Кострома: Губернская типография, 1903. 71 с.

17. Извлечение из отчетов о деятельности летних детских лагерей-приютов в 1902 году в Костромской губернии. Кострома, 1902. 119 с.

18. Костромское губернское земское собрание. Больничная комиссия. Проект доклада Костромскому губернскому собранию созыва 1899 г. больничной комиссии. Б/м, б/г. 13 с.

19. Костромской губернский съезд врачей. Протоколы съезда земских врачей Костромской губернии с 15 по 21 февраля 1893 года. Кострома: Губернская типография, 1893. 118 с.

20. Костромской губернский съезд врачей. Протоколы заседаний съезда врачей Костромской губернии 20 – 27 февраля 1895 года. Кострома: Типо-литография С.П. Федотова, 1895. 224 с.

21. Костромской губернский съезд врачей. Протоколы заседаний съезда врачей Костромской губернии 10 – 20 сентября 1896 года. Кострома: Типо-литография С.П. Федотова, 1896. 222 с.

22. Костромской губернский съезд врачей. Труды IX губернского съезда. Свод постановлений IX губернского съезда врачей Костромской губернии и краткие сведения по его организации. 1906. Кострома: Губернская типография, 1906.

23. Костромской губернский съезд врачей и представителей земств Костромской губернии. Труды X губернского съезда. Вып. 3. Кострома: Губернская типография, 1909. XXXII с.

24. *Лебедев И.С.* Медицинский отчет по психиатрическому отделению за 1908 год. Кострома: Губернская типография, 1909. 40 с.

25. Лечебно-продовольственные пункты в Костромской губернии летом 1905 г. Кострома, 1905. 152 с.

26. Медицинские отчеты по Костромским заведениям общественного призрения и общий обзор деятельности губернских земских врачей за 1889 – 1890 гг. – Кострома, 1891. 163 с.

27. Медицинский отчет по психиатрической колонии «Никольское» за 1911 год. Кострома: Типо-литография А.Н. Чемоданова, 1912. 65 с.

28. Организация и деятельность участковых санитарный попечителей в г. Костроме. Кострома: Губернская типография, 1905. 6 с.

29. Отчеты санитарного бюро и санитарных врачей за 1903 год. Кострома: Губернская типография, 1903. 148 с.

30. Правила учреждения и деятельности санитарных попечительств в Костромской губернии и инструкции для участковых санитарных попечителей. Кострома: Губернская типография, 1907. 8 с.

31. *Тихов П.* Общий отчет по больнице. Отчет по хирургическому отделению из медицинского отчета врачей Костромской губернской больницы. Кострома: Губернская типография, 1902. 44 с.

32. Устав Больничной кассы при фабриках Товарищества Большой Костромской Льняной Мануфактуры. Кострома: Тип. М.Ф. Риттер. 1913. 32 с.

33. Устав земских лечебных заведений Костромской губернии. Кострома: Губернская типография, 1867. 51 с.

34. Устав родовспомогательного и учебного родовспомогательного заведений имени Ф.В. Чижова, состоящих в ведении Костромского уездного земства в гор. Костроме. Кострома: Губернская типография, 1902. 16 с.

35. *Френкель З.Г.* Врачебно-санитарная организация в Костромской губернии в 1905 году. Кострома: Тип. Т.П. Андрониковой, 1906. 37 с.

36. *Цветаев А.А.* Делегатское сообщение по организационным санитарно-статистическим вопросам Костромской губернии на Московский съезд санитарных врачей (28 – 31 XII. 1911 г.). Кострома: Типо-литография А.Н. Чемоданова, 1911. 15 с.

Тверская губерния

37. Аваевская больница в Твери. Тверь: Типография Губернского правления, 1900. 16 с.

Губернские съезды земских врачей Тверской губернии:

38. Протоколы губернского съезда земских врачей. 7 – 9 июля 1871 года. Тверь: Губернская земская управа, 1871. 44 с.

39. Протоколы IV съезда земских врачей Тверской губернии (в декабре 1874 года). Тверь: Губернская земская управа, 1875. 126 с.

40. Протоколы V съезда земских врачей Тверской губернии. Тверь: Губернская земская управа, 1876. 240 с.

41. Протоколы VI съезда земских врачей Тверской губернии. Тверь: Губернская земская управа, 1877. 43 с.

42. Протоколы VII съезда земских врачей Тверской губернии за 1879 год. Тверь: Губернская земская управа, 1880. 32 с.

43. Протоколы заседаний VIII съезда земских врачей Тверской губернии. 4–11 марта 1885 года. Тверь: Губернская земская управа, 1885. 184, 17 с.

44. Протоколы заседаний IX съезда земских врачей Тверской губернии. Тверь: Губернская земская управа, 1887. 69 с., прил.

45. Десятый губернский съезд врачей Тверского земства 23 – 31 мая 1889 года. Тверь: Губернская земская управа, 1889. XIV, 332 с.

46. Одиннадцатый губернский съезд врачей Тверского земства 22 – 28 февраля 1893 года. Тверь: Губернская земская управа, 1893. 437 с.

47. Постановления XII съезда врачей Тверской губернии 2 – 9 июля1896 года. Тверь: Типография губернского земства, 1896. 18 с.

48. Тринадцатый губернский съезд врачей Тверского земства 20 – 28 августа 1898 года. Тверь: Типография губернского земства, 1898. 195, 327 с.

49. Четырнадцатый съезд земских врачей Тверской губернии. протоколы и труды. 17 – 26 августа 1900 года. Тверь: Типография губернского земства, 1901. 95, 325 с., прил.

50. Постановления XV съезда представителей и членов земских учреждений Тверской губернии по врачебно-санитарной части. Тверь: Типография губернского земства, 1903. 33 с.

51. Программа занятий XVI съезда земских врачей и представителей земских учреждений Тверской губернии. Тверь: Типография губернского земства, 1914. 12 с.

52. Колония для душевно-больных в селе Бурашеве Тверского губернского земства. Тверь: Типография губернского земства, 1884. 3 с.

Ярославская губерния

53. Врачебно-санитарная хроника Ярославской губернии за 1903 год. Ярославль: Типография Губернской земской Управы, 1903. 155 с.

54. Врачебно-санитарные хроники Ярославской губернии за 1904 год. №10–20. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1904

55. Врачебно-санитарные хроники Ярославской губернии за 1905 год. №1–18. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1905

56. Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1912. Вып.1 –7. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1912

57. Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1913. Вып. 1–7. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1913

58. Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1914. Вып. 1–5. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1914

59. Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1915. Вып. 1–3. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1915

60. Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1916. Вып. 1–4. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1916

61. Врачебно-санитарный обзор Ярославского губернского земства. 1917. Вып. 1. Ярославль: Типо-литография Губернской Земской Управы, 1917. 149 с.

62. Деревенские ясли-приюты в селениях Ярославской губернии в 1903 г. Ярославль: Ярославская губернская земская управа, 1907. 107 с.

63. Деревенские ясли-приюты в селениях Ярославской губернии в 1904 г. (год 2-й). Ярославль: Ярославская губернская земская управа, 1907. 83 с.

64. Деревенские ясли-приюты в селениях Ярославской губернии в 1905 г. (год 3-й). Ярославль: Ярославская губернская земская управа, 1907. 16 с.

65. Исторический очерк Ярославской губернской земской фельдшерской школы по поводу 25-летия ее существования. Ярославль: Губернская земская управа, 1898. 21 с.

66. Медицинские отчеты по губернской больнице и сведения по остальным богоугодным заведениям за 1907 г. и восемь месяцев 1908 г. Ярославль: Губернская земская управа, 1908. 102 с.

67. Медицинский отчет по Краснинской межуездной больнице за 1910 год. Ярославль: Губернская земская управа, 1911. 74 с.

68. Медицинский отчет по Краснинской межуездной больнице за 1911 год. Ярославль: Губернская земская управа, 1912. 73 с.

69. Отчет по больнице Краснинского межуездного медицинского пункта за 1909 г. Ярославль: Губернская земская управа, 1910. 50 с.

70. Призрение душевнобольных Ярославским губернским земством / Доклад врача А.А. Малинина. Ярославль: Губернская Земская Управа. 1902. 49 с.
71. Труды третьего губернского съезда земских врачей. Вып. 1–4. Ярославль: Типография Губернской Земской управы, 1900 – 1901.
72. Труды четвертого губернского съезда земских врачей Ярославской губернии. Кн. 2–4. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1902 – 1905.
73. Труды V съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Вып. 1–3. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1911.
74. Труды VI съезда врачей и представителей земств Ярославской губернии. Т. 1–4. Ярославль: Типография Губернской Земской Управы, 1914–1915.
75. Устав общей больничной кассы типографий и гильзовых предприятий г. Ярославля. Ярославль, 1914. 24 с.

СПРАВОЧНЫЕ ИЗДАНИЯ

1. Большая Медицинская Энциклопедия / Гл. ред. акад. Б.В. Петровский. Изд. третье. Т. 17. М.: Издательство «Советская энциклопедия», 1981.
2. Большой словарь медицинских терминов. Сост. Федотов В.Д. – М.: Центрополиграф, 2007. 958 с.
3. *Гребенщиков В.И.* Больницы гражданского ведомства в Российской империи. СПб.: Тип. Министерства Внутренних Дел, 1892. 74 с.
4. Каталог: Русские официальные и ведомственные издания XIX – начала XX века / Сост. Е.К. Авраменко, Н.Е. Кащенко, Н.Г. Маркова. Отв. ред. Н.Е. Кащенко. Т. 2.СПб.: Издательство Р-Балт. Информ. Центр «Блиц», 1995. 192с.
5. *Лозинский Б.Р.* Вопросы народного здравия в изданиях Ярославского губернского земства (1865 – 1917). Ярославль, 2009. 287 с.
6. Памятная книжка для медицинских чиновников на 1863 год. СПб.: Изд. Медицинского департамента Военного Министерства. 1863 – 1864. 399 с.
7. Памятная книжка Костромской губернии на 1857 год. Кострома: Губернская типография, 1857. 63 с.

8. Памятная книжка Ярославской губернии на 1862 год. Ярославль: Губернская типография, 1863. [9], 45, [2], 127, [3], 476, [2] с.

9. Потехин Ф. Весь Ярославль. – Ярославль, 1903. 83 с.

10. Россия. Энциклопедический словарь. Репринтное воспроизведение издания СПб.: Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефрон, 1898. Л.: Лениздат, 1991. 874 с.

11. Справочная книга Ярославской губернии на 1910 г. Ярославль: Типография губернского правления, 1910. – [155], 171 с.

12. Справочная книга Ярославской губернии на 1913 г. Ярославль, 1913. – 120 с.

13. Энциклопедический словарь / Под ред. проф. И.Е. Андреевского, К.С. Арсеньева и заслуженного проф. Ф.Ф. Петрушевского. Изд. Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефрон. Репринтное воспроизведение. Т. 1, 2, 17, 24, 42, 49, 69. М.: «Терра». 1990 – 1993.

14. Ярославская губерния в начале XIX века. Книга I. Материалы историко-статистических описаний. – Ярославль; Рыбинск: Формат-принт, 2008. 299, [2] с.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ПЕЧАТЬ

1. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, издаваемый при управлении Главного врачебного инспектора МВД. 1865–1917 (в 1865–1871 – Архив судебной медицины и общественной гигиены, издаваемый Медицинским департаментом; в 1872–1881 – Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике; в 1882–1888 – Вестник судебной медицины и общественной гигиены)

1878. Т. 2; 1881. Т. 2; 1888. Т. 2; 1890. Май; 1890. Июнь; 1891. Т. 2; Т. 9, кн.1; 1892. Т. 16; 1893. Т. 19, кн.2; 1900. Июль; 1908. Март; 1910. Апрель; 1913. Июнь

2. Вестник Ярославского земства. 1872. № 5-6; 1873. № 7-8, 15-16, 17, 33-34; 1874. № 23-24, 25-26, 28-29; 1876. № 47; 1878. № 69-70; 1879. № 79-80, 81-82;

1880. № 95-96, 97-98; 1886. № 166-168; 1890. № 221-222; 1891 № 223-224; 1900. № 333-336; 1903. № 18

3. Врач. 1890. № 43; 1894. № 18; 1900. № 49

4. Врачебная газета. 1913. № 27, 31

5. Друг здравия. 1833. №8; 1840. №50

6. Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова (с 1909 – Общественный врач). 1904. № 4, 6; 1907. № 1; 1908. № 1, 3; 1912. № 8; 1913. № 8; 1914. № 2, 8; 1915. № 7-8; 1916. № 3, 4-5

7. Земский врач. 1889. № 3

8. Земское дело. 1911. № 9

9. Медицинский вестник. 1869. № 20, 21, 33, 34

10. Московская медицинская газета. 1861. № 4; 1862. № 6, 8, 10, 13, 30; 1863. № 21, 22; 1864. № 38; 1865. № 3, 7, 8, 9, 11; 1867. № 25; 1868. № 6-7, 9, 43; 1873. № 10, 11; 1877. № 8

11. Московские новости. 08.08.1893

12. Современник. 1861. № VI

13. Ярославские губернские ведомости. 1832. № 12; 1835. № 5; 1847. № 20; 1860. № 26, 1861. № 7, 33

МЕМУАРНЫЕ ИСТОЧНИКИ И БЕЛЛЕТРИСТИКА

1. *Вересаев В.В.* Записки врача. Тула: Приокское книжное издательство, 1987. 428 с.

2. *Герцен А.И.* Кто виноват? // Герцен А.И. Кто виноват? Сорока-воровка. М.: Издательство «Правда», 1981. 256 с.

3. *Гоголь Н.В.* Ревизор // Гоголь Н.В. Повести. Пьесы. Мертвые души. М.: Художественная литература, 1975. С. 161–232.

4. *Даль В.И.* Пословицы русского народа. М.: «Издательство Астрель», 2005. 734 с.

5. *Денисов И. (И.И. Добровольский).* На земской службе // Наше наследие. 1997. № 42. С. 60–73.

6. *Куприн А.И.* Черная молния // Куприн А.И. С. Собрание сочинений. В 6 т. М.: Художественная литература, 1958. Т. 4. 627–655.

7. *Мицкевич С.И.* Записки врача-общественника. М.: Медицина, 1969. 238 с.

8. *Френкель З.Г.* Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути / Публ., сост., коммент. и вступит. статья Р.Б. Самофал. СПб.: «Нестор-История», 2009. 696 с.

9. *Чехов А.П.* Неприятность Собрание сочинений. В 12-ти тт. Т. 6. М.: Художественная литература, 1962. С. 114–133.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамов Я.* Женские врачебные курсы. СПб.: «Печатня С.П. Яковлева», 1886. 28 с.

2. *Адрианов С.А*. Министерство внутренних дел. Исторический очерк. 1802 – 1902. СПб., 1902. 225 с.

3. *Ахиезер А.С.* Россия: критика исторического опыта (Социокультурная динамика России. Т. 1. Новосибирск, 1997. 804 с.

4. *Барсов Е.В.* К истории Медицины в России. По поводу сочинения: История медицинских школ в России. Я.А. Чистовича. СПб., 1883. Оттиск из: Чтения в Обществе истории и древностей российских. М., 1883, кн. 3. С. 93–107.

5. *Барсуков М.И.* Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1951. 314 с.

6. *Барщевский И.Ф*. Исторический очерк города Ярославля: Труды Ярославской губернской ученой комиссии. Кн.3, вып.4. Ростов Ярославский, 1900.131с.

7. *Баткис Г.А.* Организация здравоохранения. (Учебник для медицинских институтов). М.: Медгиз, 1948. 567 с.

8. *Баткис Г.А., Майстрах К.В.* Об изучении истории медицины // Советский врачебный журнал. 1936. №15. С. 81–92.

9. *Бейлихис Г.А.* Из истории борьбы за санитарную охрану труда в царской России. (Вопросы гигиены и охраны труда в дореволюционной большевистской печати). М.: Медгиз, 1957. 194 с.

10. *Беляев В.И.* Здравоохранение Ярославля в прошлом и настоящем. Ярославль, 1961. 135 с.

11. *Бенюмов Р.Я.* К истории медико-санитарного законодательства в России. // Врачебное дело. 1952. № 8. С. 749–751.

12. *Бердичевский Г.А.* К оценке положения. // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1908. № 1. С. 5–27.

13. *Богатырева О.Н.* Губернская администрация и земское самоуправление. Вторая половина XIX – начало XX века // Вопросы истории. 2004. № 8. С. 99–112.

14. *Брейдо И.С.* История антисептики и асептики в России. Л.: Медгиз, 1956. 194 с.

15. *Булгакова Л.А.* Медицина и политика: съезды врачей в контексте русской политической жизни // Власть и наука, ученые и власть: 1880-е – начало 1920-х годов. СПб., 2003. С. 215–235.

16. *Валетов Т.Я.* Фабричное законодательство в России до Октябрьской революции. // Экономическая история. Обозрение. Выпуск 13. Труды исторического факультета МГУ. / Под ред. С.П. Карпова. М., 2007. С. 34–44.

17. *Варадинов Н.В.* История Министерства внутренних дел. Ч. I – III. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1859 – 1862.

18. *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* История эпидемий в России. М.: Медгиз, 1960. 397 с.

19. *Верекундов С.П.* Министерство народного здравия. К истории вопроса. СПб.: тип. Я. Трея, 1899. 16 с.

20. *Веселовский Б.Б.* Исторический очерк деятельности земских учреждений Тверской губернии (1864 –1913). Тверь: Тверск. губ. земство, 1914. X, 591 с.

21. *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. В 4-х тт. СПб.: О.Н. Попова , 1909–1911. Т.1, 3.

22. *Веселовский Б.Б.* К вопросу о взаимных отношениях губернских и уездных земств. Пенза: Типо-лит. Т-ва А.И.Рапопорт и Ко, 1911. 11 с.

23. *Веселовский Б.Б.* К вопросу о земских пенсионных и эмеритальных кассах. Пенза: Типо-лит. Т-ва А.И. Рапопорт и Ко, 1910. 10 с.

24. *Веселовский Б.Б.* К вопросу о классовых интересах в земстве. Вып. 1. СПб.: «Общественная польза», 1905. 164 с.

25. *Вигдорчик Н.А.* Государственное обеспечение трудящихся (итоги и перспективы социального страхования). Пг.: «Муравей», 1917. 80 с.

26. *Вигдорчик Н.А.* Народное здравие России в цифрах // Вестник знания. 1908. №2. С. 69 –75.

27. *Вигдорчик Н.А.* Расслоение фельдшерского сословия // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова. 1907. № 1. С. 5–19.

28. *Вишленкова Е.* «Выполняя врачебные обязанности, я постиг дух народный»: самосознание врача как просветителя государства (Россия, первая половина XIX века) // Ab Imperio. 2011. №2. С. 47–79.

29. *Вишленкова Е.А., Малышева С.Ю., Сальникова А.А.* Terra Universitatis. Два века университетской культуры в Казани. Казань, 2005. 500 с.

30. *Волкова Т.И.* Становление и развитие земского здравоохранения в Ярославской губернии (1865 – 1917 гг.). Ярославль: ООО «Лия», 2001. 128 с.

31. *Волкова Т.И.* Российское земство и социокультурная модернизация страны в начале XX века (по материалам губерний Центральной России). Ярославль: Издательское бюро «ВНД», 2012. 228 с.

32. *Гатина З.С., Вишленкова Е.А.* Система научной аттестации в медицине в России в первой половине XIX в. // Вестник СПбУКИ. 2014. №1 (18). С. 168-178.

33. *Глинский Б.Б.* Женщины-врачи на общественной службе. // Исторический вестник. 1895. Т. 60. Июнь. С. 827–859.

34. *Головщиков К.Д.* История города Ярославля / сост. К.Д. Головщиков. Ярославль: Издание Л.Н. Пастухова: Типолитография Г. Фальк, 1889. [6], 277, [3] с.

35. *Головщиков К.Д.* Ярославская губерния. Историко-этнографический очерк. Ярославль, 1888. 65 с.

36. *Голосов А.А.* 50-летний юбилей Общества Ярославских врачей и Волжской лечебницы (1861 – 1911). Ярославль, 1913. 86 с.

37. *Гончарова С.Г., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В.* Становление приказной системы здравоохранения в России в XVIII веке // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 5. С. 59 – 61.

38. *Градовский А.Д.* Собрание сочинений. Т. 9. Начала русского государственного права. Изд. 2-е. СПб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1908. VI, 602, CLXXXI с.

39. *Гребенщиков В.И.* Опыт разработки результатов регистрации врачей в России. СПб.: Паровая скоропечатня П.О. Яблонского, 1890. 42 с.

40. *Гребенщиков В.И.* К вопросу о смертности русских врачей // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1892. Т. XVI. Кн. 1. Отд. IX. С. 1-6.

41. *Грязнов А.Ф.* Ярославская Большая Мануфактура (1722 – 1856). М.: Карзинкин, 1910. 552 с.

42. *Губерт В.О.* Оспа и оспопрививание (Юбилейное издание Русского Общества Охранения Народного Здравия). Т.1. СПб. 1896. 535 с.

43. *Гуревич А.Б.* Незавидное положение современного врача в материальном и социальном отношениях. (Доклад на VI съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова). Киев: Тип. П. Барского, 1896. 13 с.

44. *Гуревич А.Я.* Исторический синтез и Школа «Анналов». М.: Издательство «Индрик», 1993. 327 с.

45. *Гуревич М.* К вопросу о земских финансах в Ярославской губернии. Вып. 1. Ярославль: Ярославское губернское земств, 1917. 38 с.

46. *Гуткина А.Я.* Организация здравоохранения в России от Аптекарского приказа до наших дней // Врачебное дело. 1927. № 20. Ст. 1455–1460.

47. 225 лет на благо здоровью. История ярославского здравоохранения за 225 лет. / Под ред. В.Н. Осинцева. Ярославль: «Полиграфия», 2003. 71 с.

48. Детское здравоохранение в Ярославле и Ярославской области за 50 лет Советской власти / Под ред. проф. А.И. Титовой и доц. В.Н. Емельянова. Ярославль, б./и. 1970. 91 с.

49. *Егорышева И.В.* Управление здравоохранением в России в первой половине XIX века. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 6. С. 46–49.

50. *Егорышева И.В.* Организация психиатрической помощи в земской медицине (к 150-летию земской реформы) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. №2. С. 60–64.

51. *Егорышева И.В.,* Данилишина Е.И. Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здравия в России (XIX – начало XX в.) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 1. С. 53–55.

52. *Егорышева И.В., Шерстнева Е.В.* Проблемы управления больницами приказа общественного призрения // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 4. С. 53–55.

53. *Ерошкин Н.П.* Государственные учреждения России в дореформенный период. 5-е изд. доп. М.: РГГУ, 2008. 672 [33] с.

54. *Ерошкин Н.П.* Местные государственные учреждения дореформенной России (1800 – 1860 гг.). Учебное пособие. М.: МГИАИ, 1985. 98 с.

55. *Жбанков Д.Н.* Итоги земской медицины // Врач. 1894. №18. С. 513–519; №19. С. 546–551.

56. *Жбанков Д.Н.* Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела // Общественный врач.1915. №7–8. С. 449–485.

57. *Жбанков Д.Н.* Медицинские и соприкасающиеся с врачебно-санитарным делом съезды в прошлом (1861-1924 гг.) // Врачебное дело. 1927. № 18. С. 1289–1296; № 19. С. 1369–1374.

58. *Жбанков Д.Н.* Несколько сравнительных данных о земской и сельской медицине. СПб.: Тип. Я. Трей, 1896. 11 с.

59. *Жбанков Д.Н.* Нужны ли для земства больницы? // Земский врач. 1889. № 17. Ст. 276–281; № 18. Ст. 296–302.

60. *Жбанков Д.Н.* О врачах. М.: Типо-лит. «Русского товарищества печатного и издательского дела, 1903. 181 с.

61. *Жбанков Д.Н.* Об участии губернских земств в борьбе с эпидемиями // Врач. 1898. № 41. С. 1185–1191.

62. *Жбанков Д.Н.* О детских яслях-приютах в деревнях в рабочее время. СПб.: Тип. Я. Трей. 1898. 29 с.

63. *Жбанков Д.Н.* О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1910. 71 с.

64. *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. (Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова). М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1915. XVI, 552 с.

65. *Жданов Г.Н.* История медицины зубцовского края. Зубцов, 2009. 147 с.

66. *Жукова Л.А.* Земское самоуправление и бюрократия в России: конфликты и сотрудничество. 1864 – 1917 гг. М.: «Хронограф», 1998. 180 с.

67. *Заблудовский П.Е.* История отечественной медицины. Ч. 1. М.: М-во здравоохранения СССР. Центральный институт усовершенствования врачей. 1960. 399 с.

68. *Заблудовский П.Е*. Медицина в России в период капитализма. Развитие гигиены, вопросы общественной медицины. / Под ред. Н.С. Хмелева, Н.А. Виноградова. М.: Медгиз, 1956. 150 с.

69. *Заблудовский П.Е.* Развитие медицинской статистики. Исторический обзор. Лекция 2. Медицинская статистика в России в XVIII – XIX веках. М.: Центральный институт усовершенствования врачей. 1974. 28 с.

70. *Загорский Я.* Причины ненормального состояния аптечного дела в России. (Материалы для Гос. Думы). М.: Типо-лит. Т-ва И.Н. Кушнерев и Ко, 1908. 68 с.

71. *Загоскин Н.П.* Врачи и врачебное дело в старинной России. Казань: Тип. Имп. У–та, 1891. 72 с.

72. *Зайденман Л.О.* Аптечная привилегия. СПб: «Право», 1903. 101 с.

73. *Зайцев М.Е.* Краткий очерк деятельности аптечного склада Тверского губернского земства за истекшие 20 лет его существования (1889 – 1909 гг.). Тверь: Типография губернского земства, 1910. 40 с.

74. *Зархин И.Б.* Очерки из истории отечественной фармации XVIII и первой половины XIX века. М.: Медгиз, 1956. 127 с.

75. *Зильберг И.* На заре профессионального движения аптечных работников. М.: ЦК Медсантруд, 1926. 59 с.

76. *Зильберг И.* Профессиональное движение служащих фармацевтов. Период первой русской революции. М.: ЦК Медсантруд, 1930. 45 с.

77. *Зимин И.В.* Медицинская интеллигенция в сословной структуре Российской империи XIX века.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 6. С. 49–51.

78. *Зимин И.В.* Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). СПб.: СПбГМУ, 2004. 367 с.

79. *Змеев Л.Ф.* Русские врачи-писатели. Вып. 1–3. СПб.: Тип. В. Безобразов и Ко, 1894.

80. *Иванова Н.А., Желтова В.П.* Сословное общество Российской империи (XVIII – начало XX века). М.: Новый хронограф, 2009. 741 с.

81. *Игнатьев В.Е.* Общественное здоровье по данным санитарной статистики // Вестник Европы. 1901. № 7. С. 292–314.

82. *Игумнов С.Н.* Земские вольные аптеки и земская медицина. Харьков: Тип. «Печатное дело», 1908. 6 с.

83. *Игумнов С.Н.* Земские врачи теперь и прежде // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова.1904. № 4. С.319–336.

84. *Игумнов С.Н.* К вопросу о кризисе земской медицины // Журнал Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова.1908. № 3. С. 283–295.

85. *Ильин А.И.* Успеть увидеть прошлое. Из истории здравоохранения владимирского края. Владимир: Изд-во ИП Журавлева, 2009. 155 с.

86. Историческая наука сегодня: теории, методы, перспективы / Под ред Л.П. Репиной. Изд. 2-е. М.: Издательство ЛКИ, 2012. 608 с.

87. Исторические очерки переславской медицины: Сборник. / Отв. Ред. А.Ю. Фоменко. Переславль-Залесский: Переславский Совет ВООПИКиК, 2007. 105 с.

88. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / Под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. 244 с.

89. История Ярославского края с древнейших времен до конца 20-х гг. XX в. / Под ред. А.М.Селиванова. Ярославль: Издательство ЯрГУ, 2000. 367 с.

90. *Казаков Ю.И., Глянцев С.П., Касьяненко А.П.* Трудный путь к сердцу. Очерки истории хирургии сердца и сосудов в Тверском регионе. Тверь: ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, 2014. 271 с.

91. *Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И.* Основные черты развития медицины в период капитализма (1861 – 1917). М.: Медгиз, 1956. 194 с.

92. *Канель В.Я.* Фабричная медицина и бюрократия. М.: «Колокол», 1906. 47 с.

93. *Канель В.Я.* Общественная медицина в связи с условиями жизни народа // История России в XIX веке. В 12 т. Спб., 1910. Т. VIII. С. 156–262.

94. *Капустин М.Я.* Земская медицина. // Энциклопедический словарь. / Под ред. проф. И.Е. Андреевского, К.С. Арсеньева и заслуженного проф. Ф.Ф. Петрушевского. Т. XXIV. СПб.: Изд. Ф.А. Брокгауз и И.А. Ефрон, 1894. С. 482–491.

95. *Капустин М.Я.* Главные основания проекта сельской больницы. М., 1874. 22 с.

96. *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. СПб.: К.Л. Риккер, 1889. 134 с.

97. *Капустин М.Я.* Нужно ли регламентировать земскую медицину? // Врач. 1880. №2. С. 33–35.

98. *Кацнельбоген А.Г.* Общественная медицина в России (вторая половина XIX – начало XX веков). Волгоград: «Перемена», 1994. 138 с.

99. *Кацнельбоген А.Г.* Общественная и земская медицина в 60 – 80-е гг. XIX в. // Клиническая медицина. 1988. №7. С. 145–148

100. *Кедров П.И.* Условия труда и жизни низшего медицинского персонала в России. СПб.: Изд-во «Медицинского журнала д-ра Окса», 1902. 91 с.

101. *Кёллер Р.Р.* Под сенью предписаний и циркуляров. Правдивое слово властям, обществу и народу по поводу проекта нового аптекарского устава. Изд. 2-е. М.:Русское товарищество печатного и издательского дела, 1906. XLVIII,197с.

102. *Ковальченко И.Д.* Методы исторического исследования. М.: Наука, 2003. 485 с.

103. *Корженевский С.Н.* Земская медицина в Тверской губернии. Издание санитарного отделения. Тверь: Типо-литография Н.М. Родионова, 1903. 162 с.

104. *Колосов Г.А.* Организация и состояние врачебного дела в царствование Александра I. Пг.: Издание «Литературно-медицинский журнал д-ра Окса», 1915. 24 с.

105. *Коротеева Н.Н.* История фармации (XVI – начало XX вв.). Курск: Курский государственный технический университет. 2006. 303 с.

106. *Коротеева Н.Н* Российская фармация XVI – начало XX в.: вопросы историографии и источниковедения. Курск: КГУ. 2009. 59с.

107. *Коротеева Н.Н.* Государственная политика в сфере российской фармации XVI – начала XX в. Курск: КГУ, 2010. 451 с.

108. *Критский П.А.* Наш край. Ярославская губерния. Опыт родиноведения. Ярославль: Ярославское губернское земство, 1907. 313 с.

109. *Кузьмин В.Ю.* Земская медицина в России в мирное и военное время (1864 – 1917 гг.). Самара: Перун, 2000. 310 с.

110. *Кузьмин В.Ю.* Власть, общество и земская медицина (1864 – 1917 гг.). Самара: Издательство «Самарский Университет», 2003. 391 с.

111. *Кузнецов А.А.* Ордена и медали России. М.: Издательство Московского университета. 1985. 171 с.

112. *Куковякин С.А.* Земская медицина Вятской и других северных губерний Европейской России. Киров: «Вятка», 1998. 208 с.

113. *Куприянов Н.Г.* История медицины России в царствование Петра Великого. СПб.: Тип. Я. Трея, 1872. 16 с.

114. *Куприянов Н.Г.* Исторический очерк состояния медицины в царствование Екатерины II. СПб.: Тип. Я. Трея, 1873. 28 с.

115. *Курочкин Г.* Земская медицина в Ярославской губернии // Общественный врач. 1912. № 2. С. 223–229.

116. *Лапин К.В.* Доктор С.И. Сычугов и его вольная практика на селе. (1841 – 1902) // Советское здравоохранение. 1947. № 1. С. 38–42.

117. *Лаптева Л.Е.* Земские учреждения в России. М., 1993. 132 с.

118. *Лаптева Л.Е., Шутов А.Ю*. Из истории земского, городского и сословного самоуправления в России. – М.: Издательство РАГС, 1999. 320 с.

119. *Лахтин М.Ю.* Этюды по истории медицины. М.: Университетская типография, 1902. 191 с.

120. *Левинштейн И.И.* Этюды по истории фармации. М.-Л.: Московская научно-фармацевтическая ассоциация, 1927. 102 с.

121. *Левинштейн И.И.* История фармации и организация фармацевтического дела. М.-Л.: Медгиз, 1928. 224 с.

122. *Левинштейн И.И.* Первые частные аптеки в России // Вестник фармации. 1928. № 3. С. 168–170.

123. *Левит М.М*. Становление общественной медицины в России. М.: Медицина, 1974. 231 с.

124. *Лейкина-Свирская В.Р.* Интеллигенция в России во второй половине XIX в. М.: Мысль, 1971. 368 с.

125. *Лейкина-Свирская В.Р.* Русская интеллигенция в 1900 – 1017 годах. М.: Мысль, 1981. 285 с.

126. *Леонтьев Д.А*. Краткий исторический очерк аптечного дела в России. СПб.: Тип. Я. Трей, 1910. 80 с.

127. *Лествицын В.П.* Ярославские богадельни в 17 и 18 столетиях // Ярославские губернские ведомости. 1873. № 2, 4, 6

128. *Липинский М.А.* Холерные эпидемии в Ярославской губернии, 1830 – 1875 год. Издание статистического комитета. Ярославль: Типо-литография Г.В. Фальк, 1885. 69 с.

129. *Лордкипанидзе И.Н.* Изучение истории медицины поставить на должную высоту. // Советская медицина. 1937. №5. С. 51–53.

130. *Лушников А.Г.* Лекции по истории русской медицины. Медицина XVIII столетия. М.: Медгиз, 1955. 31 с.

131. *Лушников А.Г.* Лекции по истории русской медицины. Первая половина XIX столетия. М.: Медгиз, 1956. 25 с.

132. *Лушников А.Г.* Лекции по истории русской медицины. Клиника внутренних болезней второй половины XIX в. М.: Медгиз, 1956. 39 с.

133. *Малека Ю.Н., Захарян А.Г.* Система управления здравоохранением в российском государстве (XVIII – начало XX веков). Пятигорск, 2008. 167 с.

134. Материалы научной конференции, посвященной 100-летию первого съезда земских врачей Тверской губернии. Калинин: Минздрав РСФСР, 1971. 103 с.

135. *Мацкина Р.Ю*. История развития медицины и здравоохранения в России. Обзор документальных материалов. / Ред. Б.Д. Петров. М. – Л., 1958. 99 с.

136. *Медушевская О.М.* Теория исторического познания: Избранные произведения. СПб.: Университетская книга, 2010. 572 с.

137. *Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В*. История отечественной педиатрии. СПб.: СПбГПМА, 1998. 155 с.

138. *Миронов Б.Н*. Социальная история России периода империи (XVIII – начало XX в.). В 2 т. Издание 3-е. СПб.: «Дмитрий Буланин», 2003.

139. *Мирский М.Б*. Медицина России X – XX веков: Очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. 631 с.

140. *Мирский М.Б., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В., Блохина Н.Н. и др.* Приказная медицина – важный этап в истории отечественного здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 5. С. 53–56.

141. *Моисеев А.И.* Медицинский совет Министерства Внутренних Дел. Краткий исторический очерк. СПб.: Тип М-ва вн. дел, 1913. II, 42 с.

142. *Мунблит Е.Г.* По поводу проекта МВД о реорганизации всего врачебно-санитарного строя в России. СПб: Тип. Я. Трей, 1903. 9 с.

143. *Мушинский К.А.* Устройство общественного призрения в России. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1862. 64 с.

144. *Невский М.А.* Очерк медицинской части Костромской губернии (по результатам осмотра медицинской части). Кострома: Губернская типография, 1879. 180, 14 с.

145. *Нейдинг И.И.* Медицинские общества в России. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1897. VII, 83 с.

146. *Никитин А.* Краткий обзор медицины в России в царствование императрицы Екатерины II. СПб.: Тип. Опекунского совета, 1855. 82 с.

147. *Новиков П.* О городской медицине в Ярославской губернии в 1911 – 1913 годах. Ярославль, 1914. 13 с.

148. *Новомбергский Н.Я.* Развитие врачебно-санитарного управления. СПб.: Сенатская типография, 1907. 19 с.

149. Общественная медицина в России в период революционной ситуации 1859 – 1861 годов. Очерки по истории отечественной медицины середины XIXв. / Под ред. проф. *М.П. Мультановского*. М.: Медгиз, 1963. 80 с.

150. Общественное и частное призрение в России: Сб. статей. Главное Управление по делам местного хозяйства. СПб.: Императорская Академия наук, 1907. 296 с.

151. *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Русская земская медицина. Обзор развития. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1899. X, 340, 29 с.

152. Отзыв о сочинении «История первых медицинских школ в России» профессора Я. Чистовича. / Составлено профессором Н. Ивановским. СПб.: Императорская Академия Наук, 1885. 37 с.

153. Очерки истории русской общественной медицины. / Сб. статей под ред. П.И. Калью. М.: Медицина, 1965. 298 с.

154. *Палкин Б.Н.* Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники. М.: Медгиз, 1959. 272 с.

155. *Палкин Б.Н.* С.С. Андреевский (1760 – 1818). М.: Медицина, 1986. 60 с.

156. *Петров Б.Д.* Современное состояние и задачи истории медицины. // Научная конференция, посвященная истории медицины Сибири. Томск. 21–23 мая 1955 г. Томск: Томский медицинский институт им. В.М. Молотова, 1955. С. 3–9.

157. *Перфильев М.О.* О положении медицинского дела в России (Материалы к данному вопросу). СПб.: Я. Трей, 1889. 187 с.

158. *Пирумова Н.М.* Земская интеллигенция и ее роль в общественной борьбе до начала XX века. М.: Наука, 1986. 268 с.

159. *Пищита А.Н., Гончаров Н.Г.* Эволюция правового регулирования здравоохранения в России. М.: ЦКБ РАН, 2007. 131 с.

160. *Погожев А.В.* Материалы для истории фабричной медицины в России. СПб.: Тип. М-ва вн. дел, 1892. 18 с.

161. *Погожев А.В.* Очерки из истории санитарно-фабричного законодательства в России // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1890. Май. С. 55 – 87; Июнь. С. 111–130

162. *Поляк И.В*. О роли правительственных и общественных органов народного здравия (общая схема Устава народного здравия). СПб.: Т-во худож. печати, 1910. 21 с.

163. *Покровский М*.М. Здоровье русского народа в связи с условиями его быта // Русская мысль. 1882. №2. С. 105–149.

164. *Португалов В.О*. Вопросы общественной гигиены. СПб.: Тип. А. Моригеровского, 1873. 623 с.

165. *Пристанскова Н.И.* Правовое регулирование врачебно-санитарной деятельности в Российской империи (XIX – начало XX вв.). СПб. Б. и., 2007. 171 с.

166. Развитие государственной медицины в России. Материалы симпозиума / Под ред. В.О. Щепина. ННИИ Общественного здоровья РАМН. М.: ННИИ ОЗ РАМН, 2003. 169 с.

167. *Раскин Д.И.* Несостоявшаяся реформа управления здравоохранением в России // Вопросы истории. 2006. № 4. С. 149–154.

168. *Репина Л.П.* Историческая наука на рубеже XXI вв.: социальные теории и историографическая практика. М.: Кругъ, 2011. 560 с.

169. *Рихтер В.М.* История медицины в России. Ч. 1-3. М.: Типография Московского Университета, 1814–1820.

170. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII – XIX вв. / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. М.: ННИИ ОЗ РАМН, 2012. 152 с.

171. *Российский Д.М.* История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. Библиография. М.: Медгиз, 1956. 938 с.

172. *Сало В.М.* Аптечное законодательство в России в начале XX в., правила открытия аптек // Фармация. 1992. № 2. С. 77–79.

173. *Сало В.М.* Аптечная реформа 1701 г. // Фармация. 1989. № 5. С. 88–91.

174. *Сало В.М.* Деятельность земств по лекарственному обеспечению населения // Фармация. 1982. № 2. С. 61–64

175. *Сало В.М.* История фармации в России. М.: Литтерра, 2007. 256 с.

176. *Сало В.М.* Порядок открытия аптек и отпуска лекарств в первой половине XIX века // Фармация. 1992. – № 1. С. 78–80.

177. *Сало В.М.* Состояние аптечной сети в России в первой половине XIX в. // Фармация. 1990. № 4. С. 89–92.

178. *Сало В.М.* Устройство и оборудование аптек первой половины XIX в. // Фармация. 1974. № 6. С. 45–47

179. *Самойлов В.О*. История российской медицины. М.: Эпидавр, 1997. 197 с.

180. *Самойлов В.О.* Петр I и российская медицина: актовая речь, посвященная 300-летию Главного военного клинического госпиталя им. Н.И. Бурденко. М.: ГВКГ, 2008. 27 с.

181. *Сегал А.Е.* Гриппозные заболевания и борьба с ними в России XVIII и начала XIX веков // Клиническая медицина. 1950. Т. 28. № 10. С. 80–82.

182. *Семашко Н.* Очередные задачи социальной гигиены в России // Социальная гигиена. Вып. 2. Апрель, 1923. С. 1–7.

183. *Серебреников С.* Об открытии Ярославского наместничества в 1777 году. Исследования и описания по предметам истории, этнографии, статистики и топографии. // Ярославские губернские ведомости. 1861. № 2–11.

184. *Сигал Б.С.* Первые медико-топографические описания в России // Вопросы гигиены. Труды Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института. Т.1. Вып. 1. Л., 1949. С. 175–207.

185. *Скворцов И.П.* О соотношениях государственной и местной компетенции в деле охраны народного здоровья. СПб.:Т-во «Печатня С.П. Яковлева,1908. 8с.

186. *Скороходов Л. Я.* Краткий очерк русской медицины. Л.: «Практическая медицина», 1926. 262 с.

187. *Скороходов Л. Я.* Краткий очерк истории русской медицины / науч. ред. и коммент. М.В. Супотницкого. М.: Вузовская книга, 2010. 430 с.

188. *Слонимская И.А.* Вопросы здравоохранения в дореволюционной деятельности большевиков // Советская медицина. 1938. №14-15. С. 88-91.

189. *Соколов А.Р.* Благотворительная деятельность «Императорского человеколюбивого общества» в XIX веке // Вопросы истории. 2003. № 7. С. 96–112.

190. *Соколов А.Р.* Приказы общественного призрения: история полувековой деградации // Клио. СПб.: Нестор. 2003. №3 (22). С. 132–142.

191. *Соловьев З.П.* Избранные произведения / Под ред. Б.Д. Петрова. М.: Медгиз, 1956. 473 с.

192. *Соловьев З.П.* Материальное положение земского врача // Земское дело. 1911. № 9. С. 723–730.

193. *Соловьев З.П.* Пятидесятилетие земской медицины // Фельдшерский вестник. 1914. № 6. С. 179–188; № 7. С. 215–223.

194. *Соловьев З.П.* Пятый губернский съезд врачей и представителей земств Ярославской губернии // Общественный врач. 1912. № 2. С. 207–223.

195. *Соловьев З.П.* Строительство советского здравоохранения / Под ред. М. Ландиса. М.: Медгиз, 1932. 336 с.

196. *Сорокина Т.С.* История медицины. Издание 5-е. М.: «Академия», 2006. 560 с.

197. *Сорокина Т.С.* Земская медицина – приоритет России // Земский врач. 2010. № 1. С. 7–10.

198. *Стог А.Г.* О общественном призрении в России. Ч.1-4. СПб: Министерство полиции, 1818–1831.

199. Страховая медицина. История и современность. Сб. научных трудов / Под ред. О.П. Щепина. Ротапринт. ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. М.: ВНИИСГЭ, 1989. 205 с.

200. Страховая медицина. История и современность. Библиографический указатель. // ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. Сост. Н.П. Воскресенская и др. / Под ред. М.Б. Мирского. М.: ВНИИСГЭ, 1990. 24 с.

201. *Страшун И.Д.* Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907 – 1917 гг. М.: Медицина, 1964. 205 с.

202. *Сысин А.Н.* Санитарное состояние России в прошлом и настоящем // Социальная гигиена. Вып. 1. Октябрь, 1922. С. 63–94; Вып. 2. Апрель, 1923. С. 35–59.

203. *Сычугов С.И.* Деятельность Владимирского губернского земства по обеспечению народного здравия. Владимир: Губернская земская управа, 1888.

204. *Сычугов С.И.* Состояние общественного здоровья в гор. Владимире. – Владимир: Губернская земская управа, 1887. 30 с.

205. *Троицкий И.Д.* История губернского города Ярославля. Ярославль, 1853. 118 с.

206. *Трефолев Л.Н.* Исторические произведения. Ярославль: Верхне-Волжское книжное издательство, 1991. 255 с.

207. *Тюрина О.В., Балдин К.Е., Баклушина Е.К., Кашманова Г.Н., Поляков Б.А., Околотин В.С., Корсун В.П.* История здравоохранения Ивановской области. Иваново: ИвГМА, 2011. 207 с.

208. *Ульянова Г.Н.* Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века / Под ред. акад. А.Н. Яковлева. М.: Новый хронограф, 2002. С. 624-651.

209. *Френкель З.Г.* Основной неразрешенный вопрос земской медицины // Юбилейный земский сборник. Под ред. Б.Б. Веселовского и З.Г. Френкеля. СПб.: Т-во О.Н. Поповой, 1914. С. 412–418.

210. *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. СПб.: «Слово», 1913. 228 с.

211. *Френкель З.Г.* Холера и наши города. М., 1909. 36 с.

212. *Фролова Н.А*. Русская общественная медицина. Земская медицина в России и в Тверской губернии. Учебное пособие. Тверь, б./и. 1999. 80 с.

213. *Ханыков Я.В.* Очерк истории медицинской полиции в России. СПб.: Тип. МВД, 1851. 114 с.

214. *Хут Л.Р.* Теоретико-методологические проблемы изучения истории нового времени в отечественной историографии рубежа XX – XXI вв. М.: Прометей, 2010. 701 с.

215. *Чертов А.А.* Городская медицина в Европейской России. Сборник сведений об устройстве врачебно-санитарной части в городах. М.: Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1903. XIV, 272 с.

216. *Чистович Я.А.* Земская медицина. // Медицинский вестник. 1869. №20. С. 157–159; №21. С. 165–171; №33. С. 287–291; №34. С. 295–299.

217. *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. СПб.: Тип. Я. Трея, 1883. 662, CCCLXX с.

218. *Чистович Я.А.* История первых медицинских школ в России. В 2 т. М.: Книговек, 2013. 528, 480 с.

219. *Шеин Н.Э.* Земские вольные аптеки и закон 12-го февраля 1912 г. (доклад XVIII съезду земских врачей Московской губернии) // Общественный врач. 1913. №8. С. 971-980.

220. *Шепелев Л.Е.* Чиновный мир России XVIII–начала XX вв. СПб., 1999. 477с.

221. *Юдин Т.И.* Очерки истории отечественной психиатрии. / Под ред. Б.Д. Петрова. М.: Медгиз, 1951. 479 с.

222. *Юрьев Н.П.* К вопросу о материальном положении врачей, служащих по ведомству Министерства Внутренних Дел, в губерниях и областях России. СПб.: Тип. Министерства Внутренних дел, 1904. 161 с.

223. *Яковенко В.И.* Обзор деятельности всех земств по призрению душевнобольных со времен передачи им больниц приказами общественного призрения // Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии. СПб. 1897. Т. 29. № 2. С. 1–84.

224. *Якушев А.Н.* Развитие законодательства о присуждении ученых степеней по медицинским наукам в университетах и академиях России (1764-1918). М.: Ассоциация центров и клубов ЮНЕСКО России, 1988. 48 с.

РАБОТЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

1. *Castiglioni A.* A History of Medicine. N.Y., 1941. 1013, XLI pp.

2. *Major R.H.* A History of Medicine. Vol. 1–2. Oxford, 1954

3. *King L.S.* The Medical World of the eighteenth century. Chicago, 1958. 346 pp.

4. *Green R.*, ed. History of Medicine. N.Y., 1988

5. *Porter R.*, ed. The Cambridge History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 416 pp.

6. *Turda M.* History of Medicine in Eastern Europe, Including Russia // The Oxford Handbook of the History of Medicine. Ed. by M. Jackson. Oxford: Oxford University Press, 2013. P. 208-224.

7. *Alexander J.T.* Bubonic Plague in early modern Russia: Public Health and Urban Disaster. Oxford: Oxford University Press, 2003. 387 pp.

8. *Frieden N.* Russian Physicians in an Age of Reform and Revolution. 1856-1905. Princeton: Princeton University Press, 1981. 379 pp.

9. *Hutchinson J.F.* Politics and Public Health in Revolutionary Russia. 1890-1918. The John Hopkins University Press. Baltimore & London. 1990. 253 pp.

ДИССЕРТАЦИИ И АВТОРЕФЕРАТЫ ДИССЕРТАЦИЙ

1. *Булгакова Л.А.* Интеллигенция в России во второй четверти XIX века. Автореферат дисс… к.и.н. Л.: АН СССР. Ин-т ист. СССР, 1983. 26 с.
2. *Злодеева Е.Б.* Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России (конец XIX- начало XX вв.). Дисс. …канд. ист. наук. М., 2004. 292 с.
3. *Карпенко И.В.* Становление организации и тактики медицинской службы в России в 1620-1918 гг. Дисс. …канд. мед. наук. М., 2008. 195 с.
4. *Коротеева Н.Н.* Становление и развитие российской фармации в XVI – начале XX вв. Дисс… док. ист. наук. Курск, 2011. 486 с.
5. *Корсун В.П.* Развитие земской медицины и ветеринарии в конце XIX – начале XX вв.: на материалах Владимирской и Костромской губерний. Дисс… к.и.н. Иваново, 2007. 243 с.
6. *Кузьмин В.Ю.* История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности (1864 – февраль 1917 гг.). Дисс. … док. ист. наук. Оренбург, 2005. 512 с.
7. *Куковякин С.А.* Земская медицина северных губерний Европейской России. Автореферат дисс. … док. мед. наук. М., 1998. 36 с.

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. *Лаптева Л.Е.* Принципы организации местного самоуправления в Российской империи // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2003. № 1 (194). С. 96-127 [Электронный ресурс]. URL: http://council.gov.ru/activity/analytics/analytical_bulletins/25564
2. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 гг. и последующие годы / Под ред. проф. Комарова Ю.М. М., 2013. 287 с. [Электронный ресурс]. URL: polit.ru/media/files/2013/…/81c8aa58d07e0615f49bd9778e4d0a34.pdf

4. *Побережников И.В.* Модернизация: теоретико-методологические подходы // Экономическая история. Обозрение / Под ред. Л.И. Бородкина. Вып. 8. М., 2002. С. 146-168 [Электронный ресурс]. URL: http://www.hist.msu.ru/Labs/Eco-hist/OB8/poberej.htm

5. *Побережников И.В.* Теории модернизации: основные этапы эволюции. [Электронный ресурс]. URL: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/2769/1/pristr-04-10.pdf

6. *Пушкарева Н. Л.* Предмет и методы изучения «истории повседневности» // Этнографическое обозрение. 2004. №5. С. 3-19. [Электронный ресурс]. URL: journal.iea.ras.ru/archive/2000s/2004/Pushkareva_2004_5.pdf

7. *Сидоров Д.В.* Социокультурная деятельность костромского земства в конце XIX начале XX века. [Электронный ресурс]. URL: http://moscowia.su/projects/konkurs/raboty/2008/1141

8. *Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 96 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.biometrica.tomsk.ru/guzel.pdf

9. *Улумбекова Г.Э.* Бюджет здравоохранения 2015-2017: вызовы и решения. 35 с. [Электронный ресурс]. URL: http://rusmedserver.com/wp-content/uploads/2014/12