

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет»

На правах рукописи

Горбушина Анна Андреевна

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОВСЕДНЕВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ПЕРМСКОЙ ГУБЕРНИИ В 1890-Е-1917 ГГ.**

Специальность 07.00.02. – Отечественная история

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата исторических наук

Научный руководитель:
кандидат исторических наук,
доцент Селянинова Г.Д.

ПЕРМЬ – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Больничное пространство как основа профессиональной повседневности медицинского персонала Пермской губернии в 1890-е - 1917 гг.	31
1.1. Развитие медицинской помощи в Пермской губернии в 1890-е - 1917 гг.	31
1.2. Бытовая организация профессиональной повседневности медицинского персонала Пермской губернии в 1890-е - 1917 гг.	50
	82
Глава 2. Материальная и социокультурная характеристики профессиональной повседневности медицинских работников	
2.1. Образование и его влияние на профессиональную повседневность медицинского персонала	82
2.2. Социально-экономические особенности профессиональной повседневности медицинских работников. Оплата труда и социальные гарантии	111
Глава 3. Общественная активность в профессиональной повседневности медицинских работников	130
3.1. Общественные медицинские организации как фактор профессиональной повседневности и их роль в популяризации гигиенических знаний среди населения	130
3.2. Участие медицинского персонала в развитии медицинской печати	154
Заключение	171
Список использованных источников и литературы	178
Приложения	200

Введение

Актуальность темы исследования. История медицины и медицинских работников является объектом изучения не одного поколения историков. Однако, несмотря на наличие значительного числа работ по данной проблематике, изучение истории медперсонала в парадигме истории повседневности с акцентом на профессиональную повседневность не предпринималось. Исследование данной предметной области в обозначенных рамках позволяет увидеть историческую реальность глазами простых людей, являвшихся современниками событий, что предоставляет возможность с иного ракурса взглянуть как на самих людей, так и на исторический процесс в целом. Изучение профессиональной повседневности важно для осмысления соотношения понятий труд-отдых, так как рабочее время медработника занимало основную часть в структуре его повседневной жизни. Кроме того, изучение медицинского персонала конца XIX начала XX вв. позволяет рассмотреть широкий социальный срез – от врачей как «типичных» представителей интеллигенции до санитаров и повивальных бабок, зачастую являвшихся выходцами из самых низших слоев населения. Объединенные одним делом, представители разных социальных групп, могли иметь как абсолютно идентичные, так и диаметрально противоположные точки зрения на те или иные события.

Исследование профессиональной повседневности медицинских работников Пермской губернии, выполненное на основе привлечения широкого круга источников в данных хронологических и территориальных рамках, позволяет внести вклад в изучение производственной и социокультурной жизни населения региона. Формирование профессиональных ценностей отдельных социальных групп, к которым,

несомненно, относятся работники сферы здравоохранения, оказывало существенное влияние на социально-экономические и культурные изменения в жизни страны. Взгляд на эти процессы с точки зрения медицинского персонала, и изучение частных микроисторических примеров дает возможность более полно раскрыть своеобразные черты выбранного исторического периода.

Актуально в современных реалиях пандемии обратиться к опыту прошлого, проследить как отвечали на вызовы времени медработники рубежа XIX-XX вв., сталкивавшиеся с частыми эпидемиями различных заболеваний.

Осмысление исторического опыта, накопленного дореволюционной медициной в сфере устройства системы здравоохранения на общегосударственном и местном уровнях, несомненно, может оказать влияние на развитие современной системы медицинской помощи.

Степень изученности проблемы

В историографии истории медицины, следуя традиции, можно выделить три этапа: дореволюционный (1890-1917 гг.), советский (1917-1991 гг.) и современный (с 1991 г.).

Для более полного раскрытия темы необходимо обозначить крупные и значимые группы публикаций, систематизированные по наиболее важным для исследования аспектам: по истории земств, по истории становления и развития медицинской интеллигенции и общественных медицинских организаций, по истории повседневности, и по истории медицинских печатных изданий.

На первом этапе появляются работы в основном описательно-обобщающего характера. Поскольку значительная часть медиков Пермской губернии состояла на службе в земских учреждениях, история повседневности медицинских работников неразрывно связана с историей земств. Вопросам деятельности земств в отечественной историографии посвящен целый ряд монографий и статей. Так как авторами большинства

трудов были практикующие врачи, стоявшие у истоков деятельности земских учреждений, эти работы одновременно являются еще и источниками¹, в которых содержится обширный материал, связанный с устройством медицинского обслуживания населения и проблемами организации здравоохранения в земствах. К таким работам, в первую очередь, относятся труды Д.Н. Жбанкова, составившего библиографический указатель всероссийских и губернских съездов врачей, содержащий обширный справочный материал по более чем 460 врачебным съездам, и работа И.И. Нейдинга, посвященная процессу создания 83 медицинских обществ России, где подробно приведены их цели и задачи, а также результаты работы.

В 1899 г. к XII международному съезду врачей в свет выходит коллективная монография Е.А. Осипова, И.В. Попова, П.И. Куркина², в которой показан процесс становления и функционирования земской системы здравоохранения. Авторами рассмотрен большой пласт статистических данных по 34 губерниям и 333 уездам, что дало возможность проследить динамику основных показателей медицинской деятельности земств за 25-летний период их существования.

Обширный материал по вопросам работы земств в области санитарии содержится в трудах З.Г. Френкеля³, собравшего в своих очерках многочисленные статистические данные по состоянию земского медицинского дела, в том числе сведения о количестве врачей и фельдшеров в России, бюджете земств на медицинские расходы и показатели доступности медицинской помощи в отдаленных районах.

Достижения и недостатки земской медицины отражены в монографии В. Трутовского⁴. Как источник данная работа интересна тем, что подверглась серьезной цензуре и практически на 20% состоит из пробелов.

¹ Жбанков Д.Н. Библиографический указатель по земско-медицинской литературе. М., 1890. – 345 с.; Моллесон И.И. Земская медицина. Казань, 1871. – 56 с.; Нейдинг И. Медицинские общества России. М., 1897. – 83 с.

² Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. М., 1899. – 299 с.

³ Френкель З.Г. Очерки врачебно-санитарного дела. СПб., 1913. – 228 с.

⁴ Трутовский В. Современное земство. Пг., 1914. – 288 с.

Первая в отечественной историографии попытка создания подробной истории земского самоуправления была предпринята Б.Б. Веселовским в его 4-х томном труде «История земства за 40 лет»⁵. Первый том посвящен рассмотрению вопросов финансирования земств, устройству земской медицины, деятельности земств в области общественного призрения и народного образования. Во втором томе дана информация по отдельным направлениям деятельности земств, таким как постановка продовольственного дела, ветеринарии, страхования, дорожного дела и связи (почты и телефонов). Третий том охватывает историю земского самоуправления от земской реформы 1864 г. до начала XX в. Автор постарался показать процесс возникновения и развития земских учреждений, организацию и общие условия их деятельности, влияние политических изменений в стране на работу земств, отражение идей земств в прессе и литературе. Четвертый том захватывает период с 1906 по 1910 гг. В нем Б.Б. Веселовский анализирует роль различных элементов в земстве, общее значение земских учреждений в культурно-политической жизни страны и приводит исторические обзоры земств по губерниям и уездам. Важной заслугой автора является то, что именно он впервые стал широко использовать периодику в качестве историографического источника, содержащего общественное мнение по истории земства. В работе использовано около 30 наименований печатных изданий, систематизированных по идейной направленности. Труд Б.Б. Веселовского важен и в контексте изучения истории медицинских общественных организаций, так как содержит данные о динамике проведения губернских врачебных съездов и количестве земских врачей в уездах и губерниях России.

Вопросы истории медицинской печати на первом этапе нашли

⁵ Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет. СПб., 1909-1911. Т. 1. 1909. – 724 с., Т.2. 1909. – 703 с., Т.3. 1911. – 708 с., Т.4. 1911. – 696 с.

отражение в монографии С.П. Смирновой⁶, в которой автор постаралась проследить историю прессы в целом. По данной тематике также написана работа Н.В. Воскресенского⁷, представляющая собой сборник биографий сотрудников Воронежский ведомостей.

Особый интерес в рамках данного исследования представляет работа П.И. Кедрова⁸, который первым заинтересовался изучением социально-экономических условий и уровня жизни медицинских работников низшего звена. В своем исследовании автор приводит данные по полу, возрасту и социальному происхождению медиков низшего звена, а также затрагивает вопросы их взаимоотношений с врачами.

Среди региональных исследований дореволюционного периода необходимо отметить работу Р.А. Егоровской⁹, в которой описана 40-летняя история земского здравоохранения Шадринского уезда Пермской губернии. Работа интересна тем, что написана женщиной, что является редкостью для данного периода. В очерке Егоровской содержится уникальная авторская позиция человека, чье мнение еще в недавнем прошлом относительно изучаемого периода не воспринималось всерьез.

Так как на втором этапе, начавшемся после 1917 г., первые появившиеся работы принадлежали в основном бывшим земским врачам¹⁰, история медицины и отдельных вопросов здравоохранения в большом количестве работ так же, как и на первом этапе, упоминается в контексте истории земской медицины. Изыскания по данному направлению охватывают вопросы, затрагивающие проблемы врачебного самоуправления в российских губерниях, роль медицинских обществ и их съездов в этом

⁶ Смирнова С.П. Легальная печать в годы первой русской революции. Справочная книга о печати всей России. СПб., 1911. – 191 с.

⁷ Воскресенский Н.В. Пятидесятилетие «Воронежских губернских ведомостей». Исторический очерк с биографиями редакторов и сотрудников. Воронеж, 1888-1890. – 624 с.

⁸ Кедров П.И. Условия труда и жизни низшего медицинского персонала в России. СПб., 1902. – 91 с.

⁹ Егоровская Р.А. Земская медицина в Шадринском уезде Пермской губернии с 1870 по 1910 г.: краткий очерк ее развития / Р.А. Егоровская: изд. Шадринского земства, Шадринск: Тип. К.Е. Доронина, 1912. – 68 с.

¹⁰ Куркин П.И. Санитарно-статистические таблицы. М., 1925-1926. – 57 с.; Скороходов Л.Я. Краткий очерк истории русской медицины. Л., 1926. – 262 с.

процессе, санитарно-гигиеническую статистику, изучение масштабов эпидемий. Значительное внимание уделяется исследованиям госпитальной помощи раненым в годы Первой мировой войны.

Тема земской медицины начинает терять свою актуальность только в 1930-х гг., и количество исследований резко сокращается, исключение составляют единичные работы, написанные на региональных материалах. Однако уже к середине 1950-х гг. у историков вновь возникает интерес к этой проблематике.

В данной области следует выделить работы П.Е. Заблудовского¹¹, особое место в которых отведено изучению санитарно-статистических обследований различных земских местностей. Отмечая многочисленные плюсы земской работы и значительный вклад земств в развитие здравоохранения, автор указывает на ряд минусов, в числе которых особо выделяются узость сферы деятельности медицинских работников и их неравномерное распределение по врачебным участкам.

Развернутый анализ изменений, происходивших в сфере здравоохранения во второй половине XIX – начале XX вв. приведен в коллективной монографии Л.О. Каневского, Е.И. Лотова и Х.И. Идельчик¹². Авторы рассматривают достижения российской медицины в данный период, ставшие возможными благодаря вкладу не только таких ученых как И.П. Павлов, С.П. Боткин и Н.В. Склифосовский, но и простых земских врачей, которые вели постоянную клиническую работу. Часть исследования затрагивает проблематику земской, городской и фабрично-заводской медицины, где важное место занимает изучение деятельности съездов земских врачей.

Общественная деятельность и съезды медицинских работников отдельных регионов становятся объектами специального изучения в

¹¹ Заблудовский П.Е. Развитие клинической медицины в России во второй половине XIX в. М., 1955. – 48 с.; Он же. Развитие хирургии в России в XIX в. Н.И.Пирогов. М., 1955. – 325 с.

¹² Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И. Основные черты развития медицины в России в период капитализма (1861-1917 гг.). М., 1956. – 196 с.

публикациях В.Н. Емельянова и И.Е. Киреева¹³, в которых съезды земских врачей выступают в роли связующего звена земской медицины, определяя основные формы и методы ее работы.

Тематике Пироговских съездов значительное внимание уделено в работах Л.Н. Карпова¹⁴, И.Д. Страшуна¹⁵ и М.М. Левит¹⁶.

В монографии Л.Н. Карпова важное место отведено изучению санитарной деятельности органов земского самоуправления, и вкладу первых санитарных врачей в создание и развитие санитарной организации в стране.

М.М. Левит исследовал медицинские врачебные организации, стоявшие в оппозиции к власти, и ставившие в качестве своих целей улучшение уровня медицинского обслуживания населения.

Широкое освещение в литературе на данном этапе получают вопросы классификации дореволюционных изданий, что приводит к созданию многочисленных библиографических справочников¹⁷. Также во второй половине XX в. усиливается интерес ученых к провинциальным периодическим изданиям¹⁸.

Существенный интерес ученых на втором этапе вызывают вопросы, связанные со становлением и развитием интеллигенции, в том числе и медицинской.

К числу наиболее значимых работ в данной области второй половины XX в. относятся монографии В.Р. Лейкиной-Свирской¹⁹ и Н.М. Пирумовой²⁰.

¹³ Емельянов В.Н. Некоторые черты развития земской медицины в Ярославской губернии // Материалы 13-й научной конференции Ярославского медицинского института. Ярославль, 1959. Вып. 12. С.217-220; Киреев И.Е. К истории съездов земских врачей Смоленской губернии // Очерки истории русской общественной медицины. Под ред. Калью П.И. М., 1965. С.100-110.

¹⁴ Карпов Л.Н. Земская санитарная организация в России. Л., 1964. – 123 с.

¹⁵ Страшун И.Д. Русская общественная медицина в период между двумя революциями 1907-1917 гг. М., 1964. – 206 с.; Он же. Очерки истории русской общественной медицины. М., 1965. – 264 с.

¹⁶ Левит М.М. Становление общественной медицины в России. М., 1974. – 232 с.

¹⁷ Беляева Л.Н. Библиография периодических изданий России 1901-1916. Л., 1958. – 662 с.; Павлов В.А. Периодические издания Урала (краеведческий историко-библиографический обзор). Свердловск, 1966. – 136 с.

¹⁸ Буланцев Х. Пионеры провинциальной печати: первые шаги демократической прессы российской провинции второй половины XIX века. Л.: Изд-во Ленингр. Ун-та, 1981. – 142 с.; Антюхин Г.В. Становление и развитие местной печати России // Межвуз. сб. научных трудов. Воронеж: Изд-во Воронеж. Ун-та, 1985. – 117 с.

¹⁹ Лейкина-Свирская В.Р. Интеллигенция в России во второй половине XIX века. М., 1971; Она же. Русская интеллигенция в 1900-1917 годах. М.: Мысль, 1981. – 285с.

В.Р. Лейкиной-Свирской принадлежит первое, наиболее подробное, исследование в области изучения дореволюционной интеллигенции. Медицинской интеллигенции отведена небольшая часть, в которой автор приводит сведения о численности, социальном и образовательном составе работников медицины, деятельности врачебных организаций и съездов.

В работе Н.М. Пирумовой существенное внимание уделено изучению дореволюционных профессиональных объединений медиков. Земская медицинская интеллигенция, по мнению автора, играла важную просветительскую роль в крестьянской среде, давая основы санитарно-гигиенических знаний и прививая навыки культуры повседневного быта местному населению. В исследовании Н.М. Пирумовой приведены данные по количеству врачей, уровню их образования, социальной принадлежности, участию в общественно-политической жизни страны, размерам жалований и устройству быта медицинских работников. На основе сравнительного анализа в диссертации показано положение медицинской интеллигенции по отношению к представителям других групп интеллигенции.

Следует отметить, что на данном этапе преобладают работы, посвященные проблематике советской интеллигенции, но не дореволюционной.

В 80-90-е гг. XX в. широкое распространение получают монографии, посвященные вкладу отдельных врачей в развитие медицины²¹.

Ведущим исследователем истории медицины Пермской губернии на данном этапе была В.Т. Селезнева²². Первая ее монография «Очерк по истории здравоохранения на дореволюционном Урале» была издана в 1955 г.,

²⁰ Пирумова Н.М. Земская интеллигенция и ее роль в общественной борьбе до начала XX в. М., 1986. – 268 с.

²¹ Коротких Р.В. С.И. Спасокукоцкий и его школа. М.: Медицина, 1983. – 128 с.; Куприянов В.В. Из прошлого земской медицины. Судьба земского врача А.И. Шингарева. М., 1996. – 54 с.

²² Селезнева В.Т. Очерк по истории здравоохранения на дореволюционном Урале. Пермь, 1955. – 216 с.; Она же. Федор Христофорович Граль // Сборник научно-практических работ по организации здравоохранения и истории медицины. Пермь. 1961. С. 139-146; Она же. Заводская медицина Урала после отмены крепостного права // Советское здравоохранение. № 6. 1971. С. 62- 65; Она же. Здоровье населения дореволюционного Урала и вопросы гигиены // Гигиена и санитария. № 6. 1967. С. 75-78; Она же. Народное призвание // Вечерняя Пермь. 18 июля. 1973; Она же. Очерки по истории медицины в Пермской губернии. Пермь. 1997. – 124 с.

вторая – «Очерки по истории медицины в Пермской губернии» – 1997 г. Обе работы затрагивают достаточно широкий хронологический отрезок, и в части, посвященной дореволюционной медицине, автор приводит только информацию о деятельности ведущих медиков Урала.

На третьем этапе, начавшемся в 1990-е гг., появился целый ряд диссертаций, включающих изыскания по различным вопросам истории медицины²³. Исследования постсоветского периода характеризуются изменением методологических подходов и расширением объёма изучаемых проблем. Большое внимание в них отводится переосмыслению исторического опыта и разработке новых методологических аспектов, связанных с изучением общественной истории.

В.Ю. Кузьмин, изучая деятельность съездов и общественных организаций, определил роль и влияние государства на этот процесс. Губернские врачебные и фельдшерские съезды, по мнению автора, являлись способом установления многосторонних взаимоотношений между земской медицинской интеллигенцией, государственной властью, обществом и непосредственно самим земством. К началу XX в. Пироговские съезды, потеряв свой первоначальный смысл, превратились в рычаг давления на правительство. При этом, как отмечает В.Ю. Кузьмин, их деятельность не противоречила нормам российского законодательства и была направлена на улучшение состояния лечебного дела, санитарии, социально-экономических и бытовых условий жизнедеятельности врачей.

Важный вклад в изучение истории Пироговских съездов внесла Е.Б. Злодеева²⁴, подробно описав процесс создания общества врачей, его развития и роли в становлении системы государственного здравоохранения России.

²³ Егорышева И.В. История борьбы медицинских обществ с голодом русской деревни 1873-1913 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук. М., 1985. – 15 с.; Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России: XIX - начало XX вв.: дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2004. – 588 с.; Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. – 295 с. Шушикова А.О. Организация и функционирование системы медицинского обслуживания железнодорожников Сибири (конец XIX в. – 1917 г.): дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2016. – 220 с.

²⁴ Злодеева Е.Б. Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России: Конец XIX - начало XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Москва, 2004. – 219 с.

В исследованиях в области истории интеллигенции на современном этапе значительное внимание уделено изучению региональной интеллигенции²⁵. Кроме того, появляются работы, полностью посвященные дореволюционной медицинской интеллигенции.²⁶

Среди публикации региональной направленности самое заметное место занимают труды Т.Ю. Шестовой²⁷, которым присущ более высокий уровень обобщения в сравнении с исследованиями более ранних этапов, и изучение глубинных процессов, происходивших в регионе. В ее работах земская медицина рассматривается в рамках общей истории здравоохранения трех уральских губерний с XVIII в. по начало XX в. Особое внимание автор уделяет развитию заводской медицины и формам работы органов самоуправления с населением в борьбе с заболеваниями.

Вопросы становления и развития периодической печати отражены в диссертационных исследованиях Т.Г. Кожевниковой²⁸ и Г.Х. Хайруллиной²⁹.

В последние годы появился ряд статей, затрагивающих проблематику специальной врачебной печати³⁰.

Только лишь на данном этапе отечественная наука начинает обращаться к изучению истории повседневности.

²⁵ Данькина Н.А. Формирование интеллигенции Хакасии: Конец XIX - 30-е гг. XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Абакан, 2002. – 216 с.; Грязнухина Т. В. Творческая и общественная деятельность художественной интеллигенции Сибири в конце XIX - начале XX вв. : дис. ... канд. ист. наук. Красноярск, 2004. – 188 с.; Бичиева И. С. Кабардинская интеллигенция в конце XIX - начале XX в.: дис. ... канд. ист. наук. Нальчик, 2006. – 176 с.; Бандура С. В. Интеллигенция в Коми крае в XIX - начале XX в. : дис. ... канд. ист. наук. Сыктывкар, 2007. – 245 с.; Левина Ж. Е. Художественная интеллигенция Западной Сибири: конец 20-х - 30-е годы XX в. : дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2007. – 527 с.

²⁶ Лукьянова Т. В. Формирование медицинской интеллигенции Мордовии во второй половине XIX - первой половине XX вв. : дис. ... канд. ист. наук. Саранск, 2002. – 222 с.; Яворская Ю.А. Медицинская интеллигенция в социокультурном пространстве российской провинции: 1860-е - 1917 гг.: дис. . канд. ист. наук. Краснодар, 2003. – 176 с.; Поляков П. В. Медицинская интеллигенция Тульской губернии: 1864 -1900 гг. : дис. ... канд. ист. наук. Тула, 2005. – 247 с.

²⁷ Шестова Т.Ю. Развитие здравоохранения уральских губерний (Пермской, Вятской, Оренбургской) 1864-1900, Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2003. – 375 с. Она же. Здравоохранение Урала в XVIII – начале XX в. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний). Зап.-Урал. ин-т экономики и права. Пермь, 2006. – 312 с.

²⁸ Кожевникова Т.Г. Печатные издания научно-краеведческих обществ Пермской губернии как источник по истории Урала (вторая половина XIX начало XX в.): дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2005. – 312 с.

²⁹ Хайруллина Г.Х. Издательское дело в Уфимской губернии во второй половине XIX-начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Уфа, 2004. – 242 с.

³⁰ Жаворонкова Е.Ю. Возникновение медицинской периодической печати в России // Мед. консультация. 1995. № 1. С. 15-19. Великорецкий Д.А. К истории развития медицинской печати: (Сообщение 1) // Фельдшер и акушерка. 1991. № 10. С. 39-43.

Наибольшее влияние на отечественных историков оказали работы немецкого историка А. Людке и исследования представителей французской школы анналов³¹.

В 1990 – 2000 гг. публикуется целый ряд сборников научных работ³² и статей³³, посвященных различным аспектам истории повседневности.

Значительное внимание на данном этапе уделено изучению деятельности медицинских работников в сфере политики³⁴, однако, в рамках нашего исследования мы не затрагивали данную предметную область.

Подводя итог, следует сказать, что уже на первом этапе появляется значительное число работ, посвященных изучению истории здравоохранения, большая часть из которых носит описательный характер. Основные вопросы, рассматриваемые в данный период, основывались на необходимости их практического применения, в следствии чего появилось достаточное количество исследований, посвященных устройству медицины на местах и исследований в области санитарии и эпидемиологии. К особенностям работ первого этапа можно отнести превалирование в них статистических данных по различным аспектам медицинской деятельности. Главными недостатками исследований первого этапа являются чрезмерная

³¹ Бродель Ф. История и общественные науки. Историческая длительность // *Философия и методология истории*. Под ред. И.С. Кона, РИО БГК им. И.А. Бодуэна де Куртенэ, 2000. С. 115-142; Лешти Б. Общество как единое целое. О трех формах анализа социальной целостности. // *Одиссей: Человек в истории*. С.149-163; Людке А. Что такое история повседневности? Ее достижения и перспективы в Германии // *Социальная история*. Ежегодник. М., 1999. С.77-100; Людке А. История повседневности в Германии: Новые подходы к изучению труда, войны и власти. Пер. с нем.: К.А. Левинсон, Ю.Е. Белявский, В.С. Дубина, и др.; *Германский исторический институт в Москве*. М.: РОССПЭН, 2010. – 271 с.

³² Проблемы повседневности в истории: образ жизни, сознание и методология изучения: материалы межрегионального научного семинара. Ставрополь, 2001. – 253 с.; История российской повседневности: материалы всероссийской заочной научной конференции. СПб., 2002. – 299 с.; *Повседневность российской провинции: история, язык и пространство*. Казань, 2002. – 328 с.; Репина Л.П. Новая историческая наука и социальная история: Ежегодник. 1998. – 282 с.

³³ Поляков Ю.А. Человек в повседневности // *вопросы истории*, 2000. №3. С.125-132.; Соколов А.К. *Социальная история России новейшего времени: проблемы методологии и источниковедения* // *Социальная история: Ежегодник*. 1998. М. С. 39-76.

³⁴ Корнилов Е.Г. Земские медики в революционном движении 70-х гг. XIX в. // *Ученые записки МГПИ имени В.И. Ленина*. 1971. Т. 437. С.136.; Корнилов Е.Г. *Земская демократическая интеллигенция и ее участие в революционном движении 70-х годов XIX века.*: автореф. дис. ... канд. ист. наук. М., 1973. – 24 с.; Чернышева Е.В. *Самосознание земского либерала (по мемуарам Н.Ф. Анненского и В.М. Хижнякова)* // *Историк и его эпоха / Мат. Всерос.науч-практ. конф., посвящен. памяти проф. В.А. Данилова*. Тюмень, 2007. С. 209-212; Чернышева Е.В. *Социальный облик и общественная деятельность земских служащих (вторая половина 1860-х – 1914 г.) в отечественной историографии*. Челябинск: Челябинский Дом печати, 2010. – 352 с.

идеализация, субъективность и взгляд на предмет изучения изнутри.

На втором этапе продолжается процесс накопления информации по истории дореволюционной медицины, происходит актуализация основного круга изучаемых тем. У ученых возникает интерес к исследованию общественной деятельности медицинских работников: широкое освещение получают такие направления, как история медицинской интеллигенции и история съездов врачей. Как и на первом этапе, наиболее проработанной остается тема земской медицины.

Существенный минус работ данного этапа заключается в том, что они выполнены в парадигме марксизма-ленинизма и зачастую транслируют негативное оценочное суждение советских ученых о земской медицине. Кроме того, незначительным остается количество работ по региональной направленности.

В числе важных достижений третьего этапа следует отметить изменение методологии и появление новых парадигм. Впервые в отечественной науке появляется интерес к истории повседневности, в результате чего возникает значительное число работ, посвященных повседневной жизни различных групп населения, акцент в которых сделан, как правило, на бытовую домашнюю повседневность.

Учеными на этом этапе был детально проработан целый ряд аспектов, затронутых в данном диссертационном исследовании: довольно подробно освещены вопросы, касающиеся высшего медицинского образования и социально-экономических характеристик жизни медперсонала. Несмотря на это, среди разнообразных групп вопросов, как и на предыдущих двух этапах, наиболее широкое распространение в исследованиях данного этапа получила история земской медицины, а ведущим предметом исследования стала категория высшего медицинского персонала. Довольно обширная проблематика по истории среднего и младшего медицинского персонала до сих пор остается вне поля зрения ученых.

Оценивая степень изученности темы, важно отметить, что история

профессиональной повседневности провинциальных медицинских работников Пермской губернии в период с 1890-х по 1917 гг. так и не стала объектом специального исторического исследования. История жизни и быта медиков рассматривалась лишь в контексте истории медицины в целом и почти всегда носила эпизодический характер. Эти факторы повлияли на выбор объекта, предмета и цели исследования, и постановку задач.

Объектом исследования является медицинский персонал Пермской губернии конца XIX – начала XX вв.

В исследовании были рассмотрены такие категории медицинского персонала, как врачи – земские губернские и уездные, заводские, земско-заводские, городские и вольнопрактикующие, исключение составили тюремные врачи из-за крайне малочисленных свидетельств об их деятельности и врачи тех категорий, что редко встречались на территории Пермской губернии (думские и военные врачи). Средний медицинский персонал представлен в работе преимущественно только земскими школьными фельдшерами и фельдшерицами-акушерками. В виду неоднозначного статуса не затрагивалась такая категория медицинских работников как лекарские помощники. Рассмотренный младший медицинский персонал включает сестер милосердия, повивальных бабок, дезинфекторов, оспопрививательниц и сиделок.

Предмет исследования – профессиональная повседневность медицинского персонала Пермской губернии в 1890-х – 1917 гг.

Цель исследования – раскрыть содержание повседневных практик медицинских работников Пермской губернии в период с 1890-х гг. по 1917 г. в их профессиональной деятельности.

В рамках исследования поставлены следующие задачи:

- Выявить факторы и условия формирования пространства профессиональной повседневности медицинского персонала Пермской губернии.
- Определить специфику высшего, среднего и дополнительного

профессионального образования различных категорий медицинского персонала и охарактеризовать его влияние на организацию профессиональной повседневности.

- Выявить социально-экономические характеристики профессиональной повседневности медицинских работников на уровнях страна-регион и внутри самого медицинского сообщества.
- Установить особенности общественной активности медицинских работников.

Хронологические рамки исследования охватывают период с 1890-х гг. по 1917 г. Выбор нижней границы обусловлен несколькими факторами: во-первых, в 90-е гг. XIX в. начинается ускорение процессов урбанизации и индустриализации, и как следствие, вовлечение все большего числа людей в общественную жизнь страны. Урбанизация оказала влияние на развитие городской санитарии, а индустриализация обострила проблемы в области оказания медицинской помощи заводскому населению. Во-вторых, начавшийся в данный период экономический подъем, позволил увеличить бюджет земств, в том числе и на медицинскую часть. В-третьих, Пермская губерния оказалась в числе 17 регионов, признанных серьёзно пострадавшими от голода 1891 г. и последовавшей за ним холерной эпидемии 1892 г., что заставило медицинский персонал консолидировать свои силы в области здравоохранения. Кроме того, в 1890 г. в полную силу возобновляет свою работу Санитарное бюро Пермской губернии.

Верхняя граница обусловлена трансформацией всех сфер жизни общества в связи с революцией.

Территориальные рамки охватывают Пермскую губернию в ее границах с 1890-х гг. по 1917 г. Выбор данных территориальных границ обусловлен географическим положением губернии одновременно в европейской и азиатской частях России, что накладывало определенный отпечаток на различные аспекты жизни. Так, в начале XIX в. в Пермской губернии, являвшейся главным центром горнодобывающей,

металлургической и металлообрабатывающей промышленности Российской империи, активно развивалась заводская медицина, позволившая охватить широкие слои населения, почти не обсуживавшиеся медиками в других губерниях. Впоследствии заводские медицинские учреждения стали основой для создания земской участковой медицины.

Источниковая база исследования. Исследование в рамках истории повседневности подразумевает изучение достаточно широкого круга вопросов, что обуславливает использование различных по характеру и типам источников. Используемый источниковый комплекс может быть разделен на 6 самостоятельных групп: законодательные и нормативно-правовые акты, делопроизводственная документация, справочно-статистические материалы, периодическая печать, источники личного происхождения и изобразительные источники.

Основой источниковой базы служит совокупность документов из фондов Российского государственного исторического архива (РГИА), Государственного архива Пермского края (ГАПК) и Пермского краеведческого музея, содержащих сведения о состоянии медицины в России и Пермской губернии.

В Государственном архиве Пермского края содержатся фонды не только губернских, но и уездных земских управ. Одним из важнейших фондов для раскрытия проблемы диссертационного исследования является фонд врачебного отделения Пермского губернского правления, в котором собраны документы о медицинском персонале, беспорядках в больницах, о порядке судебно-медицинской экспертизы, количественных изменениях в штате в связи с Первой мировой войной, данные о выпускных экзаменах в фельдшерско-акушерской школе, правила выдачи пособий и т.д.

Первую группу источников составили *законодательные и нормативно-правовые акты*. Наиболее ценным источником является «Врачебный устав» в редакциях 1892 и 1905 гг., содержащий сведения по основным аспектам работы медицинского персонала, и регулирующий отношения внутри

медицинского сообщества. Обращение к источникам данного типа было обусловлено необходимостью проследить действия власти в области реформирования медицинской сферы.

Ко второй группе – *делопроизводственной документации*, относятся по большей части неопубликованные источники, среди которых особо следует выделить переписку центральных органов власти с местными земскими управами, рапорты врачей и уездных исправников о смертности населения, загрязнении воздуха и воды в реках, санитарном надзоре за фабрично-заводскими предприятиями и горными промыслами, незаконных действиях врачей, переписку с губернатором, земскими управами, учебными заведениями, документы о назначении на должности и поощрении врачей, личные дела, именные и формулярные списки служащих отделения, врачей, фельдшеров, провизоров и других медицинских работников, жалобы больных, отчеты различных врачей и многочисленные сметы. В фонде №38 пермского губернского присутствия (ГАПК), хранятся циркуляры МВД, журналы заседания городских дум и земских собраний, сообщения и ходатайства управляющих уездами по вопросам медицины. Эти документы богаты конкретно-детальными сведениями по материально-экономической стороне повседневной жизни медицинских работников. Обширный материал по условиям службы медицинского персонала и устройству больничного дела содержат уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов. В этих документах хорошо прослеживаются проблемы, с которыми чаще всего сталкивались медицинские работники в своей ежедневной деятельности на местах, проблемы того, как теоретические наработки по устройству здравоохранения применялись на практике. Важная информация о допуске разных лиц к врачебной практике, об открытии больниц, медицинских школ, аптек, медицинские отчеты по губерниям и дела о службе врачей, фельдшеров, повивальных бабок, сестер милосердия за 1899-1917 гг. содержится в фонде №1298 управления главного врачебного инспектора МВД (РГИА). При написании раздела, затрагивающего

проблематику сферы образования, в исследовании были использованы материалы фонда №733 департамента народного просвещения (РГИА). В этом фонде содержатся документы высших учебных заведений, дела о высших женских курсах и Женском медицинском институте за 1905-1907 гг., дела о состоянии медицинского образования, о порядке присвоения медицинских, фармацевтических и ветеринарных ученых степеней и званий, о комплектовании медицинских учебных заведений и медицинских факультетов университетов, дела о выпуске и распределении студентов медиков, о профессорах и преподавателях медицинских учебных заведений и о врачах, дела по врачебно-санитарной части учебных заведений: о мерах по улучшению физического состояния учащихся (в том числе преподавание гигиены и гимнастики), медико-санитарные отчеты.

Особый вид организационно-распорядительной документации составляют протоколы и постановления собраний и съездов врачей и фельдшерского персонала. В данном виде источников освещаются практически все проблемы профессиональной повседневности медиков.

В третью группу источников вошли *справочно-статистические материалы*, содержащие информацию о социально-экономической стороне повседневной жизни медицинских работников. Наиболее важным источником данной категории является перепись населения 1897 г., содержащая информацию по семейному положению, полу, возрасту, сословию или состоянию, вероисповеданию, месту рождения, месту приписки, месту постоянного жительства, родному языку, грамотности и занятиям. Обширная информация содержится в фонде №143 врачебного отделения пермского губернского правления (ГАПК), представленная списками врачей по уездам Пермской губернии, делами о выпускных экзаменах в фельдшерско-акушерских школах, списками учениц фельдшерской школы, журналами для записи больных, движению персонала в уездах губернии. Сложность в работе с данными из источников этой группы заключается в их эпизодичности (документы представлены за

выборочные годы) и в расхождении информации по одним и тем же вопросам в различных источниках. Особо это коснулось оценки количественной характеристики штата медицинского персонала губернии.

Одну из основных групп источников исследования составляет *периодическая печать*. Значительный материал содержится в периодических изданиях городских самоуправлений, в первую очередь во «Врачебно-санитарной хронике Пермской губернии», а также в специальных медицинских журналах и газетах, таких как «Общественный врач», «Практический врач», «Врач» и «Фельдшерский вестник». Наиболее важную роль источники данной группы играют при изучении общественной деятельности как части профессиональной повседневности медицинских работников. Главная особенность медицинской периодики, заключающаяся в том, что авторами значительной части материалов были представители самого медицинского сообщества, позволила проследить за изменениями в отношении медиков к общественной активности. Кроме того, медицинская периодика фиксирует не только фактический материал, часто нигде более не встречающийся, но также включает в себя необработанную первичную социальную реакцию на происходящие события.

В пятую группу источников выделены *источники личного происхождения*. В особенности следует отметить фонд №598 доктора медицины и общественного деятеля Серебренникова Павла Николаевича (ГАПК), в котором содержатся дневниковые записи на медицинские темы, в том числе и сведения о числе пациентов Александровской губернской земской больницы и Пермской психиатрической лечебницы, письма, телеграммы П.Н. Серебренникова Е.М. Буториной, М.П. Вишневецкому, А.М. Кирпищникову, Ф.А. Теплоухову, второй жене А.С. Серебренниковой, переписка с редакцией еженедельника «Медицинская неделя», тетрадь записей Е.П. Серебренниковой о глазных болезнях.

Источники личного происхождения дают представление о профессиональной повседневности медицинских работников на уровне

представлений отдельно взятой личности, что позволяет рассмотреть повседневность на микроисторическом уровне, увидеть мотивацию, интересы и эмоциональные переживания конкретных людей. Однако, данный вид источников характеризуется высокой степенью субъективности и избирательности.

Шестая группа источников – *изобразительные*, куда входят чертежи и планы больниц, планы перестройки домов врачей и фельдшеров, карты врачебных участков. Планы квартир, зданий фельдшерских школ, чертежи перестройки квартир для фельдшерского персонала и чертежи участковых больниц представлены в фонде №716 архивной коллекции картографических документов (ГАПК). В фонде № ф-38 пермского отделения всесоюзного общества охраны памятников истории и культуры (ГАПК) содержатся фотографии корпусов Александровской земской губернской больницы, ее главврача и сотрудников. Обширный материал представлен в фонде №279 пермской губернской чертежной межевой комиссии и пермского земельно-устроительного отряда (ГАПК). Источники данной группы позволяют увидеть непосредственное физическое пространство повседневности медицинских работников, а также особенности облика работника сферы здравоохранения.

Совокупность привлеченных источников позволила рассмотреть вопросы истории повседневности медицинских работников Пермской губернии с различных ракурсов. Изучение законодательных актов в совокупности с делопроизводственной документацией по тем же вопросам позволило раскрыть соотношение теории (законодательства) и сложившейся правоприменительной практики. Симбиоз делопроизводственной документации (в частности протоколов заседаний съездов врачей Пермской губернии) и периодической печати как исторического источника позволяет глубже изучить механизмы взаимодействия медицинского сообщества с государственными структурами, раскрыть реакцию обеих сторон, осуществить анализ различных вопросов повседневной профессиональной

деятельности медиков, в т.ч. условий труда и привычных поведенческих практик.

Используя разные по степени своей достоверности источники и сталкиваясь с расхождением в данных (особенно это касается источников 2 и 3 групп), важно было провести процесс верификации путем сравнения данных из различных групп источников, что стало возможным только благодаря использованию широкого корпуса источников.

Одним из основных недостатков большинства источников является их тенденциозность – освещение того, как должно было быть в идеале (особо это касается отчетов и нормативно-правовых актов). Поэтому особое внимание было отведено тем документам, которые составлялись самими медиками для личных целей или нужд медицинского сообщества.

Методологической основой исследования является сочетание нескольких подходов. Во-первых, исследование базируется на историко-антропологическом подходе, ориентированном на обращение к опыту каждого отдельно взятого человека или конкретной социальной группы, что позволяет более детально увидеть и проанализировать исследуемые вопросы. Кроме того, антропологический подход позволяет глубже изучить межличностные и межгрупповые взаимодействия.

Во-вторых, выделение в качестве предмета исследования сферы повседневности обусловило обращение к такому направлению как история повседневности, подразумевающей сочетание разных масштабов исследования – макро- и микроисторического. Использование макро- и микроподходов позволяет дать более объективную оценку исторической реальности. Микроподход обеспечивает пристальное изучение повседневности, представляя ее в субъективных деталях, присущих конкретным лицам или же медицинским учреждениям. Рассмотрение истории повседневности на макроуровне и широкое применение сравнительных методов дало возможность получить объективные данные и улучшить показатели репрезентативности.

Актуально в данной работе обращение к понятию «повседневность». История повседневности как предмет первоначально изучалась только лишь в рамках западной философии культуры. Впервые термин «повседневность» начинает употребляться еще в эпоху Нового времени в работах М. Монтеня³⁵, и обозначает у автора повторяющиеся стандартные, заурядные и удобные для человека моменты существования.

В философском направлении, сформированном А. Бергсоном, В. Дильтеем и Г. Зиммелем, получившим название «философии жизни», основной упор делается на нерациональных структурах сознания.

В трудах Г. Зиммеля³⁶ дается негативная оценка повседневности. Рутинная повседневная жизнь противопоставляется приключениям как моментам наивысшего напряжения сил и остроты переживания, которые существуют независимо от повседневности, являясь отдельными фрагментами пространства и времени, где действуют иные законы и критерии оценки.

Э. Гуссерль³⁷ формулирует понятие повседневности, как категории жизненного мира – значимого для человека мира первоначальных истин, очевидностей, конституируемых в деятельности трансцендентальной субъективности.

Немецкий философ М. Хайдеггер³⁸ в своих работах отделяет научное бытие от повседневного, представляющего собой вне-научное пространство собственного существования, и вводит понятие «недостойного уровня существования», который выражается в наполнении повседневной жизни человека хлопотами по поводу воспроизводства, где человек представлен не как мыслящее существо, а лишь как живущее.

А. Щюц³⁹ трактует повседневность как сферу человеческого опыта, в

³⁵ Монтень М. Опыты. Избранные произведения в 3-х томах. Том 3. Пер. с фр. М.: Голос, 1992. – 416 с.

³⁶ Зиммель Г. Избранные труды. М., 2006. – 440 с.

³⁷ Гуссерль Э. Кризис европейского человечества и философии // Собр. соч. Т.1. М., 1994. – 162 с.

³⁸ Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления. М., 1993. – 448 с.

³⁹ Щюц А. Структура повседневного мышления // СоцИс. 1988. №2. С.129-137.

которой можно выделить особую форму восприятия и осмысления мира.

Сферу повседневности как методологически обоснованный объект исторического исследования открыла «школа Анналов», возникшая как реакция на обозначившийся в 30-х гг. XX в. кризис исторической науки.

В 70-е гг. XX в. в методологии начинает активно развиваться нарративная история (историческое повествование). В рамках данного направления происходит изменение угла исторических исследований с макроистории в сторону микроистории – нарратива повседневной жизни «маленьких» людей, в которой находит свое отражение специфика целой эпохи.

Среди работ отечественных ученых можно выделить исследования Ю.М. Лотмана, Б.В. Маркова, Г.С. Кнабе, В.Д. Лелеко, Л.В. Беловинского, В.Н. Сырова, Е.В. Золотухиной-Аболиной.

Одним из основных отличий отечественных исследований является национальная специфика, заключающаяся в более детальном изучении социально-бытовых массовых проявлений жизни народа.

Б.В. Марков⁴⁰ описывает повседневность как совокупность стереотипов, правил, привычек, мышления и переживаний людей, а также их поведения и деятельности, регулируемой социальными нормами и институтами.

В работе «Пространство повседневности в европейской культуре» В.Д. Лелеко⁴¹ повседневность рассматривается с позиций культурологии. Так повседневная жизнь предстает как пространственно-временной континуум, наполненный событиями и вещами, а ее структура представлена в виде иерархически расположенных уровней и секторов, развертываемых во временном и пространственном измерениях.

Л.В. Беловинский⁴² выделяет в повседневности различные уровни, и

⁴⁰ Марков Б.В. Храм и рынок. Человек в пространстве культуры. СПб., 1999. – 304 с.

⁴¹ Лелеко В.Д. Пространство повседневности в европейской культуре. СПб., 2002. – 320 с.

⁴² Беловинский Л.В. Культурно-исторические аспекты повседневности: содержание, структура и динамика. дис. ... докт. ист. наук. М.: РГГУ, 2003. – 344 с.

включает в ее структуру религиозность, праздники и досуг.

В работе В.Н. Сырова⁴³ повседневность представляется особым кодом, возникающим в сознании индивида при необходимости практического решения проблем.

Г.С. Кнабе⁴⁴ в монографии «Диалектика повседневности» дает определение повседневной жизни как «неотчужденной духовности», тем самым возвышая повседневное бытие человека.

Наиболее полный анализ повседневности в отечественной науке представлен у Е.В. Золотухиной-Аболиной, посвятившей данной проблеме целый ряд работ⁴⁵. Термин «повседневность» в ее исследованиях имеет несколько значений: в первую очередь, это эмпирическая жизнь, отражающая пребывание человека в мире чувственно-материального; также, повседневность можно рассматривать как стандартизированный и нормированный срез эмпирической жизни, мир циклов, правил и стереотипов; и наконец, повседневная жизнь включена в сферу согласованных действий, особого поведения, при котором все люди взаимосвязаны друг с другом и интерпретируют мир вместе.

Как показано выше, в исторической науке на сегодняшний день так и не сложилось единого мнения на данный счет.

Нами были рассмотрены три характеристики профессиональной повседневности: быт, экономические и социокультурные факторы и общественная деятельность как самостоятельная характеристика профессиональной повседневности. Официальное пространство профессиональной повседневности – пространство больниц и медицинских учреждений.

В последнее время стало распространенным выделение бытовой и производственной составляющих повседневности, но в нашем исследовании

⁴³ Сыров В.Н. О статусе и структуре повседневности (методологические аспекты) / http://siterium/trecom.tomsk.su/Syrov/s_text11.htm.

⁴⁴ Кнабе Г.С. Диалектика повседневности // Материалы к лекциям по общей теории культуры и культуре античного Рима. М., 1993. – 522 с.

⁴⁵ Золотухина-Аболина Е.В. Повседневность: философские загадки: Киев, 2006. – 143 с.

понятие «быт» не противопоставляется понятию производства, так как, основываясь на данных по количеству трудовой нагрузки, повседневная бытовая жизнь медиков практически полностью была включена в их рабочее время.

«Бытовая» составляющая профессиональной повседневности включает в себя ежедневные обстоятельства и условия работы, мотивацию труда, реакцию медперсонала на окружающую обстановку и происходящие события, отношения различных категорий работников друг с другом и с пациентами.

Под экономическими и социокультурными факторами подразумевается сфера медицинского образования и его влияние на профессиональную повседневность медицинского персонала, и такие социально-экономические особенности как уровень оплаты труда и социальные гарантии (пенсии, страхование жизни).

Изучение области общественной деятельности предполагает рассмотрение вопросов, касающихся создания общественных организации и участия медперсонала в развитии медицинской печати.

Таким образом, категория профессиональной повседневности понимается нами, как внутренний мир больничного пространства, уклад жизни медицинских работников в рабочее время, их некие поведенческие стереотипы, связанные как с их индивидуальностью, так и с внутригрупповыми особенностями медицинского сообщества.

Исследование проводится в рамках социальной истории, с позиции которой медицинский персонал выступает как особая социальная группа, имеющая свои специфические интересы и потребности. Рассматриваемый период характеризуется усилением борьбы за свои права и свободы отдельных групп. Наиболее ярко процесс перехода к новым ценностям проявился в среде врачей, впоследствии оказавших влияние на подчиненный им средний и младший медицинский персонал.

Для более глубокого изучения истории профессиональной

повседневности в работе были использованы конкретно-исторические методы – историко-генетический и историко-сравнительный, позволяющие выходить за рамки констатации отдельных фактов и индивидуальных свойств к раскрытию системы связей и отношений между ними.

С целью осуществления комплексного исследования истории профессиональной повседневности медицинского персонала в работе были применены общенаучные методы – критический анализ, сравнение и обобщение полученных результатов, на основе которых была сформулирована проблема исследования и осуществлена классификация исторических фактов.

Для работы со статистическим материалами были использованы количественный и статистический методы. Статистический метод широко использовался в ходе анализа основных показателей деятельности земских учреждений, куда вошли бюджеты земств и кадровые (количественные) изменения штата медицинских работников.

Исследование основано на принципах научной объективности и историзма, что предусматривает рассмотрение истории профессиональной повседневности медицинского персонала Пермской губернии в контексте общероссийских и мировых тенденций, и дает возможность изучения каждого явления в совокупности его положительных и отрицательных сторон.

Научная новизна исследования.

Работа представляет собой специальное исследование истории медицинских работников Пермской губернии в контексте истории повседневности.

Благодаря привлечению широкого круга источников были определены основные повседневные практики работников сферы здравоохранения в изучаемый период. Выбранные хронологические рамки исследования позволили в динамике рассмотреть процессы, протекавшие внутри медицинской корпорации на фоне происходивших трансформаций общества

и государственного устройства на рубеже XIX-XX вв., а также раскрыть основные тенденции в развитии этих процессов.

Исследование в парадигме микроистории позволило выявить существенные различия не только в социальном составе и материальном положении различных категорий медицинского персонала, но и в личностных стремлениях и мотивации труда. В научный оборот введен значительный массив сведений периодических изданий и дан анализ содержания основных городских врачебно-санитарных печатных изданий.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что использованные в нем материалы, положения и выводы дают возможность реконструировать историю повседневной жизни медицинских работников Пермской губернии с различных, ранее нигде не рассматривавшийся ракурсов. Результаты данного исследования способствуют расширению научного знания в области истории повседневности медицинских работников в рассматриваемый период.

Научно-практическая значимость работы заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы для разработки специального курса по проблемам изучения сферы быденной жизни для обучающихся гуманитарных специальностей. Полученные фактические данные и теоретические положения могут быть применены при разработке учебно-методических комплексов, образовательных модулей и учебных пособий по истории, краеведению, культурной антропологии и микроистории для учреждений высшего, среднего профессионального и общего образования.

Научная достоверность и апробация результатов исследования. Научная достоверность результатов исследования определяется привлечением обширного круга исторических источников. Основную источниковую базу исследования составили архивные материалы фондов Государственного архива Пермского края (ГАПК), фонды Пермского краеведческого Музея и фонды Российского государственного исторического

архива (РГИА). Изучение и анализ использованного комплекса источников с учетом современных методологических подходов позволили сформулировать основные выводы диссертации. Основные положения и результаты диссертационного исследования представлены в научных публикациях и докладах международных конференций, на всероссийских и региональных конференциях – в Перми, Казани, Томске. Основные положения диссертации отражены в 9 публикациях, из которых 4 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Бытовая организации профессиональной повседневности медицинских работников Пермской губернии носила преимущественно негативный характер: широкий круг разнообразных обязанностей, ненадлежащее обустройство рабочих мест, ненормированный рабочий день.
2. Особое влияние на профессиональную повседневность оказала Первая мировая война, обострившая вопрос с дефицитом медицинских кадров в Пермской губернии, и усугубившая и без того тяжелые условия труда.
3. Проблемы в области высшего, среднего и дополнительного медицинского образования в Пермской губернии отражали общероссийские тенденции: учебные заведения высшего медицинского образования на территории губернии отсутствовали (до 1916 г.), зарубежные и столичные стажировки по повышению квалификации для основной массы медперсонала были труднодоступны.
4. Социально-экономическими особенностями профессиональной повседневности медицинских работников стали более высокий по сравнению с другими регионами средний уровень зарплат, и развитая система страхования.
5. В рассматриваемый период общественная активность занимала

ведущее положение в структуре профессиональной повседневности медиков. Ее основными формами являлись участие в работе общественных организаций и союзов и деятельность в области печати.

- б. Медицинское сообщество сыграло ведущую роль в становлении и развитии периодической печати в России, первым начав массовое издание профессиональных медицинских печатных периодических изданий.

Структура работы.

Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и литературы и 12 приложений.

Глава 1. Больничное пространство как основа профессиональной повседневности медицинского персонала Пермской губернии в 1890-е – 1917 гг.

1.1. Развитие медицинской помощи в Пермской губернии в 1890-е – 1917 гг.

Для того чтобы лучше понять особенности профессиональной повседневности медицинского персонала, необходимо определить контекст, в котором она развивалась. В данном случае под контекстом понимается организация медицинского дела, устройство сети медицинских учреждений, основные структуры и подразделения, созданные для оказания медицинской помощи, а также непосредственно сам штат медицинского персонала.

В дореформенный период и на начальном этапе введения земского самоуправления врачебное управление на местах в губерниях и областях включало в себя пять структур, куда входили управление сельской врачебной частью, управление различных больничных заведений и минеральных вод, комитеты общественного здоровья, оспенные комитеты и карантинные управления⁴⁶.

Каждое подразделение имело свои функции и обязанности, закрепленные за определенными лицами и ведомствами. Структура сети различных больничных заведений строилась на основании ведомств прикрепления: больницы, состоящие под Высочайшим покровительством, военные госпитали сухопутного и морского ведомств, больницы общественного призрения и частные лечебные заведения.

После земской реформы 1864 г., в губерниях, где были образованы

⁴⁶ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 2. Устав медицинской полиции. С. 2.

земства, и работа по оказанию медицинской помощи населению была отдана в их компетенцию. Так как врачебные управы и комитеты общественного здоровья накануне реформы представляли собой сугубо бюрократические учреждения, то дела в сфере медицинского обслуживания находились в удручающем состоянии. Все больничное имущество досталось земствам в наследство от приказа общественного призрения и ведомства по городской и сельской части. На долю земств выпала роль по реорганизации и реконструкции медицинских учреждений.

Практически сразу работа в сфере медицины была разграничена между губернскими и уездными земствами. На губернские земства легли обязательства по содержанию губернских больниц, психиатрических лечебниц, фельдшерских и акушерских школ, а также организация работы съездов и меры в области санитарии. Уездные земства взяли на себя содержание больниц в уездных городах и всю работу, связанную с сельской медициной и оспопрививанием.

В начале 90-х гг. XIX в. начинают намечаться тенденции централизации полномочий в руках губернских земств, однако стремления уездных земств к независимости и их нежелание делить свой бюджет с другими уездными земствами оказываются сильнее, и единственным компромиссом становится совместная работа в области оспопрививания и устройства санитарной организации.

Вне поля зрения земств оставалась фабрично-заводская медицина, обязанности по которой были возложены на фабрикантов. В Пермской губернии дела в данной области обстояли не лучшим образом. Земско-заводские и заводско-земские врачи представляют наиболее интересную и, как отмечает Т.Ю. Шестова, уникальную группу врачей, существовавшую только на территории Пермской губернии⁴⁷. Такой симбиоз возникал в случае слабости одной из сторон: земские врачи в местностях, где не было

⁴⁷ Шестова Т. Ю. Становление и развитие здравоохранения Урала в XVIII - начале XX вв.: дис. ... докт. Ист. наук. Пермь, 2004. С. 214.

заводских участков при наличии заводов, были вынуждены брать на себя работу заводских врачей и обслуживать рабочих, и, наоборот – в заводских участках при отсутствии земских организаций, врачи заводов лечили и местное не заводское население.

Земства стали создавать новую модель оказания медицинской помощи – участковую земскую медицину, основанную на стационарной системе обслуживания населения, пришедшей взамен разъездной системы. Новая организация заключалась в делении уездов на участки (от 4 до 5 в зависимости от размеров уезда) с больницей в центре каждого участка.

Пермская губерния в период с 1890 по 1917 гг. была разделена на 12 уездов, включавших в себя 106 участков земских начальников, 41 стан, 484 волости, 3180 сельских обществ, 12760 селений и 430000 крестьянских дворов. В 1890 г. в губернии насчитывалось 63 врачебных участка, в 1910 г. – 114⁴⁸, а к 1916 г. их количество возросло более чем в два раза с начала рассматриваемого периода, достигнув 144⁴⁹, незначительно уменьшившись в сравнении с довоенным 1914 г., когда участков было 155⁵⁰. Кроме того, в 1910 г. в губернии насчитывался 201 самостоятельный фельдшерский пункт⁵¹.

В Пермской губернии в 1916 г. преобладали земские врачебные участки, количеством 90 против 54 заводских, заводо-земских и земско-заводских вместе взятых. При этом в процентном соотношении в западной европейской части губернии, состоявшей из 7 уездов, доля земских врачебных участков была равна 70% (56 против 24), в то время как в восточной азиатской части, где располагалось 5 уездов, процентное соотношение было почти на треть ниже – 53% (34 земских участка на 30

⁴⁸ Основные данные характеристики земской медицины в 1910 г. // Общественный врач. 1913. №7. С.798.

⁴⁹ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 369-378.

⁵⁰ Там же. С. 359-368.

⁵¹ Основные данные характеристики земской медицины в 1910 г. // Общественный врач. 1913. №7. С.798.

заводских, заводо-земских и земско-заводских)⁵².

Согласно карте распределения земских врачебных участков Пермской губернии, составленной первым санитарным врачом России доктором И.И. Молессоном, в 1887 г. на территории губернии располагались бывшие больницы всех ведомств, за исключением больниц, состоящих под Высочайшим покровительством. К 1890 г. в губернии имелись земские, заводские, земско-заводские и думские больницы общественного призрения, приюты для душевнобольных, родильные покои и фельдшерские приемные покои (земские, заводские и железнодорожные)⁵³.

В 1896 г. в Пермской губернии насчитывалось 172 лечебных учреждения, рассчитанных на 3412 стационарных больных. Из этого числа к земским относилось 61 учреждение на 1959 больных, к городским – 2 на 154 больных, к тюремным – 13 на 200 больных, к фабричным и заводским – 67 на 825 больных, к учреждениям частных лиц и обществ – 4 на 23 больных, к военным – 2 на 75 больных, к больницам других ведомств – 7 на 98 кроватей⁵⁴. Из больниц наиболее крупной была Пермская губернская Александровская земская больница, которая могла вместить более 300 больных. Её содержание в 1891 г. стоило земству 57 402 руб., а в 1911 г. уже в три раза больше – 162573 руб.⁵⁵ В приюте душевнобольных, также содержавшемся губернским земством при этой больнице, располагалось 315 кроватей, что ежегодно обходилось земству еще в 67 896 руб.⁵⁶ Кроме того, на земле губернского земства в 1897 г. была построена бактериологическая станция с конюшней с целью получения сыворотки для прививок, а также дом для животных, служивших объектами научных экспериментов. Эти три здания обошлись земству приблизительно в 23 000 руб.⁵⁷

⁵² Приложение № 3.

⁵³ Ф. 143. Оп. 1. Д 1451. Л.1.

⁵⁴ Пермская губерния // Энциклопедический словарь. Репринт. Воспроизведение изд. Ф.А. Брокгауз – И.А. Ефрон. 1890 г. М., 1992. Т. 45. С. 333.

⁵⁵ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914. С. 28.

⁵⁶ Пермская губерния // Энциклопедический словарь. Репринт. Воспроизведение изд. Ф.А. Брокгауз – И.А. Ефрон. 1890 г. М., 1992. Т. 45. С. 333.

⁵⁷ Там же. С. 333.

К структурам, существовавшим также за счет губернского земства, относились Санитарное бюро, институт санитарных и эпидемиологических врачей, Крымский санаторий и приют для детей.

Одной из наиболее важных задач губернского земства в рассматриваемый период стала задача организации санитарного дела на территории губернии. В 1870 г. первым губернским земским собранием Пермской губернии было учреждено Санитарное бюро. Деятельность Санитарного бюро и института санитарных и эпидемиологических врачей неразрывно связана с именем доктора И.И. Моллесона, приглашенного на службу в Пермскую губернию в 1872 г. ввиду не снижающихся из года в год одних из самых высоких показателей смертности в России. С приходом И.И. Моллесона на должность санитарного врача в г. Перми была учреждена особая санитарная комиссия, состоявшая из местных земских врачей. В программу деятельности комиссии входила экспертиза по специальным медицинским вопросам и учет медико-статистических данных. Но уже к 1873 г. в результате конфликта, возникшего между земскими деятелями и врачами, должность санитарного врача была упразднена, а санитарная комиссия расформирована⁵⁸. Только в 1890 г. было решено вновь вернуться к идее Санитарного бюро, которое с этого момента стало именоваться Медико-статистическим (прежнее название ему вернули в 1903 г.). В своей деятельности бюро руководствовалось программой, выработанной 4 съездом врачей Пермской губернии, и вело не только медико-статистическую работу, но и переписку губернской управы по вопросам земско-медицинского дела в губернии. С 1895 г. бюро стало ежегодно издавать «Санитарные обзоры Пермской губернии», в программу которых входили данные по движению населения. С введением в 1902 г. во всех уездах губернии карточной системы регистрации инфекционных заболеваний, бюро стало издавать еще и «Обзоры заразных заболеваний». С 1892 по 1907 гг. издавался «Эпидемиологический листок», в 1908 г. реорганизованный в ежемесячный

⁵⁸ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 11-12. С. 639.

журнал «Врачебно-санитарная хроника». С 1907 по 1909 гг. должность заведующего бюро была вакантна, а его штат составляли только делопроизводитель с помощницей и счетчица, т.е. в данный период бюро представляло, по сути, просто медицинский стол при губернской управе. Компетентного врача, который согласился бы возглавить бюро за вознаграждение в 2400 руб. в год, удалось найти только к середине 1909 г. Им стал И.К. Кондорский, взявший на себя еще и работу редактора «Врачебно-санитарной хроники». Продолжительное отсутствие заведующего неблагоприятно отразилось на работе бюро. Постановления губернского собрания не исполнялись, медико-статистический материал разрабатывался с допущением ошибок, так как в бюро не было ни одного человека с медицинским образованием и знанием латинского языка, получаемый карточный материал не записывался, а из библиотеки пропало множество изданий и еще столько же книг оказались испорчены⁵⁹. Таким образом, деятельность Санитарного бюро пришлось налаживать сначала.

В 1914 г. штат Санитарного бюро Пермского губернского земства уже состоял из заведующего врача, делопроизводителя, его помощника, двух счетчиц, одной машинистки и четырех счетчиц-фельдшериц для разработки карточного материала по общей заболеваемости⁶⁰. Бюро снабжало врачей губернии специальной литературой по разным вопросам общественно-санитарного характера, редактировало все издания санитарной организации и издавало «Врачебно-санитарную хронику Пермской губернии». Медико-санитарная деятельность бюро заключалась в разработке и сборе статистического материала, его учете, сводке данных о деятельности медицинского персонала губернии и разработке индивидуальных карточек по общей и эпидемиологической заболеваемости.

Изначально санитарные и эпидемиологические обязанности были

⁵⁹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №. 10. С. 45-46.

⁶⁰ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 46 очередной сессии по вопросам и ходатайствам по санитарной части// Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №. 11-12. С. 643.

сосредоточены в руках одного врача. И только в 1910 г. было принято решение видоизменить санитарно-эпидемиологическую организацию, отделив санитарную работу от задач по борьбе с эпидемиями. Совмещение влекло за собой нарушения в работе: начиная вести санитарную работу, врач зачастую должен был отвлекаться на устранение эпидемий, что отодвигало на задний план решение вопросов санитарии. В виду недостатка подготовленного санитарного персонала и материальных возможностей земства, предлагалось ограничиться приглашением на службу всего 4 санитарных врачей⁶¹. Но высокие показатели смертности в губернии вынудили земство взять на службу 12 санитарных врачей, по одному на уезд, в обязанности которых входил исключительно санитарный контроль в уездах⁶². Кроме того, с 1910 г. на службе в земстве в обязательном порядке должно было состоять не менее двух эпидемиологических врачей для немедленных командировок в случае надобности в те или иные уезды.

Помимо института санитарных и эпидемиологических врачей в Пермском губернском земстве функционировал губернский санитарный совет, куда входили председатель и члены губернской земской управы, городской глава и губернские земские гласные, избираемые губернским собранием на три года в количестве 6 человек, старший врач Александровской больницы или его заместитель, все санитарные врачи губернии, 4 земских врача по выбору губернского съезда, и заведующие санитарным и ветеринарным бюро губернской управы⁶³. В ведении совета находились все вопросы по организации санитарно-эпидемиологической работы в губернии.

В 1908 г. губернским съездом врачей в г. Перми было принято решение отделить городскую санитарную медицину от уездной⁶⁴. Это было сделано по двум причинам: во-первых, социальные условия жизни города и деревни

⁶¹ Постановления 40 очередного Пермского губернского земского собрания по медицинской и санитарной части// Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 1. С. 4.

⁶² Там же. С. 8.

⁶³ Там же. С. 10.

⁶⁴ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 5. С. 50.

были совершенно различны, и санитарно-эпидемический врач уезда не всегда был компетентен в делах городской санитарии, а во-вторых, в уезде у врача было настолько много обязанностей, что он просто физически не мог справиться еще и с обязанностями по городской санитарии.

Таблица 1

**Штат врачей Пермской губернии в зависимости от места службы
на 1 января 1915 г.⁶⁵**

	Пермь	Пермский	Екатеринбургский	Верхогурский	Ирбитский	Камышловский	Краснофимский	Кунгурский	Осинский	Оханский	Соликамский	Чердынский	Шадринский	итого
Земские	18	11	17	11	7	10	10	7	5	5	3	5	7	116
Заводские		9	7	7						2	5			30
Земско-заводские		1		1										2
Железнодорожные	1	2	6	2		2		2		1	1		1	18
Вольнопрактикующие	7		14				2	1			1			25 (до войны 38)
Городские	2		4		1	1		1			1	1	1	12
Санитарные		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Из них женщин-врачей	5	8	12	2	3		1	3	2	4	4	1	2	47
Докторов медицины	3													3
Всего врачей														215

Как видно из Таблицы 1 только 25 из 215 врачей Пермской губернии вели собственную практику. Ежегодно Министерство внутренних дел составляло общий список всех врачей в стране, имеющих право на практику, чтобы избежать ситуаций, когда медицинская помощь могла быть оказана

⁶⁵ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 1400. Л. 5.

людьми без соответствующего образования. Данные списки доставлялись во все аптеки, которые в случае отпуска лекарств по рецептам врачей, не указанных в списках, подвергались взысканиям. Врачи, желавшие вести медицинскую практику, обязаны были доложить об этом местному врачебному управлению с предоставлением письменных доказательств своего звания. В уездах достаточно было заявить о желании вести практику местному врачу, состоявшему на службе в уездном земстве, который уже в свою очередь должен был передать копию диплома в управу и уведомить ближайšie аптеки о беспрепятственности к отпуску лекарств по рецептам этих врачей⁶⁶.

Организация частных лечебных заведений врачами или же под их управлением в случаях, когда от государства не требовались ни денежные пособия, ни какие-либо преимущества на способы содержания (устройство лотерей, благотворительных публичных концертов и балов), разрешалось с обязательством состоять под надзором медицинского начальства⁶⁷. В иных же случаях требовалось каждый раз испрашивать Высочайшее разрешение через кабинет министров. На частные деньги в Пермской губернии была построена Елизаветинская больница акционерного общества «Платина» в Верхотурском уезде⁶⁸.

В структуру местного врачебного управления вошли и комитеты общественного здоровья, созданные еще в 1852 г. и подразделявшиеся на губернские и уездные. Целью их создания было «ограждение народного здоровья» от всего, что могло иметь вредное действие, в особенности от инфекционных болезней, а также болезней, вызывавших падеж домашнего скота. После земской реформы во многих губернских городах фактические обязанности комитетов общественного здоровья перешли на общие

⁶⁶ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 1. Учреждения врачебные. С. 18.

⁶⁷ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 1. Учреждения врачебные. Разд. 3. С. 53.

⁶⁸ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 360.

присутствия губернских правлений. Согласно Врачебному Уставу от 1892 г. уездные комитеты были сохранены и состояли из местных начальников по каждому управлению: из уездного предводителя дворянства, уездного исправника, полицеймейстера, уездного или городского врача, городского главы и старшего в городе духовного лица. К участию в заседаниях уездных комитетов приглашались все желающие врачи, управляющие имений, арендаторы, духовные лица разных вероисповеданий и другие лица, полезные «общему делу своими познаниями и влиянием»⁶⁹. Уездные комитеты обязаны были немедленно доносить получаемые ими сведения о случаях выявления инфекционных болезней в соседние уездные комитеты и губернскому правлению. Все уездные комитеты общественного здоровья губернии собирались на заседания для принятия общих мер по охране народного здоровья. Кроме того, в Пермской губернии были организованы и городские комитеты. О взаимоотношениях между городскими и земскими комитетами можно говорить лишь в отношении г. Перми и г. Екатеринбурга, так как в остальных городах не было крупных учреждений, и местные врачи принимали участие в работе комитетов только в объединенных земско-городских организациях. В г. Перми в губернские земские коллегиальные врачебные органы и в губернский комитет входили представители городского комитета и врачи городского союза. Сведения о деятельности Пермского городского комитета представлялись его делегатом, в губернском же комитете не имелось данных о составе и деятельности городского комитета. Однако время от времени, городская управа созывала совещания по вопросам эпидемического характера, на которые приглашался врач, заведующий земским Санитарным бюро и старший врач губернской земской больницы⁷⁰. В Екатеринбурге работа городского, уездного и губернского комитетов велась параллельно и не была согласована даже в отношении взаимного оповещения о деятельности в интересах общего дела.

⁶⁹ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 2. Устав медицинской полиции. Разд. 1. С. 99.

⁷⁰ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 11-12. С. 755.

Поставленная перед комитетами цель по охране народного здоровья должна была достигаться путем распространения в народе понятий о способах профилактики болезней людей и домашних животных. В качестве средств достижения цели, в первую очередь, использовались губернские ведомости, где публиковался весь специально разработанный материал. Кроме того, велась работа по созданию брошюр и листовок для бесплатной раздачи всем желающим, в особенности духовенству, для распространения среди прихожан.

В 1915 г. Пермский губернский комитет помимо прочих обязанностей, принял в свое ведение вопросы, связанные с оказанием помощи беженцам, поступавшим в губернию. В состав Пермского губернского комитета входили губернские гласные Н.А. Вармунд, А.П. Гаврилов, И.Н. Темников, представитель уездной управы А.М. Кирпищиков, городской глава П.А. Рябинин, врачи И.К. Курдов и А.Н. Попов⁷¹.

В сфере деятельности губернских и уездных земств находились вопросы по оспопрививанию населения. Работа в данной области была возложена на губернские и уездные оспенные комитеты, по своему составу совпадающие с комитетами общественного здравия. В губернских городах оспенные комитеты находились под председательством губернатора и состояли из вице-губернатора, управляющего казенной палатой, одного члена со стороны духовенства, городского главы или одного представителя купечества по избранию общества, и начальника местного врачебного управления. В уездных городах оспенные комитеты состояли из уездного предводителя дворянства, благочинного протоирея, уездного исправника, полицеймейстера, уездного врача и городского главы. Членам оспенных комитетов не выплачивалось никакого дополнительного жалования, за исключением случаев, когда они достигали особого успеха в борьбе с оспой на подотчетной им территории вплоть до полного ее исчезновения, тогда они могли рассчитывать на «признательность правительства», заключающуюся в

⁷¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 1. С. 1.

денежном вознаграждении и внесении их имен в публичные ведомости⁷².

Оспенные комитеты вели учет детей, не переболевших оспой, осуществляли надзор за оспопрививателями и уровнем их образования, следили за процессом прививания всех без исключения детей и обеспечивали оспопрививателей необходимым инвентарем и материалами для прививок.

Губернские комитеты подчинялись непосредственно Министерству внутренних дел, а уездные – губернским. Раз в полгода уездные комитеты предоставляли сведения о числе привитых детей в губернские комитеты, где последние составляли общую по всей губернии ведомость и отчитывались перед Медицинским департаментом Министерства внутренних дел.

Законодательно все вышеописанные управления и учреждения находились в подчинении у врачебного отделения губернского правления, состоявшего из губернского врачебного инспектора, его помощника, фармацевта и делопроизводителя с помощником. Губернскому врачебному правлению должны были подчиняться все городские и уездные врачи, уездные фельдшеры, лекарские ученики, повивальные бабки и все лица, занимавшиеся вольной медицинской практикой в губернии. Врачебное отделение Пермского губернского правления было создано в 1865 г. и находилось в ведении МВД, до 1904 г. подчинялось Медицинскому департаменту, а после 1904 г. – Управлению главного врачебного инспектора. На законодательном уровне в обязанности правления входил надзор за медицинскими учреждениями и школами, санитарный надзор по губернии, а с 1914 г. еще и размещение раненых воинов, и закупка медикаментов.

Помимо главной своей цели, состоящей в оказании помощи всем нуждающимся, на правление были возложены обязанности по составлению физического и топографического описания губернии с подробным перечнем

⁷² Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 2. Устав медицинской полиции. Разд. 3. С. 131.

всего, что входило во врачебную часть⁷³. Несмотря на обширное описание, которое закон давал обязанностям губернского правления, дел у правления, за исключением разбора жалоб на действия других учреждений и отмены их решений, было немного. Медицинской частью в действительности занимались земства.

В каждой губернии на службе в обязательном порядке должны были состоять уездные врачи минимум по одному на каждый уезд, ветеринарные врачи и их помощники, число которых определялось штатом и особыми положениями, и уездные фельдшеры. На основании особых положений на службе состояли и врачи в городах.

К 1 июля 1890 г. в России всего насчитывалось 12112 врача-мужчины и 409 женщин⁷⁴. Из них гражданских врачей – 79%, военных – 21%. Гражданские врачи подразделялись на следующие категории: профессора и частные преподаватели (1,94%), врачебные инспекторы с помощниками (1,35%), уездные и окружные врачи (5,55%), сельские (2,04%), земские (14,29%), городские, думские и санитарные (4,56%), врачи при больницах и богадельнях (10,39%), при учебных заведениях (2,19%), фабричные и заводские врачи (2,32%), вольнопрактикующие (25,34%) и не занимающиеся практикой (2,43%).

По специальности врачи распределялись так: терапевты составляли 10%, хирурги – 3,6%, акушеры и гинекологи – 7,9%, окулисты – 2%, психиатры и невропатологи – 3%, дерматологи – 3,1%⁷⁵.

Согласно переписи населения 1897 г. врачей в Российской империи насчитывалось уже приблизительно 17 тысяч⁷⁶. А в 1912 г. по данным управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел в

⁷³ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 2. Устав медицинской полиции. Разд. 1. С. 101.

⁷⁴ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 92.

⁷⁵ От общего числа врачей.

⁷⁶ Первая всеобщая перепись населения Российской империи 1897 года / Изд. Центр. Стат. комитетом М-ва вн. дел ; Под ред. Н. А. Тройницкого. СПб., Т. 31. 1904 г. – 301 с.

России насчитывалось 22 772 гражданских врача⁷⁷, через два года количество врачей равнялось уже 42 700 человек, среди них лекарей и докторов наук – 28240, 3120 женщин-врачей и 5800 зубных врачей⁷⁸.

К 1910 г. в России было создано 2686 земских врачебных участков, в которых на службе состояло 3100 врачей, при этом в среднем каждый врач обслуживал участок радиусом примерно 17 вёрст, где проживало 28 тысяч человек⁷⁹.

В Пермской губернии эти показатели в тот же год были несколько выше – радиус участков составлял 28,4 версты, а средняя численность населения была равна 30,8 тысяч человек⁸⁰.

В целях выяснения того, как отразилось военное время на составе врачебного и фельдшерского персонала Пермской губернии Санитарным бюро губернского земства были разосланы во все уездные земские управы и заводоуправления опросные ведомости, в которых содержались вопросы о числе состоявших на службе врачей и фельдшеров к 19 июля 1914 г. и изменениях, произошедших с этого дня до 1 ноября 1915 г. Под изменениями понималось число призванных по мобилизации, оставивших службу по другим причинам и вновь поступивших, а также число не замещенных вакансий. Всего было разослано 12 анкет в уездные управы и 35 в заводоуправления⁸¹.

Из ответов, присланных назад, известно, что к 19 июля 1914 г. в 155 врачебных участках функционировало 144 лечебных заведения, в которых состояло 188 врачей, 3 должности земских врачей были вакантны, и кроме того на службе находилось еще 6 запасных врачей (5 земских и 1 заводской). В пяти лечебных учреждениях губернского земства в г. Перми в санитарной

⁷⁷ Российский медицинский список: списки врачей, ветеринаров, зубных врачей, фармацевтов и аптек. Петроград: Упр. гл. врачебного инспектора М-ва внутренних дел. 1914. XXVI, 625, 290, 176 с.

⁷⁸ Российский медицинский список: списки врачей, ветеринаров, зубных врачей, фармацевтов и аптек. Петроград: Упр. гл. врачебного инспектора М-ва внутренних дел. 1916. XXVI, 668, 159, 162, 175, 29 с.

⁷⁹ Основные данные характеристики земской медицины в 1910 г. // Общественный врач. 1913. №7. С.798.

⁸⁰ Там же. С.798.

⁸¹ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 391. Л.1-5.

и эпидемиологической организации состояло 42 земских врача и 3 должности были свободны. Таким образом, по всей губернии на службе состояло 235 врачей при 7 свободных вакансиях, что составляло нехватку в 3 %⁸².

Таблица 2

Количество врачей, призванных на военную службу с 19 июля 1914 г. по 1 ноября 1915 г.⁸³

Уезды	Земские и земско- заводские	Заводские	Всего
Пермский	8	6	14
Верхотурский	3	8	11
Екатеринбургский	3	2	5
Камышловский	2	2	4
Ирбитский	3	-	3
Красноуфимский	4	2	6
Кунгурский	2	1	3
Осинский	5	-	5
Оханский	6	-	6
Соликамский	2	1	3
Чердынский	3	-	3
Шадринский	3	-	3
ИТОГО	44	22	66
Запасных врачей уездных земств	2	-	2
Врачей губернского земства	17	-	17
Всего	63	22	85

⁸² Там же. Л.6-15.

⁸³ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 345.

Так общая убыль врачей от призыва на военную службу по губернии составила 35%, а в губернском земстве – 40%. При этом убыль земских врачей равнялась 32%, заводских – 43%. Наибольшая убыль по земским и земско-заводским врачам отмечалась в Пермском (53%), Оханском (46%), Осинском (42%) и Ирбитском (37%) уездах. Менее всего пострадали Екатеринбургский и Камышловский уезды (по 18%). Заводских врачей полностью лишились Камышловский, Красноуфимский и Кунгурский уезды и более половины врачей (53%) не досчитались в Верхотурском.

Таблица 3

Данные по количеству врачей, оставивших службу по другим причинам и вновь поступившим на службу с 1914 г. по 1916 г.⁸⁴

Уезд	Земские и земско-заводские		Заводские		Итого	
	Оставили службу	Вновь поступили	Оставили службу	Вновь поступили	Оставил службу	Вновь поступили
Пермский	1	1	2	3	3	4
Верхотурский	1	2	2	6	3	8
Екатеринбургский	3	3	-	1	3	4
Камышловский	2	2	-	1	2	3
Ирбитский	1	-	-	-	1	-
Красноуфимский	2	2	-	1	2	3
Кунгурский	4	2	-	-	4	2
Осинский	2	-	-	-	2	-
Оханский	2	1	-	-	2	1

⁸⁴ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 350-378.

Соликамский	4	1	2	2	6	3
Чердынский	4	-	-	-	4	-
Шадринский	-	1	-	-	-	1
ИТОГО	26	15	6	14	32	29
Запасных врачей уездных земств	1	-	-	-	1	-
Врачей губернского земства	8	10	-	-	8	10
Всего	35	25	6	14	41	39

Всего оставили службу в губернии по иным, не связанным с войной причинам, врачей 41 (17%), из них 33 в уездах и 8 в губернском земстве. Из 33 ушедших уездных врачей 26 были земскими (18%) и 6 – заводскими (12%).

За этот же период замещены были 39 вакансий врачей – 29 в уездах и 10 в губернском земстве. Из них 15 – земскими врачами и 14 – заводскими. Из 27 вакантных должностей в уездах замещены были лишь 15, в то время как в губернском земстве и среди заводских врачей число замещенных должностей превысило число покинувших службу.

К 1 ноября 1915 г. число вакантных должностей земских врачей с 7 (в июле 1914г.) возросло до 80 (62 в уездах и 18 в губернском земстве), и остались незамещенными 15 должностей заводских врачей. Наибольшую нехватку испытывало губернское земство – 18, далее шли Оханский, Пермский, Чердынский и Осинский уезды⁸⁵.

Отдельно стоит сказать о санитарных врачах. Из 12 человек в ряды действующей армии в 1914 г. были призваны врачи из Ирбитского, Красноуфимского, Кунгурского, Соликамского и Чердынского уездов, еще два врача оставили службу по иным не связанным с войной причинам – это

⁸⁵ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 346.

врачи из Верхотурского и Камышловского уездов⁸⁶. К 1 января 1915 г. на войну ушли еще два врача – из Осинского и Шадринского уезда, и таким образом на службе в губернии осталось только 3 санитарных врача – в Екатеринбургском, Оханском и Пермском уездах. Все попытки губернской управы заместить вакантные места оказались безрезультатны. В 1914 г. места санитарных врачей пустовали: в Верхотурском уезде – 242 дня, в Ирбитском – 160, в Камышловском – 250, в Красноуфимском – 255, в Кунгурском – 275, в Соликамском и Чердынском – 162, в Шадринском – 16⁸⁷. Вся текущая статистическая работа в уездах, где врачи были мобилизованы, была возложена на счетчиков-делопроизводителей.

Роль фельдшерского персонала в отношении самостоятельного амбулаторного приема больных и в обычное время была довольно высока, поэтому изменения, произошедшие в численном составе среднего медицинского персонала в связи с войной, заслуживают пристального внимания. К 19 июля 1914 г. на службе в уездах состояло 590 фельдшеров, из них 454 в земских и земско-заводских участках и 136 в заводских⁸⁸. Вакантных мест было 29. За год призвано было 130 фельдшеров (22%) и службу оставили по другим причинам еще 120 человек (20%). На их место пришли 115 фельдшеров, а нехватка составила 164, что почти в 6 раз выше довоенного дефицита в фельдшерском персонале. Из 164 вакансий 143 приходились на земских и 21 на заводских фельдшеров. Наибольшее число призывников было в Шадринском уезде – 45%, Ирбитском – 36%, Екатеринбургском – 28% и Оханском – 25%. Менее всего пострадал Верхотурский уезд – 11%⁸⁹.

В запросе Санитарного бюро содержался вопрос о том, продолжается

⁸⁶ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 46 очередной сессии по вопросам и ходатайствам по санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №. 11-12. С. 651.

⁸⁷ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 46 очередной сессии по вопросам и ходатайствам по санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №. 11-12. С. 651.

⁸⁸ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 358.

⁸⁹ Там же. С. 358.

ли в участках амбулаторный и стационарный прием больных. Большинство уездов был дан положительный ответ на проведение амбулаторного приема. Исключения составили фельдшерские пункты в Верхотурском (1), Ирбитском (2), Камышловском (1) и Шадринском (2) уездах, а также один врачебный участок в Екатеринбургском уезде. Что касалось стационарного лечения, то оно так же продолжалось повсеместно, кроме 4 участков Екатеринбургского, Ирбитского, Пермского и Шадринского уездов по 1 участку в каждом⁹⁰.

К июлю 1914 г. на одного врача Пермской губернии в среднем приходилось 3,1 лиц фельдшерского персонала, а к ноябрю 1915 г. уже – 3,7.

Количество призванных врачей с начала войны к 1916 г. составило 84, и 31 врач был приглашен на замещение, таким образом, на земской службе в 1916 г. находилось 135 врачей, что было приблизительно равно 72% от довоенного числа врачей. Что касалось состояния дел по общему количеству врачей, то согласно записке управляющего губернией Н.Н. Максимова от 28 мая 1916 г. всего врачей в Пермской губернии на момент начала войны было 289 человек, из них призваны были 100, и требовалось пригласить еще как минимум 48 человек⁹¹.

Подводя итог, следует сказать, что земства выработали достаточно эффективный способ управления при не очень громоздком бюрократическом аппарате. Ими была выстроена сеть медицинских учреждений, позволившая воплотить новую идею участковой земской медицины, однако в результате, из-за ряда проблем, на практике в Пермской губернии была реализована смешанная стационарно-разъездная система работы уездной земской медицины.

За рассматриваемый период уездной медицине удалось практически удвоить количество врачебных участков, что сделало медицинскую помощь более доступной. Несмотря на усиливавшийся сепаратизм уездных земств,

⁹⁰ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 391. Л.6-13.

⁹¹ Там же. Л.14.

при отсутствии грамотных специалистов, в первую очередь хирургов, уездам так и не удалось достичь автономии в вопросе медицинского обслуживания – заботы о таких больных по-прежнему лежали на Александровской губернской больнице. Таким образом, в губернском земстве развивалась специализированная помощь, а в уездах – терапевтическая. Деятельность Пермского губернского земства отражала общероссийские тенденции – недостаток финансирования, необязательный характер расходов на медицинскую часть, уклон в область развития санитарной организации. Следует отметить, что именно в деле организации санитарии Пермская губерния была одной из передовых в России.

1.2. Бытовая организация профессиональной повседневности медицинского персонала Пермской губернии в 1890-е - 1917 гг.

Профессиональная повседневность медицинских работников отличалась рядом уникальных черт, не характерных для представителей других профессиональных объединений.

В первую очередь необходимо рассмотреть распорядок дня медицинского работника. Рабочий день врача (за исключением дней дежурств), как правило, начинался в участках без больниц с 9 ч. утра, в участках с больницами – после больничной работы, во время которой врач мог поручить вести прием больных фельдшерскому персоналу. Затем два часа уходило на утренний обход стационарных больных. К 11 часам начинался амбулаторный прием, длившийся до 3 часов дня или до тех пор, пока все записанные пациенты не были осмотрены. В случаях, не терпящих отлагательства, врачи обязаны были оказывать помощь в любое время дня и ночи. В участках с большой численностью населения амбулаторный прием

начинался раньше и мог находиться в ведении фельдшерского персонала. Амбулаторный прием производился ежедневно, исключение составляли только первый день Рождества, день Нового года и первые два дня Пасхи, а в некоторых уездах еще и один свободный день каждую неделю. Тем не менее, во все вышеуказанные не приемные дни больным, нуждающимся в неотложной помощи, помощь должна была быть обеспечена.

На фельдшерах, кроме того, лежала еще и обязанность суточного дежурства каждые два-три дня в течение 18 часов. Таким образом, ежедневный рабочий день врача длился около 8 часов, а фельдшерского персонала (в расчете на 3 фельдшеров на участок) в среднем – 11,3 часа. Так как обязанности медицинского персонала не сводились только к амбулаторному приему больных, но и включали в себя еще и участковую, административно-хозяйственную и отчетную работы, то, следовательно, рабочий день врачей и фельдшеров увеличивался еще как минимум на 2 часа.

В среднем в уездах Пермской губернии на 1 участок с одним врачом приходилось по 76 амбулаторных и по 45 стационарных больных в день⁹². На фельдшерский персонал приходилось около 26 амбулаторных и 14 стационарных пациентов ежедневно. В эти цифры не включены случаи оказания медицинской помощи на дому. Поездкам в участок к больным врачи и фельдшеры обязаны были посвящать свободное от приема время⁹³.

При таком графике работы и нагрузках времени на частную жизнь у медицинских работников практически не оставалось. Профессиональная деятельность становилась ведущей в структуре повседневности медиков.

Прием больных фельдшерами на фельдшерско-акушерских пунктах производился с 9 до 13 часов дня. Однако если к этому времени не все явившиеся больные были осмотрены, то прием должен был быть продолжен.

Самовольные отлучки среднего и младшего медицинского персонала в

⁹² Для сравнения в Московских губернских лечебницах в 1907 году ежедневно на одного врача приходилось 24,5 амбулаторных больных и 35,6 стационарных. А в Екатеринбургском уезде в 1912 году по 89 и 37 соответственно.

⁹³ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. № 5. С. 52.

участках были недопустимы. В часы приема уход из амбулатории был практически невозможен, исключение составляли только самые крайние случаи.

Законодательство предоставляло медикам оплачиваемые отпуска только в двух случаях: по причине болезни и для «отдохновения от занятий».

Отпуск по болезни на срок до четырех месяцев предоставлялся вне зависимости от продолжительности службы. Первые два месяца за медицинским работником сохранялось полное содержание, в оставшиеся два – половина⁹⁴. В случае продолжительной болезни в некоторых уездах Пермской губернии полное содержание предоставлялось в течение 3 месяцев⁹⁵.

На отпуск для «отдохновения от занятий» для медицинского персонала отводился 1 месяц, с условием службы не менее года. Время отпуска в обязательном порядке согласовывалось с управой, и зависело от срочности и важности выполнения некоторых работ в земстве.

Младшему медицинскому персоналу отпуск предоставлялся на тех же условиях, что и врачам – не более одного месяца раз в год и при обязательном условии отсутствия эпидемии в участке.

Краткосрочный отпуск (от 3 до 5 дней не более 1 раза в год) лицам среднего медицинского персонала мог быть дан только с разрешения участкового врача – самовольные отлучки в таких случаях были недопустимы.

Что касается выходных дней, то, как известно, врачи могут понадобиться независимо от дня недели и времени суток. На это особо указывал врач Розенгард, подчеркивая то, что у врачей и праздников нет, а «даже, наоборот – в праздничные дни наплыв больных больше, чем в будни, и приходится больше работать»⁹⁶. Врачи отдаленных районов, в одиночестве

⁹⁴ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 13.

⁹⁵ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №5. С. 52-56.

⁹⁶ Извлечения из постановлений Оханского уездного земского собрания 39 очередной и 28 чрезвычайной сессии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 4.

состоявшие на службе, фактически были лишены выходных дней. В некоторых уездах Пермской губернии для медицинского персонала был предусмотрен свободный день, который ограничивал прием только тяжелобольными пациентами. Распространенной была практика, заключающаяся в злоупотребления своим правом и полной отменой приема больных. Это вызывало рост числа жалоб недовольного населения на действия медиков. Земства, понимая, что врачи такие же люди, и они, как и все нуждаются в отдыхе, стали постепенно вводить должность «запасного врача», в обязанности которого входило замещение участковых врачей на время их ежегодных отпусков и больничных. Жалование такого врача в Пермской губернии в 1909 г. равнялось 1600 руб. в год. Запасные врачи и фельдшеры в свободное от замещений время прикомандировывались к одной из больниц.

Постановлением 10 съезда врачей и представителей земств Пермской губернии в 1910 г. было решено ввести для всего земского медицинского персонала однодневный еженедельный выходной, свободный от амбулаторного приема и других служебных обязанностей, кроме случаев, нетерпящих отлагательств.

На пунктах фельдшерам также предоставлялся один свободный от амбулаторного приема день в неделю. Однако фельдшер все равно не мог покинуть участок, и в экстренных случаях обязан был оказывать помощь.

Врачи могли отлучаться из своих участков без разрешения управы дважды в год на срок не более 3 дней и при обязательном условии предупреждения врача соседнего участка.

Проработав в земстве более 4 лет, врач мог рассчитывать на научную командировку с сохранением содержания и субсидиями от земства в 150 руб. на 3 месяца. Фельдшер – на 2 месяца с субсидией в 75 руб. Полностью оплачивалась дорога на паре лошадей, на поезде или на пароходе по тарифу 2 класса. Командировки не лишали права на ежегодный месячный отпуск. После командировки обязательной была двухлетняя служба в земстве, в

противном случае врач обязан был возместить земству все расходы. Также обязательным условием было представление подробного отчета о командировке. При наличии нескольких желающих поехать в научную командировку, приоритетное право получал тот, кто имел больший стаж работы в земстве.

Перевод врачей с одного участка на другой мог быть возможен только по постановлению управы, с согласия самого врача и с заключения санитарного совета. Средний медицинский персонал определялся на службу постановлением управы и по соглашению с врачом. Преимущество, как правило, отдавалось фельдшерам, окончившим курс в фельдшерских школах. Исключения делались во время эпидемий, когда на службу принимались и ротные фельдшеры, по отзыву врачей, удовлетворяющие своему назначению, а зачастую просто и от безысходности⁹⁷.

В экстренных случаях врач имел право единолично отстранять от службы подчиненный ему медицинский персонал.

При желании оставить службу, медикам необходимо было предупредить управу не менее чем за два месяца, что было достаточно долгим сроком. И в свою очередь, управа была обязана предупредить об увольнении за два месяца, а в случае увольнения до этого срока выплатить компенсацию в размере двухмесячного жалования. Пунктовыми фельдшерам необходимо было предупреждать управу за 1 месяц.

На врача накладывался широкий круг обязанностей. Более всего разнообразной работы было у врачей в уездах: участковый уездный врач заведовал участком и всеми находящимися в нем лечебными учреждениями, как в лечебном, так и в административном, хозяйственном и санитарном отношении. Деятельность участкового врача включала амбулаторный прием, наблюдение за отпуском лекарств, лечение стационарных больных, выезды на дом к тяжелобольным, наблюдение за санитарным состоянием участка,

⁹⁷ Инструкция для вспомогательного персонала // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №5. С.52.

борьбу с эпидемиями, надзор за оспопрививанием, школами и за самостоятельными фельдшерскими пунктами.

Если врач на месте убеждается, что перед ним первые случаи инфекционной болезни, способной принять характер эпидемии, он должен был принять все меры для изоляции больных: поместить их в карантинный барак, либо в наемное помещение, либо, в крайнем случае, отослать при соблюдении всех мер безопасности в ближайший постоянный барак. После чего врач должен был позаботиться о дезинфекции помещений.

Все необходимые меры по борьбе с эпидемиями принимались врачом путем воздействия на население убеждениями и разъяснениями.

Надзор за школами также находился в ведении участкового врача, который по мере возможности должен был посещать их и обращать внимание заведующего школой на недостатки и давать советы по их устранению.

Врач обязан был следить за санитарно-гигиеническим состоянием больницы: ее чистотой, наличием отопления и освещения, состоянием кухни, размещением больных, снабжением бельем, продовольствием, уходом за больными. Ближайшим исполнителем хозяйственных распоряжений врача являлся смотритель, несший ответственность перед ним. Заведовавшие хозяйственной частью при земских уездных больницах получали вознаграждение в виде прибавки в 60 руб. в год.

Сметы на содержание учреждений врачи должны были составлять до 1 августа каждого года и отправлять их в управу. А не позднее 1 мая каждого года врач мог предоставить предложения о ремонте и перестройке больничных зданий, если в том была необходимость.

Кроме всего вышперечисленного участковый врач отвечал за наем и увольнение больничной прислуги, осуществлял контроль над фельдшерами и повитухами, и занимался формированием библиотек⁹⁸. Таким образом, в

⁹⁸ Шестова Т. Ю. Развитие здравоохранения уральских губерний (Пермской, Вятской, Оренбургской) 1864 – 1900. Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2003. С. 78.

ведении уездного врача находился достаточно широкий круг обязанностей. Многие студенты-медики и молодые специалисты, настроенные на то, что став врачами начнут спасать жизни людей, быстро разочаровывались, сталкиваясь с реалиями жизни и получая в итоге массу бумажной работы. Им приходилось заниматься решением всех конфликтов, как внутри коллектива, так и между сотрудниками и больными, и в любом случае иметь недовольных своей деятельностью.

В случае болезни или отъезда врача из участка, его обязанности переходили на врача соседнего участка, причем безвозмездно. В тех случаях, когда в ведении врача уже находилось два участка, то за службу на третьем он получал жалование в размере 500 руб. в год за фактически отработанное время⁹⁹.

В участках с двумя и более врачами, один назначался заведующим, и на него возлагалась вся ответственность по заведываемому участку. То же правило касалось и больниц, где на службе находилось несколько врачей, среди которых избирался заведующий больницей, сроком на три года, в обязанности которого помимо прочего входило общение с лицами и учреждениями, стоящими вне больницы¹⁰⁰. Составление смет, выписка инструментов и медикаментов, газет и книг производилась при участии всех врачей и только с их согласия. Составление отчетности лежало на заведующем, но другие врачи не могли отказаться от участия в работе по ее составлению, как не могли и получить отказа при желании.

Официально не допускалась совместная служба двух ближайших родственников (мужа и жены, родителей и детей, братьев и сестер) в тех случаях, если один из них находился в подчиненном положении к другому.

Одной из наиболее неприятных обязанностей для земского врача по нескольким причинам было проведение судебно-медицинской экспертизы.

⁹⁹ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 1448. Л. 7.

¹⁰⁰Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии. Пермь электро-типография Губернского земства. 1913. С. 56.

Во-первых, она отнимала время и силы врача, отодвигая лечебную деятельность на второй план. А во-вторых, с психологической точки зрения экспертиза негативно сказывалась в целом на образе врача, предстающего в глазах населения в качестве «потрошителя»¹⁰¹. Проводить вскрытия позволялось исключительно врачам. Как отмечает Т.Ю. Шестова¹⁰², в Пермской губернии судебно-медицинская экспертиза была отменена в конце XIX в. Однако довольно часто встречаются сведения о том, что земские врачи все так же обязаны были проводить экспертизу и в первое десятилетие XX в.¹⁰³ Только в 1910 г. был введен иной порядок, по которому судебный следователь должен был обращаться исключительно к уездному врачу того уездного участка, где было совершено преступление, что освобождало земских врачей от проведения экспертизы¹⁰⁴. Но на удивление, принятие данного закона вызвало неоднозначную реакцию в среде земских врачей. Некоторые, посчитав решение властей обоснованным, высказывали мнение о том, что судебная медицина «совершенно особая область..., ее мотивы уже не земские, а совершенно иные»¹⁰⁵. Другие врачи придерживались точки зрения, согласно которой освобождение земских врачей от судебно-медицинских обязанностей уводило их с пути общественности, поскольку данная экспертиза являлась не только актом участия в деле государственного правосудия, но прежде всего актом предоставления медико-юридической помощи населению. Восстановление прав для больного подчас было важнее, нежели лечение его телесных ран. Отказ пациентам в экспертизе и юридическом совете расценивался как предательство идеалов народной медицины. В итоге, данное постановление в 1912 г. было отменено, и судебно-медицинская экспертиза вернулась в ведение земских врачей¹⁰⁶.

¹⁰¹ Шестова Т. Ю. Развитие здравоохранения уральских губерний (Пермской, Вятской, Оренбургской) 1864 – 1900. Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2003. С. 77.

¹⁰² Там же. С. 76.

¹⁰³ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6 .С.75.

¹⁰⁴ Циркуляр МВД от 16 декабря № 63 // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6 .С. 85-87.

¹⁰⁵ В защиту судебной медицины // Общественный врач. 1913. №3. С 278.

¹⁰⁶ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 87.

К судебно-медицинским освидетельствованиям принадлежали освидетельствование сумасшедших, гражданских чиновников, их жен и детей, освидетельствование отставных генералов, штаб и обер-офицеров, классных чиновников военного ведомства, претендующих на пенсии из государственного казначейства по причинам тяжелых болезней и увечий, судебно-медицинские исследования в уголовных делах, освидетельствование арестантов относительно способности их к работам, освидетельствование больных ссыльных¹⁰⁷.

Порядок, которому должны были подчиняться судебные следователи, при избрании эксперта для исследования телесных повреждений или вскрытия мертвых тел был приведен в Уставе уголовного судопроизводства 1892 г.¹⁰⁸ Так по ст. 336 данного устава судебные следователи должны были приглашать судебного врача, обязанности которого в силу ст. 337 того же устава «возлагались в уездах – на уездного, а в городах на городского или полицейского врача». Таким образом, в каждом уезде и городе имелся врач, на котором лежали обязанности судебного и, к которому в надлежащих случаях должен был обращаться судебный следователь. Поводом к изменению данного порядка могла служить только болезнь судебного врача или другая уважительная причина. В таких случаях судебному следователю следовало приглашать «всякого другого военного, гражданского или вольнопрактикующего врача»¹⁰⁹.

Неоднозначно обстояли дела в отношении прав женщин-врачей проводить судебно-медицинскую экспертизу. Бывший судебный следователь в Сиве на свой запрос Пермскому врачебному отделению о правах земских врачей женщин производить судебно-медицинскую экспертизу получил утвердительный ответ, на основании которого он вызывал ближайших врачей женщин. Новый же судебный следователь посчитал мнение Пермского

¹⁰⁷ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Т. Кн. 1. Учреждения врачебные. О предметах по судебной медицине. С. 7-8.

¹⁰⁸ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 86.

¹⁰⁹ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 3. Устав судебной медицины. С.98.

врачебного отделения для себя необязательным, руководствуясь мнением прокуратуры Пермского окружного суда, стоявшей на том, что законом врачам женского пола прав на судебно-медицинскую экспертизу не предоставлено. На этом основании следователь вызывал не ближайших участковых врачей, а врачей из отдаленных участков. Позднее Пермская прокуратура несколько изменила свою точку зрения, разрешив следователю вызывать женщин на судебно-медицинское освидетельствование, оставляя право на производство судебно-медицинских вскрытий только за врачами мужчинами. Несмотря на негативное отношение многих врачей к судебно-медицинской экспертизе, женщин-врачей Пермской губернии не устроил данный порядок, при котором их лишали каких-либо прав, предоставленных им законом, даже если эти права были малопривлекательными¹¹⁰. В примечании 1902 г. к ст. 326 16 тома 1 части уголовного судопроизводства гласило, что женщины-врачи к судебно-медицинской экспертизе не допускаются, и только женщины-врачи, окончившие курс в Санкт-Петербургском женском медицинском институте, могут быть приглашены в качестве помощниц судебного врача при судебно-медицинском освидетельствовании женщин и детей¹¹¹. В 1906 г. данное примечание было изменено и в нем уже содержалось следующее: «Удовлетворительно окончившие курс женского медицинского института получают диплом на звание лекаря со всеми предоставленными званием правами на медицинскую деятельность и службу, кроме прав по чинопроизводству. Лица эти освобождаются от исполнения обязанностей врача в присутствиях по воинской повинности»¹¹². Ссылаясь на последнюю редакцию уголовного судопроизводства, врачи женщины Пермской губернии настаивали на своем праве производить судебно-медицинские экспертизы в полном объеме. Однако, по их мнению, оптимальным решением было бы нанять специального врача, в ведении которого были бы только судебные освидетельствования.

¹¹⁰ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С.75.

¹¹¹ Там же. С.75.

¹¹² Там же. С.75.

Набор инструментов для судебно-медицинской экспертизы был утвержден Министерством внутренних дел 11 мая 1898 г.¹¹³ Производились такие наборы фирмой Е.С. Трындина. Стоимость полного набора, состоящего из 50 наименований, составляла 111 руб. 69 коп. Все судебные медики должны были быть обеспечены такими наборами из средств казны.

В своей ежедневной работе медикам нередко приходилось сталкиваться с откровенными издевательствами со стороны пациентов. Чаще других встречаются упоминания врачей о том, когда их приглашали к больному, заявляя, что тот умирает, в то время как в действительности больной чувствовал себя хорошо или вовсе отсутствовал дома. Врач Г. Горный приводит случай издевательства над фельдшером, которого срочно вызвали к сломавшему ногу больному, впоследствии оказавшемуся бараном¹¹⁴. Такие случаи негативно влияли на отношение врачей и фельдшеров к своим обязанностям. Некоторые врачи просили, чтобы в отношении лиц, делавших ложные вызовы, были приняты карательные меры. Но ввиду того, что введение санкций могло привести к страху среди населения вообще вызывать врачей и «затягивать болезнь до смертельного конца», было решено отказаться от подобных мер¹¹⁵.

Наиболее широкий круг обязанностей по сравнению с другими медицинскими работниками имели уездные санитарные врачи, которые должны были участвовать в выработке проектов обязательных постановлений, следить за их исполнением в пределах возможности, проектировать санитарные мероприятия и, по утверждению их врачебно-санитарным советом, участвовать в их реализации, осуществлять санитарный надзор за школами, фабрично-промышленными заведениями и за водоснабжением уезда, организовывать местные коллегиальные органы (санитарные попечительства с участием представителей населения, где это окажется возможным) для надзора за санитарным состоянием школ, фабрик,

¹¹³ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 1159. Л. 1.

¹¹⁴ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №4. С. 11.

¹¹⁵ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №5-7. С. 55.

заводов, источников водоснабжения и рынков. В их обязанности входила еще работа по популяризации гигиенических знаний среди населения путем устройства чтений, бесед и лекций; детальное участие в проведении мер борьбы с детской смертностью, вакцинация от оспы, учет данных по движению населения и наблюдение за течением эпидемий¹¹⁶.

Санитарные врачи приглашались к осмотру мест под школы, вносили возможные улучшения в санитарную обстановку уже существующих школ. Вместе с посещением школ, врачи собирали материал о физическом состоянии учащихся.

Деятельность по обследованию промышленных заведений, хотя и не носила систематического характера, но отнимала у санитарных врачей достаточно много времени и сил. Только за первое полугодие 1914 г. оханским санитарным врачом было осмотрено 6 кустарных мастерских за 9 посещений, соликамским – 7 промышленных заведений, а шадринским – 17. В Кунгурском уезде врачом В.А. Краевым были осмотрены 16 мест под водоемы, 1 колодец и 2 озера. В Осинском уезде санитарный врач за первое полугодие 1914 г. выезжал для осмотра на местах во время производства бурения скважин в два селения и дал заключения по вопросу о местах возведения гидротехнических сооружений в трех селениях. В Пермском уезде санитарным врачом было осмотрено 38 источников водоснабжения в 22 селениях, в Шадринском – в 7 селениях 10 водоемов, 2 гидротехнических сооружения и даны были 19 заключений об устройстве новых водоемов¹¹⁷. Всего в разъездах в 1914 г. санитарный врач Осинского уезда провел 48 дней, Пермского – 63, Шадринского – 91¹¹⁸. Такой объем дополнительной работы, усугубленный удручающим состоянием дорожной сети, негативно сказывался на основных обязанностях врачей.

Особый интерес представляет надзор за заводами и фабриками, так как

¹¹⁶ Там же. С. 50.

¹¹⁷ Там же. С. 654-655.

¹¹⁸ Там же. С. 656.

ранее, как указывает В.Ю. Кузьмин¹¹⁹, государство старалось не допускать санитарных врачей на службу в заводы в виду крайне плохих условий работы, изменение которых потребовало бы больших затрат от владельцев. Предписания санитарных врачей хоть и не носили обязательный характер, но могли мешать фабрикантам вести работы в своих заведениях.

Если до уездного врача доходили сведения о возникновении эпидемии в соседнем участке раньше врача этого участка, то он обязан был известить его об этом. В таких случаях, врачи чаще руководствовались не только инструкцией, которая обязывала их, но и личным отношением, так как поддержание дружеских отношений с врачами соседних участков, зачастую было острой необходимостью. В условиях деревень, где одного врача от другого отделяли огромные расстояния, вопросы оперативного вмешательства в каждом конкретном случае не могли решаться на консилиуме врачей, так, как это было принято в городе. Врачам надо было самостоятельно принимать решения. Поэтому они старались выезжать по просьбам своих товарищей для консультаций или совместного проведения операций. Еще В. Вересаев¹²⁰ отмечал, какой груз ответственности лежит на враче, вынужденном оперировать в одиночестве в глухой деревне. И чтобы избежать этого, важно было наладить дружеские отношения со всеми врачами соседних участков.

При распространении эпидемии уездный врач мог открыть на месте очага эпидемии временный карантинный барак, если в данной местности не имелось постоянного. Для оборудования такого барака в управе имелся инвентарь на 15 коек, высылавшийся по требованию врача. Когда надобность в этом исчезала, инвентарь дезинфицировался и отправлялся назад в управу строго по инвентарным книгам с подписью врача.

Все врачи губернии, в том числе и вольнопрактикующие, были обязаны

¹¹⁹ Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. С. 295.

¹²⁰ Вересаев В.В. Записки врача. Полное собрание сочинений в 4 томах. Т. 1. М. Издательство Правда, 1985 г. С.108-109.

ежемесячно предоставлять сведения о больных губернскому врачебному правлению. В обязанности губернских врачебных инспекторов входил общий надзор по врачебной части, наблюдение за предоставлением дел в канцелярию губернского правления, надзор за всеми больничными заведениями (за исключением военных и находящихся под особым Высочайшим покровительством), на основании которого необходимо было предоставлять подробные рапорты в Медицинский департамент. Кроме обязанностей по медицинской части, на врачебного инспектора было возложено заведование и хозяйственной, что включало выполнение обязанностей по снабжению больниц медикаментами и инвентарем и надзор за их хранением. Обязательным было присутствие самого инспектора или его помощника на заседаниях губернских земских собраний при рассмотрении проектов постановлений по вопросам содержания и чистоты площадей, улиц, дорог, сточных труб, прудов, колодцев и мостов, чистки дворов, устройства и содержания в санитарном отношении боен, фабричных, заводских и других промышленных заведений, соблюдения чистоты в помещениях для продажи съестных припасов, уборки и уничтожения павшего скота, предупреждения и прекращения эпидемий¹²¹.

Распределение всех обязанностей между лицами среднего и младшего медицинского персонала в больнице устанавливалось врачом.

Фельдшерский персонал должен был исполнять все назначения врача в отношении больных. Чаще всего не врач, а именно фельдшер вел запись больных в журналах, измерял температуру, пульс, частоту дыхания больных, принимал вновь поступившие в больницу лекарства, сопровождал ординаторов в обходах¹²². Фельдшеры отвечали за утрату инструментов и за их надлежащее хранение. Для учета инструментов, находившихся в ведении врачей и фельдшеров, в 1909 г. были введены специальные инвентарные

¹²¹ Там же. С. 101.

¹²² Инструкция для фельдшерского персонала Александровской губернской земской больницы // Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии. Пермь. Электро-типография Губернского земства, 1913. С.75-76.

книги, так как при передаче участков от одного врача к другому трудно было вести учет инструментов, которые часто записывались не под своими названиями, а их количество на бумаге не соответствовало количеству в реальности. Инструменты не только терялись, но и уносились врачами и фельдшерами домой для использования в хозяйстве. Уездные управы по возможности стали просить врачей составлять полные списки, имеющихся в больницах и на фельдшерских пунктах инструментов и предметов ухода за больными, с указанием напротив каждого предмета номеров по каталогам и ценности того или иного инструмента. Далее данные каталоги направлялись в губернскую управу, где составлялся сводный каталог, позднее рассылавшийся непосредственно по медицинским учреждениям¹²³.

На местах, в участках, обязанности вести учет инвентаря и запись аптечных припасов чаще всего возлагались на заведующих пунктом или смотрителей, которые ежегодно составляли списки недостающего и передавали их вместе с приложением листа испорченных вещей участковым врачам. Врач мог списать их только совместно с членами управы. Опись инвентаря проводилась к 1 января каждого года.

Система снабжения больниц медикаментами и инвентарем значительно ухудшилась во время Первой мировой войны. Чрезвычайно остро встал вопрос о международной торговле химико-фармацевтическими товарами, так как самым крупным их производителем являлась Германия. Время объявления войны (лето) совпало с истощением запасов медикаментов на русском рынке, так как именно летом большинство крупных российских торговых фирм и складов земских и городских самоуправлений делали закупки. Оставшиеся в стране медикаменты пользовались огромным спросом, что порождало спекуляцию и ограничение продаж с целью дальнейшего поднятия цен. Уже 3 сентября 1914 г. Пермское губернское земство было вынуждено обратиться за помощью к Всероссийскому

¹²³ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №. 3. С.39.

Земскому Союзу¹²⁴. Но с каждым месяцем ситуация только ухудшалась.

В уездах дела обстояли не лучше. В 1915 г. врач Оханского уезда А.И. Ромодин вынужден был самостоятельно искать необходимые медицинские материалы в Москве, так как главный поставщик – аптекарский склад Тверского земства, перестал удовлетворять требованиям ввиду сокращения своих оптовых закупок. Аналогичная ситуация наблюдалась и у других фирм. Оханским земством была предпринята попытка заказать медикаменты и инвентарь напрямую в фирме «Мей и Бекер» в Лондоне – заказ был сделан в январе 1915 г., но более чем через шесть месяцев так и не был доставлен, в то время как до войны доставка заказов из Англии, Франции и Японии осуществлялась в срок от 5 до 6 недель. В итоге земство командировало врача в надежде на то, что его личное присутствие ускорит и удешевит процесс снабжения больниц инвентарем и медикаментами, но «положение лекарственного рынка лишало возможности отыскивать выгодные источники приобретения, приходилось только искать, где можно бы приобрести»¹²⁵, а незнание адресов фирм излишне удлинило время командировки. Больше всего врача удивило резкое увеличение цен практически на всю продукцию, и значительное сокращение предложения на рынке аптекарских припасов. Так, например, стоимость термометров возросла с 60 коп. до 3 руб., а их количество в различных фирмах варьировалось от 3 до 6 штук, в то время как потребность земства составляла 300 штук. На отдельные группы медикаментов цены выросли до 300%. Такое же положение дел касалось и хирургических инструментов, которые, в конечном счете, были закуплены Оханским земством у павловских кустарей по невысокой цене, но, как отмечалось, хорошего качества. Стоимость полугодового запаса медикаментов для одного уездного земства до войны в среднем составляла 12 600 руб., в военное время сумма эта увеличилась на 43% и равнялась 18 000 руб.

¹²⁴ Марухес Е.И. Вопрос о медикаментах в связи с войной. // Общественный врач. 1915. №1. С.27.

¹²⁵Протоколы Оханского санитарного совета от 13 мая 1915 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №5-6. С. 247.

Сокращение предложения было вызвано еще и тем обстоятельством, что небольшие частные фирмы были лишены возможности закупать товары за границей, так как посылки подвергались конфискации на таможне военным ведомством.

По усмотрению врача в экстренных случаях на фельдшерский персонал могли быть возложены некоторые специальные обязанности, например, такие как заведование аптекой или ночное дежурство в больницах, что не освобождало фельдшеров от прочих повседневных обязанностей¹²⁶.

От обязательной работы в больнице освобождались только акушерки, принимавшие более ста родов в год¹²⁷.

Даже в свободные часы фельдшеры могли отлучаться от своего основного места жительства только с разрешения врача. Сам же врач имел право выезжать в город 8 раз в год и только с разрешения управы¹²⁸.

Обязанности дежурного исполняли по очереди все лица среднего медицинского персонала, одновременно вынужденные совмещать дежурство со своими обычными обязанностями. Дежурные должны были до прихода врача измерять температуру больных, исполнить все распоряжения врача, проследить за раздачей еды, за ее приготовлением, за выдачей провизии на следующий день, раздать лекарства больным, проследить за прислугой, а в экстренных случаях оказать помощь амбулаторным больным.

За первичное нарушение правил или совершенный проступок фельдшер мог лишиться льгот (права на отпуск и прибавки к жалованию), при повторном нарушении следовало увольнение.

В местах, где отсутствовали больницы и были устроены только фельдшерско-акушерские пункты, на пунктовых фельдшеров возлагались все те же обязанности, что лежали на уездных земских врачах. Пунктовой фельдшер обязан был проживать в том селении, на которое ему указывала

¹²⁶ Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии. Пермь. Электро-типография Губернского земства, 1913. С.52.

¹²⁷ Там же. С.84.

¹²⁸ Там же. С.61.

управа¹²⁹. Прием больных производился в нанятой управой квартире, в которой помимо того содержалась еще и аптека.

Ни под каким предлогом пунктовой фельдшер не мог отказаться от поездок к тяжелобольным пациентам.

Медицинскому персоналу полагались льготы по проезду. В 1914 г. правом льготного проезда по делам службы в товарных, служебных, рабочих и экстренных поездах могли пользоваться врачи, ветеринары и фельдшеры, служащие в земствах и городских управлениях, военные врачи и ветеринары, состоящие при местных войсках, или при войсковых частях, временно расположенных в данной местности; врачи и ветеринары, как служащие в правительственных учреждениях, так и вольнопрактикующие, в случаях командировок местной администрацией, или общественным учреждением, с целью предупреждения эпидемических болезней; фельдшеры, командируемые местной администрацией или общественными учреждениями при врачах и ветеринарах, с целью предупреждения эпидемических болезней; женщины-врачи, служащие в земстве в тех же случаях, как и врачи-мужчины; врачи и фельдшеры при них, командируемые по судебно-медицинским и медико-полицейским делам¹³⁰.

Воспользоваться правом льготного проезда можно было только при условии предъявления на станции отправления надлежащего удостоверения, форма которого была разработана Министерством путей сообщения.

Разъезды земских медиков по делам службы производились бесплатно на земских лошадях. Но это правило действовало не всегда, и часто врачи Пермской губернии жаловались на то, что им приходилось тратить свои деньги на наем лошадей у частных, а земство так и не возмещало данные расходы¹³¹.

¹²⁹ Там же. С. 77-79.

¹³⁰ Министерство внутренних дел. Управление главного врачебного инспектора. 1-е делопроизводство. 16 июля 1914 г. № 906. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1914. № 7. С.410.

¹³¹ Протоколы врачебно-санитарного совета при Кунгурской земской управе // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 33.

Жалобы младшего медицинского персонала на действия врача рассматривались управой и санитарным советом, в который зачастую входил и сам врач. Жалобы же на вспомогательный медицинский персонал находились исключительно в ведении самого врача. Все жалобы на медицинский персонал от частных лиц принимались управой только в случае их не анонимного характера¹³².

Конфликты между врачом и средним медицинским персоналом рассматривались на заседаниях санитарного совета. Решение, в большинстве случаев, принималось в пользу врачей.

Что касалось организации жилищных условий, то подавляющее большинство лиц медицинского персонала, вынуждено было проживать в съемных квартирах. Земским служащим полагалось жилье за счет управы, что избавляло их от дополнительных расходов.

С точки зрения оптимизации расходов, уездные земские управы находили желательным устраивать помещения для квартир при вновь строящихся больницах, при отсутствии которых медицинским работникам выплачивались квартирные деньги в размере от 60 до 90 руб. в год. Однако не всех медицинских работников устраивала такая постоянная близость к пациентам, зачастую заразным, так как помимо самого медика с ним постоянно могли проживать члены его семьи. Так вследствие заражения скарлатиной от больных из соседнего с квартирой фельдшера карантинного барака в 1909 г. в селе Рождественском Пермской губернии умерли две его взрослые дочери¹³³.

Наем помещений для пункта и квартиры фельдшеров также осуществлялся за счет земских управ. Медицинский персонал уездных участков обеспечивался квартирами с отоплением и освещением. При отсутствии земских квартир персонал в уездах получал квартирные деньги в размере, устанавливаемом уездным земским собранием. Не получившим

¹³² Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. № 5. С. 54.

¹³³ Протоколы врачебно-санитарного совета при Кунгурской земской управе // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 28.

готовой квартиры семейным фельдшерам полагалось от 3 до 5 руб., а несемейным от 2 до 4¹³⁴, пунктовым участковым фельдшерам сверх того полагалось по 2 руб. на освещение и мытье полов, городским фельдшерам на эти цели выплачивалось до 7 руб. в месяц¹³⁵. Однако данные суммы были не достаточны и покрывали расходы на наем жилья лишь частично¹³⁶.

Согласно принятым в 1910 г. нормам постройки сельских больниц¹³⁷, квартира сельского уездного врача должна была иметь не менее 5 комнат и кухню с кладовой, общей площадью не менее 250 кв. аршин и высотой потолков в 4,5-5 аршин, а также иметь теплый туалет. Квартира фельдшера должна была состоять не менее чем из 2 комнат и кухни общей площадью в 75 кв. аршин. Для служилого персонала полагалось помещение не менее 12 кв. аршин на человека. В нашем распоряжении имеется план перестройки дома фельдшера Очерской заводской больницы Оханского уезда Н.П. Печуркина¹³⁸. Строение имело один этаж с чердаком, два крыльца – черное и чистое, рядом располагался чулан, далее шла кухня с проходом в большую детскую комнату и столовую; из прихожей можно было пройти в другую часть дома, где находились гостиная, кабинет, зал и спальня хозяев.

Обратимся теперь к еще одной важной составляющей жизни не только медицинского персонала, но и всех людей, части – к питанию.

К сожалению, очень сложно установить, что же составляло повседневный пищевой рацион медицинских работников, и был ли он уникален по сравнению с другими категориями служащих. В нашем распоряжении есть материал о том, что врачи употребляли в пищу, находясь в больницах на дежурстве. Предельная стоимость дневного питания дежурного

¹³⁴ Инструкция для вспомогательного персонала // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №5. С. 52-56.

¹³⁵ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. №1. С. 19.

¹³⁶ Шанц А.М. О нормировке штатов медицинского персонала в лечебницах Оханского земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №4. С. 342.

¹³⁷ Нормы содержания больниц и квартир // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №5-7. С. 19.

¹³⁸ ГАПК Ф. 279. Оп. 5. Д.423. Л. 8.

врача на 1912 г. составляла 35 коп.¹³⁹ Дежурный, исполняющий трудную работу, должен был получать достаточно питательного материала, приблизительно равного 3000 ккал (белки 135, жиры 64, углеводы 447).

Паек дежурного состоял из чая с 50 г сахара (в то время как в порциях больных сахара было не более 16 г) и 300 г молока. Стоимость такой порции была равна 4,5 коп., а калорийность – 403 ккал. Также дежурному полагался хлеб: белый, пшеничный или ржаной весом в 400 г, что обходилось в 8 коп., и давало еще 1873 калории. Кроме того, в завтрак входило 1 яйцо или вместо него еще дополнительно 300 г молока. В обед на первое чаще всего был суп, а на второе – 300 г мяса без кости, чистой мякоти. Кости шли в суп, а мякоть на котлеты. Итого такой дневной рацион обходился в 33 коп.

Пищевое довольствие служительского персонала – смотрителей и сестер милосердия составлял либо тот же паек, что полагался больным, куда входили суп и каша, либо норма рабочего: чай, 25 г сахара, 150 г молока, стоимостью в 2,5 коп., и калорийностью в 200 ккал, хлебная порция, стоимостью в 7 коп. Суп и каша готовились по больничным нормам, выработанным доктором Розенгардом, куда входило 400 г мяса. Весь суточный паек обходился в 21 коп.

В некоторых больницах Пермской губернии дежурные требовали, чтобы паек был выдан им в сыром виде, и уносили его домой, куда уходили пить чай, обедать и ужинать, таким образом, полностью уничтожая саму цель дежурства, состоящую в том, чтобы больница круглые сутки находилась под наблюдением медицинского персонала. В другой больнице двое дежурных из разных смен договорились обедать и ужинать вместе, т.е. когда один дежурил, другой приходил к нему, и они делили один паек на двоих и наоборот. Когда главный врач узнал об этой ситуации, он запретил подобный порядок разделения пайка, однако дежурные возразили ему, указав, что смотрят на этот паек как на свою собственность и вправе делать с ней все,

¹³⁹ Проект пищевого довольства больных, дежурных и прислуги в больницах Оханского уезда // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 16-19, 37-41.

что им вздумается. Врач объяснил им, что если этот взгляд усвоят больные и больничная прислуга, то и они будут водить всех своих родственников и знакомых. Кроме того, вся еда, и работников и больных – являлась собственностью земства.

В части больниц практиковалась выдача суточного пайка деньгами, что так же было недопустимо, так как в данном случае дежурные считали его прибавкой к жалованию и тратили по своему усмотрению.

Проблема обеспечения населения продуктами питания особо обострилась во время Первой мировой войны. В это время отмечается резкое возрастание цен практически на все группы товаров. В 1907 г.¹⁴⁰ пуд муки стоил 90 коп., мясо – 3 руб. 20 коп. – 4 руб., капуста – 20 коп., комплексный обед в чайной обошелся бы в 15-20 коп., в то время как в 1915 г. подобный обед стоил уже более 1 руб. на человека¹⁴¹. По самым минимальным подсчетам в 1916 г. затраты фельдшеров на питание оценивались в 45 руб. в месяц при общей зарплате, не превышавшей 50 руб.¹⁴²

Что касалось еще одной значимой стороны повседневной жизни – одежды, то основываясь на данных визуальных источников (фотографий) и отчетов управ о покупке необходимой спецодежды, можно описать рабочий костюм как белый халат и колпак¹⁴³. Медицинский персонал земств получал униформу за счет средств земств, остальные же медработники покупали такие комплекты в частных фирмах, занимавшихся торговлей медикаментов.

Внерабочая повседневная одежда не имела каких-либо особых отличий от одежды других групп людей со схожим социальным достатком. Более состоятельные городские врачи могли позволить себе заказывать вещи у портных, менее состоятельные – покупали уже готовые в магазинах. В среднем стоимость повседневной рубахи составляла 75-90 коп., выходной – 3 руб., делового костюма – 8 руб., пальто длинное стоило от 15 руб., сапоги

¹⁴⁰ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. №2. С. 25.

¹⁴¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №9. С.476-477.

¹⁴² Шанц А.М. О нормировке штатов медицинского персонала в лечебницах Оханского земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №4. С. 342.

¹⁴³ ГАПК Ф. ф-16. Оп. 16. ДД. 22, 32, 35; Ф. ф-38. Оп. 38. ДД. 24, 25, 26; Ф. р-1725. Оп. 1. Д. 19.

яловые от 5 руб. (во время войны уже 20-30 руб.), ботинки летние – 2 руб.¹⁴⁴ По подсчету А.М. Шанц, работавшей врачом в Оханском земстве, на одежду и обувь у фельдшерско-акушерского персонала уходило не менее 15 руб. в месяц при зарплате всего в 40-50 руб.¹⁴⁵

Для уездных городских и сельских врачей, которые могли покидать место своей службы лишь несколько раз в год, доступней всего была домотканая одежда, производимая местным населением.

Важно отметить недостатки постановки медицинского дела, которые отмечали сами медики. Наиболее обширную картину дает анализ жалоб, направляемых медицинским персоналом в губернские и уездные управы. Ежегодные списки претензий по уездам Пермской губернии были достаточно велики¹⁴⁶.

В Ирбитском уезде недовольство медицинских работников было вызвано отсутствием родильных покоев при участковой больнице и квартир для врачей и фельдшерского персонала при некоторых уездных больницах. В ряде участковых больниц не были оборудованы специальные помещения для палатной прислуги, а в других амбулатории располагались внутри больничных помещений, связанных с больничными палатами. Врачам и фельдшерам уезда было достаточно трудно добиться командировок и положенных им отпусков, так как в уезде отсутствовал запасной врач для их замены. Повсеместно слабо была развита подготовка оспопрививателей, как в количественном, так и в качественном отношении. Частью аптек и фельдшерских пунктов заведовали низкоквалифицированные ротные фельдшеры, что было запрещено законом, но ввиду низкой заработной платы, других желающих занять данные должности не находилось. Некоторые участковые врачи были недовольны тем фактом, что для участия

¹⁴⁴ Шанц А.М. О нормировке штатов медицинского персонала в лечебницах Оханского земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №4. С. 342.

¹⁴⁵ Там же. С. 342.

¹⁴⁶ Свод постановлений 10 съезда врачей и представителей земств Пермской губернии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 5-7. С. 6-11.

в заседаниях Пироговских съездов врачей от Ирбитского уезда ни разу не был избран ни один делегат. Кроме частных недочетов в уезде отмечалась плохо развитая сеть врачебных участков, их недостаточное число, что увеличивало нагрузку на 1 врача при стабильно низкой оплате его труда.

По Верхотурскому уезду чаще всего встречаются жалобы на то, что многие медицинские работники были вынуждены совмещать сразу несколько должностей, которые налагали на них обширный ряд обязанностей. Врачи высказывались по поводу общей неопределенности в отношении условий службы и неясной системы оплаты больничных, а также отсутствия ежегодных отпусков и командировок с пособиями от земства. В некоторых случаях командировки приравнивались к отпускам, и у врачей совсем не оставалось времени на отдых. Не были предусмотрены выходные дни и для фельдшерско-акушерского персонала. Но наиболее острыми проблемами были сильное развитие «фельдшеризма» – в уезде существовало целых 35 фельдшерских пунктов, и полное отсутствие института оспопрививания.

В Оханском уезде при некоторых больницах отсутствовали карантинные бараки и квартиры для медицинского персонала, при том, что управа практиковала такое новшество, как удержание денег из зарплат врачей и фельдшеров за наем для них жилья.

В Шадринском уезде, как это ни удивительно, все претензии сводились только к значительной величине участков.

В Чердынском уезде, кроме общих практически для всех уездов проблем в области оплаты труда и выходных дней, происходил процесс концентрации врачей в г. Чердыни с населением в 4 тысячи человек с участками в 12 тысяч при нахождении соседнего участка на расстоянии 17 верст. При этом широко шло развитие разъездной системы, в то время как случаи выездов должны были быть точно регламентированы. Из общих недочетов по уезду отмечалось отсутствие родильных покоев при участковых больницах и карантинных отделений при части больниц, повсеместно практиковалась стирка больничного белья на дому. Кроме того, наблюдалась

частая смена врачей, и перекладывание на фельдшерско-акушерский персонал большого количества обязанностей, не входивших в его компетенцию.

Соликамский уезд, как и Верхотурский, страдал от развития «фельдшеризма» (21 фельдшерский пункт на 6 врачебных участков) и от отсутствия института оспопрививания. Среди минусов врачи выделяли существование на территории уезда института сельских повитух, достаточно опасного и «вредного» для населения. Соликамское земство не оплачивало затраты на разъезды врача к больным.

В Осинском уезде среди недочетов медицинские работники чаще всего выделяли значительную величину и радиус врачебных участков, небольшие размеры квартир для персонала, и отказ земства оплачивать пособия, положенные при научных командировках.

В г. Екатеринбурге отсутствовала городская земская больница. По уезду часто встречаются жалобы фельдшеров на отсутствие ежегодных отпусков и недовольство прислуги из-за отсутствия отдельных помещений для нее.

В Камышловском уезде в крайне неудовлетворительном состоянии находилась Китайская больница, а наиболее крупная в г. Камышлове вынуждена была вмещать до 174 стационарных больных. Кроме того, в уезде при отсутствии родильных палат при некоторых больницах был широко развит институт малограмотных повитух.

В Пермском уезде были построены слишком большие амбулатории при Юговской и Мотовилихинской больницах, вследствие чего труд врачей становился просто «непосильным». Так же, как и в других уездах, наблюдалось развитие ротного фельдшеризма, отсутствие особых лиц для ведения больничного хозяйства, недостаточное количество готовых квартир для медицинского персонала.

В Красноуфимском уезде, как и в Чердыни, активно шел процесс централизации врачей в городе – 4 врача на 50 стационарных пациентов в

больнице при общем количестве врачей в уезде в 9 человек. Таким образом, в большей части врачебных участков не было врача, и его обязанности переходили на врачей соседних участков, которым приходилось заведовать 3-4 участками с населением до нескольких тысяч человек. В уезде полностью отсутствовали бараки для инфекционных больных, исключение составляли два барака в Ключах и Красноуфимске, которые, однако, находились в полуразрушенном состоянии и могли вместить в себя не более 4 больных. 73% амбулаторных пациентов уезда получали не врачебную, а фельдшерскую помощь, притом, что большая часть фельдшеров (18 человек из 30) были ротными. В Бисерти больница располагалась в наемном доме, не отвечавшем никаким нормам.

В Кунгурском уезде медики жаловались на частую смену врачей, являвшейся результатом плохой обеспеченности больниц и «ненормального» правового положения врача.

Показательно, что все жалобы повторялись из года в год, несмотря на то, что, по всей видимости, это было достаточно бесполезным занятием, так как большая часть проблем так и не была решена.

Минимальные желаемые требования самих медиков к условиям работы сводились к тому, что в участковой больнице должно было быть не менее 13 зданий, главным из которых являлась амбулатория, состоящая из приемного покоя, или как в то время его чаще называли «ожидальни», нескольких кабинетов врачей, перевязочной, аптеки с кладовой и подвалом, комнаты служителя. Еще одно здание следовало отводить под общий госпиталь, где расположились бы палаты на 8-12 кроватей, операционная с предоперационной, перевязочная, бельевая, ванна и клозет. Отдельно должен был находиться карантинный барак на 5-6 кроватей, включавший не менее двух отделений с индивидуальными ванной и клозетом в каждом. В одной части барака желательно было разместить отделение для формалиновой дезинфекции или для установки дезинфекционного аппарата, а в другой – перевязочную комнату. Обязательно была необходима постройка родильного

приюта минимум на 3-4 кровати, в котором расположились бы родовая комната, послеродовая, смотровая, ванна и клозет. Желательно было иметь обособленную квартиру акушерки и комнату для сиделки. Дополнительно необходимы были квартиры врачам (на 5 комнат) и квартиры для фельдшерского персонала (в каждой не менее двух комнат, передней и кухни), отдельные комнаты 3 на 4 аршина для obsługi, общая кухня, которая должна была иметь кроме комнаты для приготовления пищи еще и столовую для прислуги, кладовую и комнату для кухарки. В отдельное здание должна была быть отнесена прачечная, состоявшая из комнаты для разборки белья, стиральной, уборочной с механической сушильной, бельевой кладовой и комнаты прачки. Кроме того, на территории больницы желательно было иметь часовню и такие хозяйственные постройки, как каменный ледник, конюшню на 3 стойла, сарай для дров, дворовые клозеты, помойные ямы и изгороди¹⁴⁷.

Стоимость такой больницы на 1913 г. равнялась примерно 50-55 тысячам руб., и на ее ежегодное содержание необходимо было еще тратить не менее 10 тысяч руб. А это были огромные средства для земств по тем временам. Такие суммы выделялись только самым крупным городским больницам¹⁴⁸.

В действительности больницы, в особенности уездные, выглядели совершенно иначе. В качестве примера можно привести Верхне-Уфалейскую больницу в Екатеринбургском уезде. Это была среднестатистическая больница, которую в силу ее размеров врачи и пациенты чаще уничижительно называли «больничкой». Новое здание этой больницы было построено в 1892 г. после пожара, и имело всего один этаж, вмещавший три палаты, двери из которых вели непосредственно в маленький приемный покой, где всегда скапливалось очень много больных. Во всей больнице

¹⁴⁷ Дорф Д.Я. Несколько данных к вопросу об организации общественной медицинской помощи // Общественный врач. 1913. № 7. С. 785-786.

¹⁴⁸ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914. С. 14.

имелось только двенадцать кроватей, маленькая операционная, переоборудованная самим врачом из полутемного помещения для хранения запасных медикаментов: стены были покрашены масляной краской, сложена новая печка и вставлено большое окно, света из которого, однако, все равно было недостаточно. Помещение для ванны в больнице отсутствовало¹⁴⁹.

Однако встречаются и положительные примеры переустройства больниц. Так в 1909 г. был закончен ремонт больничных помещений Кунгурской больницы. В ходе работ была увеличена высота потолков и окон в палатах, что дало дополнительное освещение и приток свежего воздуха больным. Карантинный барак был разделен на два изолированных помещения, и к ним было пристроено третье. Кухня была перенесена в помещение, где ранее располагались бани, а для самих бань было выстроено новое здание. Амбулаторию решено было пристроить рядом с больничным зданием по фасаду, чтобы больница и амбулатория были разделены коридором, и вход в приемную для амбулаторных больных был отдельным¹⁵⁰.

Важными вопросами рабочего быта врачей были вопросы гигиены и соблюдения санитарных норм. Сохранение стерильности, как зданий больниц в целом, палат, операционных, так и самого врача, требовало соблюдения определенных правил.

Для стирки белья в большинстве больниц использовалось обычное мыло. Широко был распространен так называемый «щелок Смолинского», более дешевый, чем мыло, и по заявлениям самих врачей, не наносящий никакого вреда белью. В 1907 г. в качестве эксперимента земством для Чердынской городской больницы была приобретена стиральная машина «Ниагара»¹⁵¹. Спустя небольшой промежуток времени, заведующий больницей врач Токарев выразил свое негативное отношение к данной

¹⁴⁹ Очерк хирургической деятельности в Верхне-Уфалейской больнице Екатеринбургского уезда 1909 года // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №2. С. 27.

¹⁵⁰ Протоколы врачебно-санитарного совета при Кунгурской земской управе // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 34-35.

¹⁵¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 5. С.14.

покупке. В машину помещалось всего около 40 грязных простыней, после чего необходимо было в течение часа вручную приводить ее в движение. Прачки жаловались на то, что это была достаточно тяжелая работа, а белье в итоге получалось серым и не постиранным. Таким образом, машинная стирка не дала никаких особых преимуществ: мыло она не сэкономила, времени – очень мало, труд «верчения» машины у горячего очага был тяжелым, а белье – несвежим. Поэтому массовую закупку стиральных машин в Пермском земстве было решено не производить.

Кроме стирки, больничное белье подвергалось паровой дезинфекции. Для этих целей применялись различные устройства, и даже имелись целые каталоги, по которым можно было заказать тот или иной аппарат. В 1908 г. для Мошковской больницы из Одессы был выписан паровой дезинфектор системы Юнга, стоимостью в 62 руб. от торгового дома Фурманского¹⁵².

В самой крупной в губернии земской Александровской больнице для дезинфекции еще в 1892 г. в отдельном помещении была оборудована паровая камера, а в 1895 г. было окончено строительство прачечной, в которой могла проводиться не только паровая, но и химическая дезинфекция формалином. К 1914 г. в больнице имелось 4 стиральных машины, 2 выжимных станка, 2 резервуара для полоскания и 2 деревянных шкафа для просушки. С 1907 г. стиральные машины приводились в действие не ручным трудом, а с помощью электромотора, что увеличило количество белья с 50-55 пудов до 90-100 в день¹⁵³.

Для мытья рук перед приемом больных медицинский персонал использовал все то же мыло, однако для проведения операций руки намыливались определенным способом, получившим название метода Фурбрингера¹⁵⁴, при котором помимо мыла использовались щетка, горячая вода, спирт и сулема. Чтобы обезопасить себя от загрязнения рук

¹⁵² Там же. С.15.

¹⁵³ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914. С. 10-11.

¹⁵⁴ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 2. С. 32.

употреблялось не кусковое мыло, а мыло в виде раствора в девяти частях воды. Данный раствор предварительно кипятился и профильтровывался. В некоторых медицинских учреждениях его наливали в прибор профессора Дьяконова с отдельными педалями для мыла и спирта. Спирт использовали денатурированный-формалиновый. Упоминались случаи употребления в данных целях простого денатурированного спирта для горения, имевшего неприятный запах и вызывавшего головные боли у больных и персонала¹⁵⁵.

Одним из важнейших условий накануне операций было посещение врачами бани. Непосредственно перед самой операцией, в первую очередь, обрабатывались руки – врачи обрезали и чистили ногти и ногтевое ложе. Затем врач снимал верхнее платье, надевал клеенчатый фартук, на ноги поверх сапог надевались медицинские лапти, рукава сорочки загибались до середины плеча, и после всех приготовлений врач начинал смазывать руки зеленым мылом, затем тщательно промывал их кокосовой щеткой первый раз в горячей воде, а на второй – опуская их в эмалированный таз с прокипяченной прохладной водой¹⁵⁶.

После этого врачи проходили в предоперационную комнату, где надевали стерилизованные халаты, опускали пальцы на глубину ногтей в йодную настойку, затем снова промывали руки прокипяченными щетками с мыльным спиртом в растворе сулемы. Заканчивали приготовление обтиранием рук кусочком марли, смоченным в винном спирте. На подбородок и рот надевали стерилизованный марлевый платок, и проходили непосредственно в операционную к больному. Весь процесс подготовки занимал в среднем 15-20 минут.

Для стерилизации инвентаря, в том числе бинтов и шприцов, чаще всего прибегали к обычному кипячению¹⁵⁷. В некоторых случаях для стерилизации перевязочного материала и белья использовался довольно

¹⁵⁵ Там же. С. 32.

¹⁵⁶ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 9. С. 7.

¹⁵⁷ Краткий очерк по хирургическому отделению Ирбитской городской земской больницы // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №3. С.72-73.

объемистый автоклав, в котором без особых затруднений заготавливался необходимый материал не только для хирургического отделения, но и для пользования в больнице и приемном покое¹⁵⁸. Для надобности хирургического отделения материал обеззараживался и хранился в специальных коробках Шеммельбуша, которые открывались лишь перед самой операцией¹⁵⁹.

Столы и пол операционной накануне полостных операций обрабатывались раствором сулемы.

Потребность Пермской губернии в 1916 г. в обеззараживающих материалах составляла: в формалине – 812 пудов, сере – 783 и соде – 959¹⁶⁰.

Для швов и лигатур употреблялись различные номера шелка. Способ его приготовления был следующим: сначала готовый шелк в мотках тщательно промывался мыльным спиртом, затем его оставляли в спирте еще на сутки, после чего кипятили в течение получаса в сулеме или простой воде, а далее наматывали приготовленными руками на стеклянные катушки и хранили в спирте.

В качестве наркоза в большинстве больниц употреблялся морфий-хлороформ (лишь в единичных случаях прибегали к эфиру). В Александровской земской больнице для наркоза дополнительно использовали юнкерскую маску-распылитель, которая по заявлению одного из врачей была настолько практична, значительно сокращала количество необходимого для наркоза хлороформа и в то же время так безупречно обеспечивала равномерность его употребления в единицу времени. Однако она не получила широкого распространения в других больницах.

Подводя итог, следует сказать, что к началу XX в. сфера здравоохранения в Пермской губернии нуждалась в существенной модернизации с точки зрения материального обновления. Среди основных

¹⁵⁸ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 9. С. 5.

¹⁵⁹ Краткий очерк по хирургическому отделению Ирбитской городской земской больницы // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №3. С.73.

¹⁶⁰ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 745. Л. 2.

минусов особо выделялась нехватка кадров, причинами которой были низкая заработная плата и неустройство на местах: отсутствие квартир, удручающее состояние больниц и недостаточное их количество. Кроме того, на недостаток медицинского персонала в Пермской губернии оказывало влияние отсутствие до 1916 г. на территории губернии учреждений высшего медицинского образования. В сравнении не только с европейскими государствами, но и с центральными регионами России, в Пермской губернии в значительной мере проявляли себя такие проблемы, как фельдшеризм и большие размеры (по территории и количеству населения) врачебных участков в сочетании с плохим состоянием дорожной сети. Внутри самой губернии также наблюдались некоторые различия в организации медицинской помощи – западная часть и уезды, входившие в нее, выглядели на фоне восточной несколько более развитыми. Преимущественно это было связано с тем, что на востоке преобладало заводское население, и медицинская помощь оказывалась заводскими врачами, не включенными в систему земской медицины, которая на рубеже XIX-XX вв., несмотря на все свои недостатки, была наиболее прогрессивной.

Профессиональная повседневность медицинских работников характеризовалась наличием широкого круга разнообразных обязанностей, достаточно тяжелыми условиями труда и постоянным присутствием конфликтных ситуаций. Однако случаи смены специальности с медицинской на какую-либо иную были крайне редки, а медицинское образование, как будет видно из следующей главы, было одним из самых востребованных направлений.

Глава 2. Материальная и социокультурная характеристики профессиональной повседневности медицинских работников.

2.1. Образование и его влияние на профессиональную повседневность медицинского персонала.

Накануне революции 1917 г. в стране действовали 10 медицинских факультетов университетов, 2 специализированных медицинских вуза, 2 частных медицинских института и различные женские курсы с университетской программой преподавания¹⁶¹. Наиболее популярны были медицинские факультеты Московского, Киевского, Харьковского, Варшавского, Юрьевского, Казанского, Томского, Дерптского университетов, Петербургская военно-медицинская академия, Институт практической анатомии в Петербурге, клинический институт великой княгини Елены Павловны, институт экспериментальной медицины, Ортопедический институт, Психоневрологический институт в Петербурге.

В Пермской губернии получение высшего медицинского образования стало возможным только с 1916 г.

Медицинские факультеты в сравнении с другими направлениями высшего образования являлись одними из самых доступных по стоимости обучения. Плата за обучение колебалась от 50 до 100 руб. в год в зависимости от вуза. К тому же, в среднем по университетам в 1891 г. от платы было освобождено 16,5 % студентов, в 1903 г. – 17 %¹⁶². О большей доступности медицинского образования говорит еще и тот факт, что студенты-медики составляли большинство по отношению к студентам других факультетов: в 1897 г. – около 62%, 1907 – 60 %, 1915 – 52%, в 1917 –

¹⁶¹ Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России: XIX - начало XX вв.: дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2004. С. 89.

¹⁶² Всеподданейший отчет Министра народного просвещения за 1903 год. СПб., 1905. С. 4.

53%¹⁶³.

Деньги для оплаты обучения студенты часто старались заработать в летний период, устраиваясь на службу в земства на места среднего медицинского персонала. Зимой основным источником дохода становились частные уроки. Часть студенчества пользовалась стипендиальной поддержкой. Стипендии подразделялись на три основных вида в зависимости от организации, выдававшей их: казенные, земские и частные.

Казенные стипендии до 1905 г. выплачивались только студентам-христианам, после 1905 г. они распространились и на мусульман¹⁶⁴.

Что касалось стипендий от земств, то их размеры колебались от нескольких копеек (в центральных районах России) до 500 руб. в год (в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке). Земства выдавали деньги на условиях последующего обязательного возвращения или отработки. Студент В. Ляпустин, направленный на учебу Пермским губернским земством, получал стипендию на следующих условиях ее возвращения: при будущем заработке от 300 до 600 руб. в год он должен был возвращать 10% в месяц, при заработке более 600 руб. – 20%¹⁶⁵. Молодые специалисты крайне неохотно возвращали деньги земствам, объясняя это тем, что они подписывали документы будучи «голодными студентами» готовыми подписать все что угодно¹⁶⁶. Т.Ю. Шестова указывала, что единственной действенной мерой стала публикация имен должников в центральных газетах, после чего около 65 % неплательщиков добровольно начали вносить выплаты¹⁶⁷.

И наконец, третий вид стипендий – частные стипендии, делившиеся на обязательные (с отработкой) и необязательные. Как правило, такие

¹⁶³ Иванов А.Е. Студенчество России конца 19 - начала 20 вв.: социально-историческая служба, М., 1999. С. 173.

¹⁶⁴ Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России: XIX - начало XX вв.: дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2004. С. 383.

¹⁶⁵ Там же. С. 385.

¹⁶⁶ Журналы Пермского губернского земского собрания 36 очередной сессии и доклады сему собранию. Пермь, 1904. С. 260-261.

¹⁶⁷ Шестова Т. Ю. Развитие здравоохранения уральских губерний (Пермской, Вятской, Оренбургской) 1864 – 1900. Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2003. С. 92.

стипендии учреждались конкретными лицами (чаще всего практикующими врачами) в память каких-либо событий или людей.

Большая доступность медицинского образования по сравнению с другими специальностями давала возможность его получения представителями всё более и более низких слоев населения¹⁶⁸. Конечно, по социальному происхождению (данные на 1880 г.), на первом месте все еще были выходцы из дворян и чиновников (потомственные дворяне – 17% и личные – 22%)¹⁶⁹, но второе место между собой уверенно делили представители купечества и мещане с разночинцами (11-15%), крестьянство занимало третье место (6-7%), далее шли иностранцы (0.6-3.5 %) и казаки (0.7-2.4%). В связи с запретом на прием семинаристов в высшие учебные заведения численность представителей духовенства к концу XIX в. снизилась до 5-6 %¹⁷⁰. Это данные в среднем по стране, и в зависимости от вуза они менялись, так, например, в Казанском и Томском университетах по-прежнему более половины студентов-медиков были выпускниками из духовных семинарий¹⁷¹.

Для двух больших групп студентов единственным способом получения высшего образования была учеба за границей. К первой группе относились студенты, исключенные из вузов по каким-либо политическим мотивам, а ко второй – евреи, в силу существования процентной нормы, ограничивающей возможность поступления лиц иудейского вероисповедания в учебные заведения. Число российских студентов, обучавшихся в Германии в 1911-1912 гг. на медицинских факультетах в зависимости от города колебалось от 12 до 36%¹⁷², в то время как на других специальностях процент был

¹⁶⁸ Волдишин И.К. Врачи и земцы // Общественный врач. 1914. № 1. С.154.

¹⁶⁹Яворская Ю. А. Медицинская интеллигенция в социокультурном пространстве российской провинции: 1860-е - 1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Краснодар, 2003. С. 74.

¹⁷⁰Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России: XIX - начало XX вв.: дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2004. С.340.

¹⁷¹Яворская Ю. А. Медицинская интеллигенция в социокультурном пространстве российской провинции: 1860-е - 1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Краснодар, 2003. С.74.

¹⁷² Грановский Л.Б. О положении русской учащейся молодежи, в частности – студентов медицины, в высших учебных заведениях Германии // Общественный врач. 1913. № 8. С. 952.

существенно ниже, и равнялся в среднем 5,2¹⁷³.

Для многих абитуриентов из Пермской губернии предпочтительным было поступление на медицинский факультете Казанского университета, что объяснялось сравнительно низкой стоимостью обучения и территориальной близостью. К 1899 г. из 443 студентов медицинского факультета Казанского университета 360 человек, то есть практически 82%, получали различные виды материальной помощи, в то время как в других университетах этот процент был заметно ниже¹⁷⁴. Значительная часть врачей губернии были выходцами из клинического института великой княгини Елены Павловны¹⁷⁵.

Лишь в 1916 г. в Перми открыли отделение Петроградского университета. Медицина была одним из направлений обучения на физико-математическом факультете. Об этом действительно знаковым событии для региона писали практически все газеты. В ноябрьском выпуске врачебно-санитарной хроники Пермской губернии появилась статья, целиком посвященная пожеланиям устройства Медицинского отделения и его важности для организации врачебно-санитарной работы¹⁷⁶. Значимость открытия медицинского отделения заключалась не только в том, что оно позволило бы подготовить необходимые кадры для работы, непосредственно знакомые с особенностями и условиями местной жизни, но и предоставило бы возможность совершенствовать знания уже практикующим врачам, которые в силу удаленности их мест работы, не имели возможности добраться до крупных научных центров. Активная деятельность университета по выпуску врачей началась лишь после революции 1917 г.

Для того чтобы поступить на медицинский факультет абитуриентам необходимо было сдать ряд экзаменов и пройти конкурсный отбор, который был значительно усилен после отказа от неограниченного приема. К 1890 г.

¹⁷³ Там же. С. 946.

¹⁷⁴ В Юрьевском университете только 7,5% студентов получали материальную помощь, в Дерптском этот процент был еще ниже – 5,6%.

¹⁷⁵ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. №2. С.123.

¹⁷⁶ К открытию Пермского отделения // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №9-10. С. 659-660.

практически во всех вузах были установлены так называемые «комплекты» – контрольные цифры приема студентов. Требования к абитуриентам менялись в зависимости от вуза поступления, но все-таки можно выделить некоторые общие. В экзаменационную программу входили такие обязательные предметы как латинский и русский языки, химия, физика и биология.

Практикующие врачи в качестве рекомендаций предлагали и более широкий круг требований к лицам, желающим поступить в медицинскую школу¹⁷⁷. Все рекомендации основывались на опыте и практике самих врачей, которые исходили из того, чего им самим не хватало в их ежедневной работе. Во-первых, необходим был высокий уровень общего развития, под которым понималось умение правильно мыслить и умение правильно делать заключения, для этого будущему врачу необходимо было изучать точные науки, такие как математика, физика, химия. Во-вторых, важным фактором было знание современных языков, в особенности немецкого и французского, которые давали врачам возможность пользоваться западной литературой, способной не только расширить кругозор, но и предоставляющей возможность узнавать о новых передовых разработках в медицине в других странах. В некоторых вузах иностранные языки были включены в программу вступительных экзаменов. В начале XX в. в медицинской среде был популярен язык «Эсперанто», существовали даже различные общества любителей этого языка, главным из которых была «Всемирная эсперантская ассоциация врачей», издававшая на языке эсперанто медицинский журнал «Голос врачей» в Галиции. В России врачи объединились во «Всероссийское Эсперантское общество врачей», имевшее отделения в провинции. Санитарное бюро Пермского губернского земства, в лице заведующего И. К. Кондорского, по собственной инициативе представляло различные справки для всех желающих выучить язык эсперанто¹⁷⁸.

Для получения звания врача требовалось окончить 10 семестров в

¹⁷⁷ Штанге В.А. Задачи медицинского образования // Врачебная газета. 1904. № 10. С. 293.

¹⁷⁸ От Санитарного бюро // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №8. С. 89-90.

течение пяти лет обучения и сдать государственные экзамены специальной медицинской испытательной комиссии¹⁷⁹. В 1890 г. были введены новые правила сдачи выпускных экзаменов, которые теперь не являлись экзаменами для получения медицинской степени лекаря. В ходе последнего 10 семестра выпускник получал только выпускное свидетельство¹⁸⁰. Как отмечает И.В. Зимин, в итоге фактически был введен 11 семестр для сдачи всех 23 экзаменов.

Врачебный устав приводит полный список экзаменов¹⁸¹, которые были разделены на две группы: вспомогательные предметы и существенные. К вспомогательным относились физика, химия, ботаника, зоология и минералогия, которые сдавались в течение курса обучения. На экзаменах по физике, химии и биологии необходимо было ответить на два вопроса, по зоологии и минералогии – на один. Существенные предметы сдавались только после окончания полного учебного курса и проходили в два этапа – устная сдача теории и практическая часть. Теоретические знания студентов-медиков проверялись по физиологии здорового человека, физиологии патологической, общей терапии, токсикологии, рецептуре, теоретической хирургии и офтальмологии, акушерству, судебной медицине, гигиене и частной терапии.

Практическая часть также включала сдачу ряда экзаменов. По анатомии и физиологии будущему врачу необходимо было продемонстрировать на трупе одну из трех главных полостей тела, поясняя положение и строение находящихся в ней органов, а также приготовить препараты нервов, сосудов и мышц. По анатомии патологии – на препарате, хранящемся в спирте, студентам необходимо было описать болезненное изменение каких-либо тканей или органов. Экзамен по фармакологии и фармации предполагал умение распознавать и описывать простые и сложные

¹⁷⁹ Яворская Ю. А. Медицинская интеллигенция в социокультурном пространстве российской провинции: 1860-е - 1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Краснодар, 2003. С. 67.

¹⁸⁰ РГИА. Ф.733. Оп.155. Д.782. Л.98.

¹⁸¹ Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Приложение к ст. 596. О экзаменах медицинских. С. 254.

лекарственные средства. На экзамене по оперативной хирургии и хирургической анатомии студенты демонстрировали умение делать сложные полостные операции (на трупах) и малые хирургические операции, такие как введение катетера и кровопускание (на живых пациентах). На манекенах студенты сдавали экзамен по практическому акушерству, предусматривающий проведение двух родовспомогательных операций. И наконец, необходимо было сдать экзамен по судебной медицине, на котором предлагалось вскрыть мертвое тело и составить соответствующий протокол. Кроме того, студентам назначались в терапевтическом и хирургическом отделении госпиталя не менее 4 больных, которых они должны были вести до их полного выздоровления.

В случае успешной сдачи всех экзаменов испытуемому выдавалось соответствующее удостоверение – свидетельство или диплом. Если студент не сдавал один существенный предмет или два вспомогательных, он мог пересдать их в течение 3 месяцев, по истечении данного срока необходимо было снова сдавать все экзамены. Так же пересдача всех экзаменов была обязательна и в случае неудовлетворительных оценок по двум и более существенным предметам¹⁸².

С окончанием университета обучение врача не заканчивалось, важность непрерывного образования понимали и более ста лет назад.

Пути повышения квалификации зависели от того, куда молодой специалист устраивался на службу после вуза: в крупные губернские больницы, в земские уездные городские или сельские больницы, на фабрики и заводы, или в тюрьмы.

В некоторых случаях для прохождения экстернатуры студентам-медикам предлагалось замещение фельдшерского персонала на время их отпусков. Однако оплата такого труда была крайне низкой, в то время как для большинства студентов летняя подработка была одним из основных

¹⁸² Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. Кн. 1. Учреждения врачебные. С. 96.

источников дохода на весь следующий год¹⁸³. Но, несмотря на это, большая часть будущих врачей все же стремилась на лето устроиться в городские больницы. Такая подработка знакомила будущего врача со всеми мелочами больничной жизни – от больничного хозяйства, отчетности, аптечного дела и т. д., до навыка ставить клизмы и банки, мыть посуду, готовить лекарства, делать мелкие операции, стерилизовать материалы и ассистировать: все то, что в университете зачастую упускалось из виду, но после его окончания, в профессиональной жизни, выходило на первый план. Плюсом такой работы многие отмечали и тот факт, что заменяя фельдшеров, будущие врачи на себе испытывали все стороны этой профессии, и уже впоследствии, становясь практикующими врачами, не позволяли себе грубо высказываться и быть нетерпимыми в отношении среднего и младшего медицинского персонала: «Хороший генерал тот, кто на себе испытал военную службу от рядового; хорош тот врач, кто функции сторожа, сестры милосердия, фельдшера и экономки проделал лично»¹⁸⁴.

По окончании университета большинство студентов устраивалось именно там, где они работали экстернами. К концу обучения в университете крайне желательно было быть экстерном, а еще лучше младшим штатным врачом в большой больнице, где на службе состояло не менее 2-3 врачей.

По мнению комиссии студенческих представителей Пироговского студенческого общества, после окончания университета молодому специалисту следовало поступать в ординатуру при клиниках, не задерживаясь там более трех лет, уступая место другим¹⁸⁵. Однако большинство выпускников предпочитали, как было сказано выше, крупные городские и губернские земские больницы, полагая, что там проще приобрести практические навыки, больше возможностей узнать все необходимое. В клинику же выгоднее, считали они, поступить после 2-4 лет разносторонней участковой службы, когда оформится профессиональный

¹⁸³ Шен Н.Э. О подготовке земских врачей // *Общественный врач*. 1914. № 3. С.338.

¹⁸⁴ Попов Г.И. К вопросу о подготовке сельских врачей // *Общественный врач*. 1914. №7. С. 882.

¹⁸⁵ Там же. С. 882.

характер молодого врача, и его склонности¹⁸⁶. Однако такой «карьерный путь» был уделом небольшого числа наиболее талантливых выпускников. В Пермской губернии в 1897 г. при Пермской губернской земской Александровской больнице в качестве эксперимента были учреждены должности 2-х врачей-экстернов с окладом жалования на первый год в 600 руб. и 900 руб. на второй. Но так как многие из экстернов после 2-х летнего стажа уходили на службу в другие губернии, в 1907 г. было принято решение институт врачей-экстернов упразднить¹⁸⁷.

Выпускники, идущие работать в уездные земства по призванию или по причине невозможности устроиться куда-либо еще в силу недостаточности своих знаний и компетенции, были вынуждены брать на себя тяжелую роль общественного врача. Как правило, молодые специалисты устраивались на службу в свои родные губернии. В 1890 г. число врачей, идущих в земство, было равно 14,29 %, большее число составляли только вольнопрактикующие врачи (25,34%)¹⁸⁸. К 1910 г. в Пермской губернии на службе состояло 123 земских врача¹⁸⁹. В 1915 г. число земских врачей немного сократилось в связи с призывом некоторых из них на фронт и составило 116, что приблизительно равно 55,2 % из общего количества врачей в 210 человек¹⁹⁰. Однако, медицинские факультеты не уделяли практически никакого внимания обучению студентов в данной области: так в обязательный цикл преподавания не были включены предметы, связанные с основами общественной медицины и системы земской медицины в целом. Хотя такие предметы могли не только расширить кругозор молодых специалистов, но и выступить в качестве пропаганды земской медицины, привлекая широкий круг студентов, так как к концу века старая народническая идеология, когда-то неразрывно связанная с земской медициной, уже значительно потускнела

¹⁸⁶ Там же. С. 882.

¹⁸⁷ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914. С. 22.

¹⁸⁸ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. №3. С. 92.

¹⁸⁹ Основные данные характеристики земской медицины в 1910 году // Общественный врач. 1913. № 7. С. 798.

¹⁹⁰ ГАПК Ф. 143. Оп. 1. Д. 1400.

в общественном сознании, и не способствовала более популяризации земской медицины.

Кроме малого знакомства и интереса к земской медицине у молодых врачей, несомненно, имелся вполне основательный страх своей неподготовленности к самостоятельной практической работе. Оставаясь в городе, молодой врач в трудных случаях мог опереться на более опытных коллег, а при отсутствии уверенности в собственных силах продолжить свое обучение при клиниках и больницах, что естественно, было недоступно уездному земскому врачу.

Следует отметить два главных противоречия: с одной стороны, в начале XX в. в сфере здравоохранения начинают усиливаться процессы дифференциации, что привело к потребности углубления специализации врачей. Земская же специализация, выражалась, как правило, в разделении врачебного труда на хирургию и терапию. Как только больницы стали искать на вновь открывавшиеся вакансии не просто земского врача с клиническим опытом, но и указывать необходимую специализацию, обнаружилась удручающая бедность подобных кандидатур: кандидатами были либо участковые врачи без специальной подготовки, либо специалисты не особо высокого уровня, слишком узко подготовленные для земской работы. С другой стороны, даже если бы подходящие кандидатуры находились, губернские и уездные земства не могли бы содержать целый штат специалистов, поэтому несмотря на то, что тенденции и потребности в более узкой специализации врачей по отраслям медицины уже наметились, земские врачи были вынуждены быть врачами универсальными. Однако качество медицинского образования, опять-таки не предусматривало и этого.

Таким образом, следует выделить, два основных момента, характеризующих участковую земскую медицину в рассматриваемый период: повышение клинических требований к типовым участковым больницам и как следствие их дифференциация, а также стойкое превышение спроса над предложением на рынке труда, обусловленное целым рядом

неблагоприятных для участковой медицины факторов: расширение земских учреждений на новые губернии, интенсивное развитие института земских санитарных врачей, повышенные требования к профессиональной подготовке участковых врачей при недостаточной оплате их труда, изменение идеологии, а также и общий экономический подъем, создавший усиленный спрос на врачебный труд в крупных центрах¹⁹¹.

Комбинация моментов дифференциации и в то же время объединение творческими силами для земских врачей представлялась в высокой степени неблагоприятной, а ее устойчивый характер заставил многие медицинские земские организации задуматься о создании специальных методов и институтов для подготовки необходимых им кадров.

Врачи клиник проходили подготовку непосредственно в клиниках, губернские земские врачи – в городских больницах, было бы логично предположить, что уездные земские врачи должны были проходить такую подготовку в участковых уездных земских больницах. Попытка реализовать данную идею была предпринята в Московской губернии, где был создан специальный институт «ассистентов» при уездных земских лечебницах¹⁹². Но уже к 1914 г. такая практика была признана неудачной, и институт изжил себя. Идея подготовки уездных земских врачей при участковых больницах не прижилась по ряду причин: во-первых, в участковых больницах наблюдался острый недостаток технических диагностических и лечебных средств, обязательных для научной медицины. Во-вторых, для клинических школ обязательно было необходимо устройство патологоанатомического института, а в штат участковых лечебниц никогда не входили специалисты патологоанатомы, и отсутствовал трупный материал. В-третьих, подготовка специалистов должна была идти в условиях максимально близких к действительности, а в участковых буднях присутствовало слишком много суеты и спешки, что не сочеталось с размеренной работой научных школ.

¹⁹¹ Шен Н.Э. О подготовке земских врачей // Общественный врач. 1914. № 3. С.331.

¹⁹² Там же. С.334.

Таким образом, подготовка уездных земских врачей так и не стала частью участковой медицины, которая все равно в свою очередь продолжала оставаться незаменимой практической школой, необходимой для организационно-общественной подготовки. Но в плане повышения медицинской квалификации уездные земские врачи были вынуждены проходить курсы усовершенствования при крупных научных центрах, где они стремились потом остаться, что естественно усиливало нехватку кадров в земствах.

Уровень оснащённости уездных медицинских учреждений был невысок: обстановка работы уездного врача была примитивна и тяжела; речь идет даже не о том, что далеко не везде были рентгеновские кабинеты, а о том, что зачастую врачи не располагали элементарной справочной литературой, не имели возможности получить консультацию по каким-либо сложным случаям, а также не имели подготовленных помощников. Именно поэтому процент смертности, который считался совершенно нормальным для клиник и городской медицины, уездная земская медицина никогда не могла себе позволить. Данное обстоятельство естественно влекло за собой еще один немаловажный психологический фактор, отпугивающий врачей от работы в уездных земствах: объектом работы становились «не текущие толпы городского населения, толкаемые городскими условиями на больничную койку, во что бы то ни стало»¹⁹³, а оседлое деревенское или фабричное население, внимательно и преувеличенно учитывающее всякую неудачу. Словом, требования к уездной земской специализации были высоки, сложны и оригинальны.

Для подготовки уездных земских врачей необходима была и специальная земская литература. Не только клиническая литература, так как подготовка общественного врача мыслилась более широко, включая в это понятие не одну клинику, но весь круг его обязанностей. Предлагалось издание особой участковой энциклопедии, которая охватывала бы в форме

¹⁹³ Попов Г.И. К вопросу о подготовке сельских врачей // Общественный врач. 1914. №7. С.881.

справочника всю организационную, общественную и хозяйственную стороны участковой медицины. Но это начинание так и не было осуществлено. Земства закупили медицинскую литературу для библиотек, но в недостаточном количестве, и, как правило, ограничиваясь лишь отечественными изданиями.

Таким образом, земская уездная медицина нуждалась как в количественном, так и в качественном обогащении кадрового состава.

Одним из основных доступных способов повышения квалификации губернских и уездных земских врачей были научные командировки, оплачиваемые земствами. Командировки предоставлялись сроком на несколько месяцев после определенного количества лет службы с сохранением жалования и в некоторых случаях с предоставлением пособия. Все сроки и суммы определялись земским собранием и руководством самих больниц. Так, например, в Александровской губернской больнице с 1886 г. командировки давались после 6 лет выслуги с выплатой жалования, но без пособия, а с 1904 г. было принято постановление о предоставлении научных отпусков сроком до 4 месяцев через каждые 4 года службы с сохранением жалования и пособием в 300 руб.¹⁹⁴ Однако, получение командировки было трудной задачей, так как помимо ограниченных финансовых возможностей земств, существовала строгая система очередности предоставления подобных отпусков: даже заведующий хирургическим отделением такой крупной губернской больницы, как Александровская, врач А.Н. Попов за тридцать лет врачебной деятельности пользовался научными командировками только 4 раза¹⁹⁵. Обычная система научных отпусков после выслуги лет была дополнена системой экстренных научных командировок для усовершенствования, сообразно потребностям той или иной больницы. Но такая практика не была повсеместно распространена и зачастую

¹⁹⁴ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914. С.24.

¹⁹⁵ Попов А.Н. Отчет о научной поездке //Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. №3. С.28.

командировки приравнялись к отпускам, вследствие чего у врачей не оставалось времени на отдых.

Однако не всем удавалось устроиться не то что в губернские земские больницы, но и в уездных городских больницах не всегда находились вакантные должности, и выпускники были вынуждены ехать в отдаленные районы, таким образом, становясь сельскими врачами¹⁹⁶. По данным 1890 г. в России насчитывалось 2,04 % сельских врачей¹⁹⁷. К 1910 г. из 2123 земских больниц в 34 земских губерниях 1715 приходились на сельские (а это более чем 80%)¹⁹⁸.

Подготовка врачей вообще, как мы видели выше, и сельских в частности включала в себя три основных направления работы – в профессиональной деятельности, профессионально-общественной и специально-профессиональной (подготовка узких специалистов).

Основные проблемы в подготовке сельских врачей, исходя из вышеперечисленных направлений работы, можно свести к ряду положений. Наиболее остро проявлялись неудовлетворенность и переживания молодых специалистов о перспективах работы в отдаленных районах, среди людей других культур, национальностей и вероисповедания. Существенной проблемой был и низкий уровень университетской и послеуниверситетской подготовки врачей, вследствие нехватки мест в губернских и уездных земских городских больницах для прохождения экстернатуры и недостаточности, как с количественной, так и с качественной стороны курсов для врачей, а также отсутствия обширной справочной специальной литературы.

Г.И. Попов в статье «К вопросу о подготовке сельских врачей» в журнале «Общественный врач» 1914 г., пишет о том, что кроме вышеперечисленных проблем, перед уездным сельским врачом встает еще

¹⁹⁶ Попов Г.И. К вопросу о подготовке сельских врачей // *Общественный врач*. 1914. №7. С.880.

¹⁹⁷ Хроника и мелкие известия // *Врач*. 1891. №3. С. 93.

¹⁹⁸ Прохоров Б.Б. Организация здравоохранения в России в XX веке // *Россия в окружающем мире*: 2001. Аналитический ежегодник. М.: Изд-во МНЭПУ. 2001. С. 104.

одна – «необходимость прямо со школьной скамьи брать на себя сложные и ответственные обязанности участкового врача «где-нибудь» около полярного круга, в гиблых местах, без сообщения, почты, телеграфа, среди тайги (Рязанская или иная губерния это рай в сравнении с таежным участком!), и там, на краю света приобретать опытность и общественную, и медицинскую»¹⁹⁹.

Автор указывает на то, что и на окраинах врачи желали учиться и добиваться высокого профессионального роста, что являлось затруднительным при существовавшем порядке вещей: отпуск на научную командировку не превышал 4 месяцев, из которых половина могла понадобиться только на дорогу и это в пределах страны, не говоря уже о заграничной поездке. Как правило, врачи выбирали Москву и Санкт-Петербург. Но и там курсы проводились не всегда и в небольшом количестве при достаточно ограниченной аудитории слушателей, в число которых уездный сельский врач без связей и знакомств попасть не мог.

Обратимся теперь к вопросу об общем и дополнительном образовании среднего медицинского персонала.

Сам термин средний медицинский персонал был введен в 1910 г. Всероссийским союзом общественных помощников врачей. К 1895 г. в России насчитывалось 18400 фельдшеров, а уже к 1912 г. почти в два раза больше – 28500, в том числе и 5800 женщин. В Пермской губернии число фельдшеров колебалось от 400 до 600 человек, что было в 2-3 раза выше количества врачей²⁰⁰.

По данным 1903 г., почти 33% всех больных в стране были приняты фельдшерами, а 67% – врачами²⁰¹.

Порядок приобретения звания фельдшера был определен врачебно-санитарным законодательством в 1903 г. Ранее лица, выдержавшие экзамен

¹⁹⁹ Попов Г.И. К вопросу о подготовке сельских врачей // Общественный врач. 1914. №7. С.880.

²⁰⁰ Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 358.

²⁰¹ Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1903 г. СПб.: Тип. Мин. Внутр. Дел, 1905. С.V.

на звание фельдшеров и фельдшериц, утверждались в этом звании медицинским департаментом, но с 1903 г. утверждение в звании фельдшера стало предоставляться врачебным управлением²⁰². К экзамену допускались лица, либо окончившие фельдшерско-акушерские школы, либо прошедшие экстернат при этих школах или при врачебных управлениях.

Согласно ст. 629 Устава врачебного в редакции 1882 г. служба фельдшеров-экстернов законодательно была разрешена²⁰³. Однако, фельдшеры, получившие свое звание путем экстерната вызывали крайнее недовольство врачей. Как правило, такой путь выбирали люди, отслужившие не более года братьями милосердия, «снискавшие за услужливость симпатии и снисхождение врача»²⁰⁴. В итоге экстернат был признан неэффективным, ввиду того, что не мог гарантировать надлежащей подготовки, и циркуляром МВД от 15 марта 1907 г. ротные фельдшеры были лишены прав на практику в лечебных заведениях гражданского ведомства²⁰⁵.

В середине второго десятилетия XX в. фельдшеры стали допускаться до экзамена только по окончании курсов в фельдшерских школах. Однако в некоторых случаях (например, во время эпидемий) на службу могли быть приняты лица, не соответствующие этому требованию²⁰⁶.

Для обучения фельдшерско-акушерского персонала начинают создаваться школы, занимавшиеся подготовкой кадров для «снабжения гражданских общественных и частных лечебниц и других заведений сведующих в сем деле людьми»²⁰⁷. Прежде всего подобные школы стали возникать преимущественно при крупных больницах общественного

²⁰² Циркуляр Министерства внутренних дел от 12 декабря 1903 года №1979 // Врачебная газета. 1904. №3. С. 108.

²⁰³ Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. С. 105.

²⁰⁴ Фельдшерский вестник. 1913. №2. С. 54.

²⁰⁵ Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. С. 106.

²⁰⁶ Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии, Пермь электро-типография Губернского земства, 1913. С. 80-84.

²⁰⁷ Устав врачебный, изд. 1905 г. и по прод. 1912 и 1913 г.г., и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненные постатейными разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями / Сост. пров. Л.А. Колычев. Неофиц. изд. Петроград: В.П. Анисимов, 1915. С.232.

призрения.

Процесс получения разрешения на открытие фельдшерско-акушерской школы или курсов занимал несколько месяцев. Важным этапом было принятие устава, вновь созданного среднего медицинского учебного заведения, контроль над которым осуществляло МВД²⁰⁸.

Для поступления в фельдшерско-акушерскую школу существовал возрастной и образовательный ценз – в среднем по стране принимались лица не младше 18 лет и, окончившие от 4 до 5 классов гимназии. Данное требование, по мнению некоторых врачей, было недостаточным в случаях, когда дело касалось женщин. Контингент гимназисток, из которых приходилось выбирать учениц для фельдшерской школы, по большей части, составляли малоспособные к тяжелой работе в больницах девушки, выбравшие данное образование по одной простой причине – больше им некуда было идти. В некоторых губерниях предлагалось уменьшить образовательный ценз, но при этом ввести требование о наличии обязательной двухлетней практической подготовки²⁰⁹. В Пермской губернии возрастной ценз составлял 14 лет для учеников и 16 лет для учениц.

В 1915 г. в России действовало 80 фельдшерских и 75 акушерских школ, выпускавших в среднем в год 1300 и 2300 квалифицированных кадров соответственно.

В Пермской губернии фельдшерские курсы были впервые открыты при Александровской больнице в 1888 г. Курсы были частные с программой обучения рассчитанной на 4 года и соответствующей фельдшерской школе²¹⁰. До 1911 г. эти курсы дали 6 выпусков и 158 выпускников (рис. 1).

²⁰⁸ Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. С. 106.

²⁰⁹ Фельдшерский вестник. 1913 г. №7. С.235.

²¹⁰ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства, 1914. С.30.

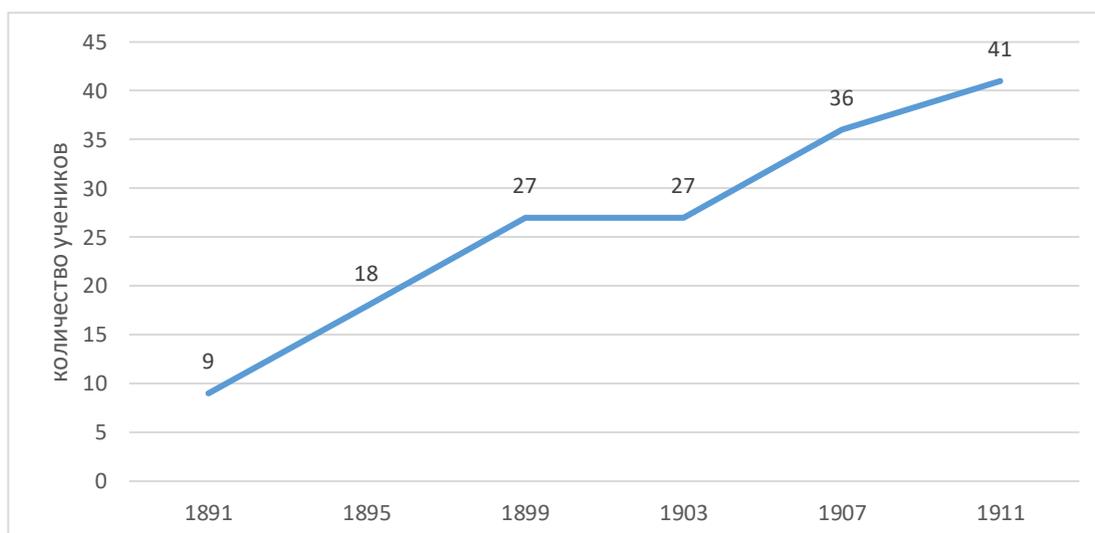


Рис.1 Количество учеников, окончивших фельдшерские курсы при Александровской больнице²¹¹.

С осени 1911 г. курсы были преобразованы в фельдшерско-акушерскую школу.

В школу принимались лица любого пола, окончившие 4-5 классов гимназий или городских училищ. Предпочтение отдавалось уроженцам Пермской губернии. Процент лиц иудейского вероисповедания не должен был превышать 10²¹².

В связи с реорганизацией самой больницы для школы не было выделено особого здания, и она разместилась в специально переустроенном летнем бараке. В 1912 г. в этой школе обучалось 120 человек – 24 мужчины и 96 женщин.

По уставу школы для поступления необходимо было предоставить метрическое свидетельство, свидетельство о прививке от оспы, справку от врача об удовлетворительном состоянии здоровья, свидетельство об образовательном цензе, от замужних женщин требовали письменное разрешение мужа, от несовершеннолетних – разрешение родителей или

²¹¹ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства, 1914. С.32.

²¹² ГАПК Ф.143. Оп. 1. Д. 281. Л. 6-8.

попечителей²¹³.

По окончании школы всем ученикам для получения званий фельдшеров или фельдшериц-акушеров необходимо было сдать 5 экзаменов, каждый из которых предполагал наличие обширных знаний по анатомии, гистологии, общей патологии и физиологии, фармакологии, фармации и бактериологии, хирургии, акушерству и гигиене, терапии, эпидемиологии и детским и нервным болезням; глазным болезням, венерическим и кожным болезням и психиатрии²¹⁴.

Согласно различным сметам устройство подобных школ во втором десятилетии XX в. обходилось Пермскому губернскому земству приблизительно в 6500-8000 руб. на каждую школу, а ежегодное содержание равнялось примерно половине этой суммы – 3-6 тысячам руб.²¹⁵

В 1913 г. было принято решение о расширении программы фельдшерских школ²¹⁶. Теоретические курсы были дополнены практическими занятиями об остроинфекционных заболеваниях по 2 часа на 3 курсе обучения. Школы обязаны были ввести данные изменения, иначе им запрещался прием новых учеников, что фактически означало их закрытие.

По закону фельдшеры и фельдшерицы, как и врачи, могли рассчитывать на научные командировки, оплачиваемые земствами, но по факту денег, выделяемых земскими управами на командировки, не хватало, и ходатайства фельдшерского персонала по поводу ассигнований отклонялись в виду «крайне стесненных финансов»²¹⁷. Практически в каждом крупном городе постоянно организовывались повторительные курсы для фельдшеров. Стоимость курсов была приблизительно равна 20 руб., а их средняя продолжительность – двум месяцам. Помимо платы за общий курс,

²¹³ Там же. Л. 6-8.

²¹⁴ Там же. Л. 3.

²¹⁵ Постановления Пермского губернского собрания 43 очередной сессии по медицинской и санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 3. С.78. Сумма, выделенная на содержание фельдшерско-акушерской школы, была равна 7088 рублям.

²¹⁶ Расширение программы фельдшерских школ // Фельдшерский вестник. 1913. №19. С. 621.

²¹⁷ Извлечение из постановлений Оханского уездного земского собрания 39 очередной сессии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. № 9. С. 2.

желающие могли выбрать лекции по специальным предметам, стоимостью до 3 руб. за предмет²¹⁸. Вопрос об открытии повторительных курсов в Пермской губернии поднимался не один раз, но каждый раз откладывался²¹⁹. В 1909 г. губернской управой было принято решение о том, что до тех пор, пока не откроются повторительные курсы при Александровской больнице, необходимо предоставить двухмесячные научные отпуска фельдшерам для поездок в Москву на курсы, организованные обществом помощников врачей. Командировки предоставлялись два раза в год: весной и осенью в расчете не более чем на 3 человек за одну поездку. Земство оплачивало только дорогу от Перми до Москвы и обратно в сумме 25 руб.²²⁰

Вне официальной структуры медицинских званий находились повивальные бабки. Подготовка повивальных бабок была разрешена ст. 605 устава врачебного в редакции 1857 г. В 1875 в Москве был открыт московский повивальный институт²²¹. В провинции же повивальные бабки, как правило, проходили обучение в повивальных школах, организованных при родильных домах. Так, например, при Екатеринбургском родильном доме существовала повивальная школа, готовившая акушерок 2-го разряда²²². Курс был рассчитан на 1 год. Из 45 поступивших в 1905 г. 42 ученицы получили дипломы повивальных бабок 2-го разряда. В 1905 г. в обязанности учениц были включены работы, более характерные для сиделок и прислуги – уборка грязного белья, вынос судна и т.д. Эти обязанности не только отвлекали учениц от обучения акушерству и гинекологии, но и препятствовали их прямому контакту с пациентками, так как мог быть нанесен вред здоровью последних вследствие недостаточной стерильности рук и одежды. И в 1906 г., ко второму набору учениц, круг их обязанностей

²¹⁸ Фельдшерский вестник. 1913. № 2. С. 67.

²¹⁹ Повторительные курсы фельдшеров // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №5. С. 3.

²²⁰ Повторительные курсы фельдшеров // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №6. С. 1.

²²¹ РГИА Ф. 759. Оп.22. Л.2. Оп.8. Д35. Л.24

²²² Отчет о деятельности Екатеринбургского родильного дома за 1906 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. №3-5. С. 25-27.

был существенно сужен. Преподавание в школе велось двумя врачами на безвозмездной основе. Естественно, что помимо преподавания, у врачей была еще и основная работа, в ущерб которой они не могли вести занятия, поэтому вся практическая деятельность учениц выполнялась под присмотром дежурных фельдшерниц-акушерок. Вследствие чего, окончившие данную школу повивальные бабки, имели очень ограниченные права и им было крайне трудно устроиться на службу даже в свои земства.

Кроме повивальных бабок к категории младшего медицинского персонала в России на рубеже XIX-XX вв. относились сиделки, санитарки, сестры милосердия, оспопрививательницы и дезинфекторы.

По мнению большинства практикующих врачей, кандидат на должность их помощника должен был обладать целым рядом навыков и умений, наиболее важными из которых были грамотность и «хотя-бы до некоторой степени интеллигентность», наличие необходимых знаний по госпитальной гигиене, профилактики заболеваний и уходу за больными. При этом такой персонал должен был вестись только уходом и ничем более²²³.

Конечно же, это были идеальные требования, которые были крайне трудно реализуемы на практике.

К началу XX в. в России насчитывалось всего около 20 000 тысяч врачей²²⁴, и такое количество не удовлетворяло всех потребностей общества в медицинской помощи. Недостаток специалистов старались компенсировать за счет увеличения числа ухаживающего персонала. Однако даже многие городские больницы, не говоря уже о сельских, не могли позволить нанять хотя бы по одной сиделке на отделение. Кроме того, на этих сиделок помимо их прямых обязанностей по уходу за больными возлагалась и работа по хозяйству: уборщицами, посудомойками и прачками.

Что же касалось более квалифицированного медицинского персонала –

²²³ Зальцберг И. К вопросу о подготовке ухаживающего персонала // Общественный врач. 1913. №2. С.141.

²²⁴ Яворская Ю.А. Медицинская интеллигенция в социокультурном пространстве российской провинции: 1860-е - 1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Краснодар, 2003. С.67.

фельдшеров, то попытки возложить всю работу по уходу за больными на них путем улучшения их специальной подготовки привели к обратному результату: уровень курсов в некоторых фельдшерских школах был достаточно высок, и многие фельдшеры обладали теми же знаниями, что и студенты медицинских вузов. Это привело к возникновению противоречий между врачами и подчиненными им медицинскими работниками, не желавшими мириться со своим положением. Конечно, в некоторых случаях, и сами врачи вынуждены были подрабатывать в качестве среднего, а то и даже младшего персонала, однако такая работа «лекарских помощников» воспринималась ими лишь как временная, поэтому они легче мирились с ней.

Некоторые больницы решили преодолеть эти противоречия путем полной замены фельдшеров на сестер милосердия.

Благодаря этой реформе, очевидно, предполагалось, во-первых, без особых затрат увеличить численный состав вспомогательного персонала, а во-вторых, на этот персонал, обладающий очень малой медицинской подготовкой и, следовательно, лишенный претензий, возложить весь уход за больными во всем его объёме.

Данный подход не оправдал связанные с ним ожидания. Дело в том, что те сестры, которые пришли в больницы взамен фельдшеров, в большинстве своем были малограмотны и совершенно не квалифицированы, так как вопрос их подготовки практически не затрагивался. Данный порядок был заимствован на западе. Однако там госпитали не испытывали недостатка во врачах, и обязанности фельдшеров исполняли молодые врачи. Если же это звено исключалось из всей цепи персонала, имеющего отношение к больному, то образовывался пробел, который при прежнем порядке все же заполнялся фельдшерским персоналом, а при новом ничем не компенсировался.

Другой попыткой привлечения в больницы компетентного ухаживающего персонала была организация земских школ для сиделок. Такие школы существовали лишь в некоторых земствах. К сожалению, в

нашем распоряжении имеются слишком скудные сведения о подобных начинаниях. Известна одна такая школа, которая функционировала несколько лет при Нагартавской лечебнице Херсонского уезда²²⁵. Школа эта была рассчитана на 10 учениц, половине из которых земство выплачивало стипендии. В школу принимались грамотные женщины не моложе 16 лет и не старше 40 лет. Курс преподавания был рассчитан на год. Начальный уровень подготовки учениц по таким предметам, как анатомия, физиология, гигиена, профилактика и уход за больными, был элементарным. Особое внимание обращалось на усвоение ученицами понятий о сущности инфекционных болезней, путях их распространения и мерах профилактики. Через некоторое время после начала теоретических занятий ученицы допускались к работе в лечебнице: помогали фельдшерскому персоналу, дежурили и проходили весь практический курс ухода за больными. Теоретические предметы преподавались врачами, практические же занятия проходили под руководством фельдшерского персонала, контролируемого врачами. Врачи и фельдшеры получали за занятия с ученицами особое вознаграждение.

Нагартавская школа ежегодно обходилась земству приблизительно в 1500 руб.: вознаграждение врачам – 400 руб., фельдшерскому персоналу – 100, стипендии неимущим ученицам – 400, стол для дежурных учениц – 200, учебные пособия – 150, и прочие мелкие расходы – 50 руб.

В конце срока обучения все ученицы сдавали экзамен в присутствии члена управы, после успешной сдачи которого выдавалось соответствующее удостоверение. Заведующий Нагартавской лечебницей, при которой была открыта данная школа, доктор М.М. Герман исключительно положительно отзывался о выпускницах, назвав их «добросовестными и разумными работницами»²²⁶. Аналогичная школа имелась в Калязинском земстве.

В некоторых земствах при больницах существовали курсы для

²²⁵ Зальцберг И. К вопросу о подготовке ухаживающего персонала // Общественный врач. 1913. №2. С.142.

²²⁶ Там же. С.142.

сиделок: с 1900 г. в Вологодской губернии²²⁷, с 1908 г. при Екатеринославской губернской больнице, при психиатрических больницах Смоленска, Херсона и больнице св. Пантелеймона в Петербурге.

Екатеринославским земством было выделено на устройство данных курсов 1700 руб. и был принят особый порядок обучения: врачи два раза в год по четыре месяца должны были читать лекции по приемам и правилам ухода за больными и преподавать основы медицины. На курс принималось 60 человек, которые разделялись на три группы по 20 человек каждая. В неделю проводилось от одного до трех уроков, проходивших в форме бесед и лекций. На курсах преподавались элементарные сведения о строении органов человеческого тела, сведения о гигиене, правила и способы обеззараживания, правила и приемы ухода за больными вообще, специальные правила ухода за душевнобольными и оказание первой помощи при несчастных случаях. После окончания курсов слушатели сдавали экзамен, и в случае успешной его сдачи, им выдавалось соответствующее удостоверение²²⁸.

В 1908 г. земский врач Пермской губернии А.С. Петровский выступил с предложением устроить подобные курсы сестер милосердия при уездных участковых больницах для деревенских девушек²²⁹. Сам врач в течение нескольких лет в свое свободное от основной работы время обучал девушек уходу за больными, практической медицине, анатомии и так как больница, где он работал, испытывала недостаток в кухарках еще и кулинарии. Ссылаясь на свой опыт, Петровский рекомендовал всем участковым врачам следовать его примеру. Однако данное начинание не нашло поддержки со стороны коллег, ввиду отсутствия свободного времени и веры в продуктивность таких занятий.

В Ирбитском уезде Пермской губернии в 1913 г. по инициативе санитарного врача К. Бирюкова и с согласия земского собрания были

²²⁷Шагов М.А. Необходимость устройства курсов для больничной прислуги // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №3. С.81.

²²⁸ Там же. С.83.

²²⁹ Журнал заседаний Осинского врачебно-санитарного совета заседание 7-го августа 1908 года // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 9-12. С. 56.

организованы повторительные курсы для оспопрививательниц²³⁰. Всего в уезде на службе состояло 14 оспопрививательниц, образование которых ограничивалось народной школой или отсутствовало совсем. Большая часть работниц не располагали и элементарными знаниями гигиены и антисептики, не могла оказать надлежащий уход и даже не слышала о противопоказаниях к прививкам и о наличии возможных последствий. Поэтому врачи решили организовать специальные курсы с теоретическими и практическими занятиями. Земское собрание выделило на содержание оспопрививательниц во время проживания их в городе Ирбите по 50 руб.

В программу курсов были включены краткий исторический очерк об эпидемиях оспы, описание самой оспы и ее течения, симптомы и разновидности, лекции о вакцинации с подробным описанием инструментов, техники прививки и подготовки детей к вакцинации, занятия по определению благоприятного возраста ребенка и времени года для прививки, изучение течения болезни у привитых, ревакцинация. Кроме теории проводились и практические занятия, на которых слушательницы курсов тренировались ставить прививки либо друг на друге, либо на реальных детях, нуждающихся в вакцинации.

По инициативе санитарного врача в программу были включены лекции по оказанию первой помощи при некоторых несчастных случаях, так как несколько оспопрививательниц служили в отдаленных деревнях, где не было ни врача, ни даже фельдшера.

В 1914 г. с началом Первой мировой войны в больницы и госпитали Пермской губернии стало прибывать большое число больных и раненых солдат, вследствие чего возникла потребность в расширении кадрового состава ухаживающего персонала и сестер милосердия. Губернский комитет совместно с Пермским отделением Красного Креста открыл в здании

²³⁰ Бирюков К. Повторительные курсы для оспопрививательниц в Ирбитском уезде в июне месяце 1913 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 5. С.35.

Кирилло-Мефодиевского училища кратковременные 6-недельные курсы²³¹. На курсы записались 108 слушательниц – 51 для земского союза и 57 для Красного Креста. Образовательный ценз составлял 4 класса гимназий или соответствующих учебных заведений. Программа курсов включала лекции по анатомии, физиологии, гигиене, хирургии, внутренним инфекционным болезням, фармации, уходу за больными, оказанию первой помощи, фармакологии и латинскому языку. Занятия по теории велись в вечерние часы, а утром слушательницы курсов проходили практику по группам в аптеках и больницах.

В 1915 г. врачебной комиссией Пермского губернского комитета Всероссийского земского союза было решено возобновить краткосрочные курсы сестер милосердия образца 1914 г. с некоторыми незначительными изменениями в программе²³². Курсы открылись 20 июля в здании фельдшерско-акушерской школы, работа которой была остановлена в связи с нехваткой врачей-лекторов, призванных на фронт. Общее количество слушательниц равнялось 60, ввиду ограниченного пространства помещений школы, хотя заявок было подано в разы больше – 150. Из принятых на курсы 25 окончили 8 классов гимназии, трое – 7, четверо – 6, шестеро – 5, 10 слушательниц – 4, одна – 3, еще 10 человек окончили 4-х и 2-х классные училища, и одна не имела образования, но была принята с некоторыми условиями.

Учеба на курсах начиналась в 8:30 утра с практических занятий по фармации в аптеках земства и частных аптеках И.Ф.Бартминского, И.С. Кононова и М.Л. Пельзандта, безвозмездно предоставивших помещения своих аптек. После работы в аптеках ученицы переходили на практику в отделения Александровской губернской земской больницы. Для желающих остаться на службе во время эпидемий были установлены дополнительные практические занятия по уходу за инфекционными больными. С 17:00 до

²³¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1914. №9. С. 579-580.

²³² Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №10. С. 563-566.

21:00 начинались ежедневные теоретические лекции.

С 3 по 5 сентября 1915 г. состоялись экзамены в присутствии врачебного инспектора и преподавателей. До экзамена, кроме 60 слушательниц 1915 г. была допущена одна ученица курсов 1914 г., не успевшая вовремя сдать экзамен. Всего на экзамен явилось 55 человек, из которых только одна не сдала его. Все остальные получили звание «сестер милосердия военного времени». Общий расход на организацию курсов составил 673 руб., следовательно, обучение одной сестры милосердия обошлось в 12 руб. 70 коп.

В связи с военным временем с целью предотвращения массовых эпидемий в 1915 г. в Пермской губернии по инициативе представителей земств при Пермском бактериологическом институте были организованы курсы для подготовки дезинфекторов²³³. Программа курсов состояла из теоретической и практической частей. Перед началом занятий каждому слушателю были выданы три книги: книга В. Левашова «По вопросу о дезинфекции», и две книги Бинштока – «Наставления для дезинфекторов» и «Наставление о дезинфекции», утвержденные комиссией по борьбе с чумной заразой от 23 сентября 1910 г. По окончании занятий каждый слушатель курсов получил комплект из 13 научно-популярных брошюр, изданных Пироговским обществом. Теоретические занятия предусматривали лекции по гигиене, бактериологии, анатомии и физиологии, а практические – работу с дезинфекционными аппаратами, приготовление растворов для дезинфекции и ознакомление с чертежами различных камер. По окончании курсов всеми учениками под руководством врача была продезинфицирована частная квартира, где ранее было выявлено заболевание скарлатиной. Для привлечения слушателей курсов земская управа выдавала им по 20 руб. в месяц с обязательством отправиться на службу в уезды Пермской губернии с жалованием на время командировок в 40 руб. в месяц. Для поступления на

²³³ Егоровкая Р.А. О земских курсах для подготовки дезинфекторов // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 5-6. С.191-202.

курсы было подано 37 заявок, в том числе двумя женщинами. Всего принято было 20 человек, из которых на занятия явилось только 13. Курсы длились с 12 мая по 2 июня. Из всех поступивших экзамен не сдал только один человек по причине болезни. Начальная подготовка прослушавших курсы была следующая: один человек окончил три класса Екатерино-Петровского городского училища, трое – городское училище, четверо – 2-х классное земское училище, один был слушателем лекций Императорского технического общества при Мотовилихинском заводе, один – окончил 2-х классную сельскохозяйственную школу, и образование двоих, командированных уездными земствами, было неизвестно. На организацию и ведение курсов было потрачено 595 руб. 50 коп., что в среднем составило по 49 руб. 78 коп. на подготовку одного дезинфектора.

Однако, как говорилось выше, и школы и курсы были скорее исключением, чем правилом. Они готовили персонал в ограниченном количестве и в основном для крупных городских больниц, при которых и создавались. Что касалось основной массы младших медицинских работников, то их подготовке не уделялось практически никакого внимания. Так большинство сиделок и повивальных бабок получали образование при воспитательных домах в столицах, а если же дело касалось провинции, то при сиротских домах. Уровень подготовки был крайне низок, и найти подходящих работников было трудно²³⁴, что усложняло работу врачей, так как зачастую последние просто не доверяли малограмотным сиделкам. В печати довольно часто встречаются упоминания случаев избиения персоналом душевно больных пациентов, заканчивавшихся переломами ребер, и других примеров произвола малограмотной прислуги. Случаи воровства, пьянства, обмана врачей – были далеко не единичны, а повсеместно распространены.

Вследствие крайне низкой заработной платы, не всегда можно было найти работников даже с самой низкой квалификацией, особенно это

²³⁴ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 54.

обстоятельство касалось сельской местности. Летом многие бросали больницы и уходили на полевые работы, что еще больше увеличивало нехватку персонала.

Таким образом, положение дел в области подготовки младшего медицинского персонала и его квалификации было крайне удручающим, а попытки изменения сложившегося порядка были единичны. И это при том, что зачастую именно от ухода за больным зависело его выздоровление. Недоверие врачей и невозможность положиться на такой персонал, негативно сказывались не только на работе самих врачей и больниц, но и на системе здравоохранения в целом. Требования к работникам младшего звена носили лишь рекомендательный, а не обязательный характер.

Что касалось работников среднего звена, то несмотря на «Устав фельдшерской школы» 1863 г., позволивший земствам создавать губернские фельдшерские школы, подготовка квалифицированных кадров среднего и младшего звена по существу никак не регламентировалась. При наличии корпуса юридических административно-правовых документов, унифицирующих административно-правовую и учебную деятельность медицинских учебных заведений, система организации среднего профессионального образования на практике являлась не рабочей.

В России на государственном уровне в период с 1890 по 1917 гг. существовала только система высшего медицинского образования, не доступная в Пермской губернии до 1916 г., что в значительной мере оказало негативное влияние на качество медицинской помощи и ее доступность в губернии. Большинство вчерашних студентов в силу ряда причин (в первую очередь, из-за отсутствия опыта и необходимости брать на себя всю ответственность, становясь единственным врачом в отдаленном участке) стремились остаться там, где они оканчивали свои учебные заведения. Созданный при Александровской больнице институт интернов, оказался единственной и малоэффективной мерой по привлечению молодых специалистов в губернию.

Острый дефицит кадров среднего и младшего звена старались преодолеть хаотичными разрозненными попытками создания курсов и школ. Отсутствие четкой общей программы, своеобразное «латание дыр» на местах негативно сказывалось на качестве медицинской помощи, вследствие чего показатели смертности в губернии находились на постоянном высоком уровне. Меры по привлечению медицинского персонала были временными и зачастую (во время эпидемий и Первой мировой войны) экстренными.

2.2. Социально-экономические особенности профессиональной повседневности медицинских работников. Оплата труда и социальные гарантии.

Общность профессии и занятий накладывали на медицинское сообщество особый отпечаток, и в данной социальной группе можно выделить определенные тенденции в развитии и организации профессиональной повседневности.

По данным 1890 г. самому молодому врачу в стране было 23 года, а старому – 88 лет, из женщин-врачей самой старой было 57 (рис.1).

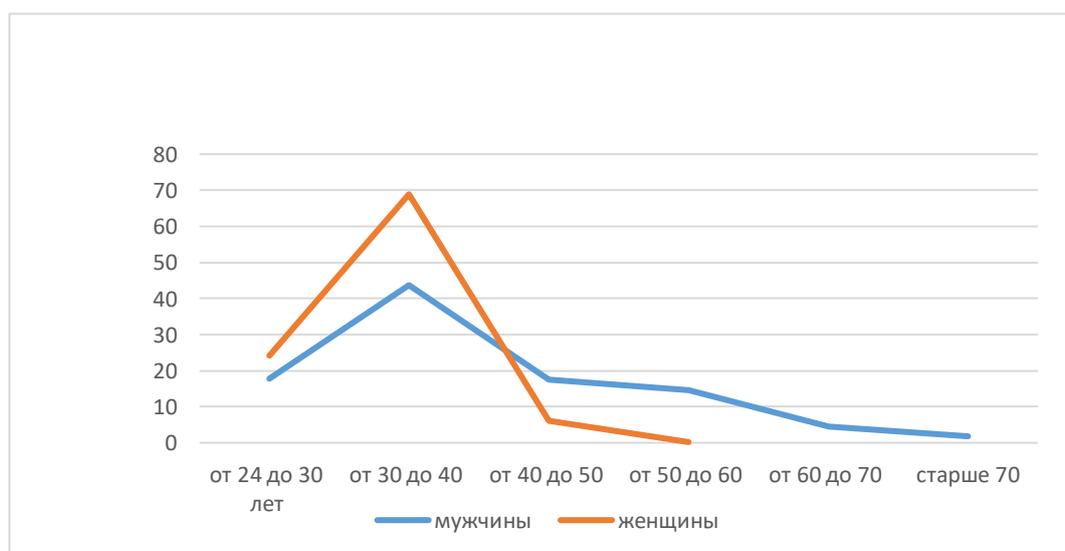


Рис.1. Распределение врачей по возрасту в 1890 г.²³⁵

В земствах на службе не состояли врачи старше 50 лет, а главный

²³⁵ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 93.

контингент (69%) составляли врачи от 31 до 41 года.

Что касалось семейного положения, то более 65% всех врачей были женаты, 0,04% – вдовы, остальные (приблизительно 35%) – холосты. Детей имели 63,8% врачей, из которых только 4% имели более 6 детей, и еще 0,1% имели 13 детей. Как отмечает Л.А.Сазонова, процедура расторжения брака в рассматриваемый период была довольно сложна, в связи с чем сведения о разводах крайне редки²³⁶.

По национальной принадлежности большинство медиков составляли русские – 54,3 %, поляки – чуть более 14,2 %, евреи – 12,5%, немцы – 7,7, армяне – 1,09 %, представители остальных национальностей – 11%. Кроме того, на службу могли приниматься и граждане иностранных государств. Возможность ведения практики в России иностранцам предоставлялась медицинским советом МВД, который решал, на каком основании это будет возможно: основная масса врачей обязана была сдать тот же экзамен на звание лекаря, что и выпускники вузов, некоторым известным врачам достаточно было пройти собеседование в Медицинском совете, а профессорам кафедр или занимавшим важные медицинские должности в других государствах врачам, необходимо было получить только заключение медицинского совета. Во время Первой мировой войны в связи с призывом многих врачей на фронт, остро встал вопрос нехватки кадров, решить который пытались, в том числе и за счет привлечения иностранных специалистов. Среди желающих в основном были пленные врачи из стран, воюющих с Россией. И при всем недостатке врачей положительный ответ на местах из них получали лишь единицы. Так, например, австрийский подданный доктор Лаврентий Филиппович Кендзиор²³⁷ дважды делал запрос на определение его на службу в один из участков какого-либо уезда Пермской губернии. В конечном итоге он получил должность врача в Соликамском уезде с жалованием в 125 руб. и 20 руб. квартирных в месяц, на том

²³⁶ Сазонова Л.А. Повседневность университетского профессора Казани 1863-1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Казань, 2009. С. 137.

²³⁷ ГАПК Ф. 143. Оп.1. Д. 722. Л. 1-35.

основании, что, несмотря на свое подданство, имел славянское происхождение и в течение предшествующих четырех лет проживал в Варшаве. Из другого источника мы получаем сведения о том, что Кендзиор стал заведующим сразу двух участков Соликамского уезда: Кудымкарского и Юсьвинского и заведующим двух соответствующих больниц²³⁸. Еще одним примером положительного ответа на запрос о службе был случай доктора германского происхождения Пехуры. Он был захвачен в плен в г. Перемышле и не имел при себе документов, однако за него лично поручился главный врач Бессарабского госпиталя в Киеве, где Пехура служил старшим ординатором. В итоге земская управа дала направление на службу в Надежинский завод, где имелся только один врач – заведующая Надежинской больницей Тронина, являвшейся единственным врачом на 27000 человек, среди которых было 8000 рабочих завода и, которым постоянно требовалось специализированное медицинское обслуживание, в том числе и хирургическое, в то время как Тронина имела терапевтическую специализацию. Доктор Пехура же был хирургом, что, несомненно, повлияло на его назначение на должность заводского врача на Надежинском заводе.

Но даже несмотря на нехватку кадров, положительные примеры привлечения иностранцев из государств, воюющих с Россией, были крайне редки, так как по закону, эти люди могли работать только с военнопленными, а не с мирным населением. Так три военнопленных врача Антон Цвингер, Рудольф Домель и Адам Войцеховский и три их студента-медика Регак Сватоплук, Антон Вран и Казимир Хилевский несколько раз направляли запросы в управу с целью пойти на службу в уезды Пермской губернии, где особо ощущалась нехватка специалистов, но положительного ответа они так и не добились²³⁹.

Из всего числа врачей в Российской империи в 1890 г. только у 615 мужчин и 31 женщины имелось недвижимое имущество в виде земельной

²³⁸ ГАПК Ф. 143 Оп. 1. Д. 391. Л. 9.

²³⁹ ГАПК Ф. 143. Оп.1. Д. 722. Л. 1-35.

собственности, домов (у 447 чел.) или денежных капиталов²⁴⁰.

Одним из важнейших составляющих материальной стороны жизни является уровень оплаты труда. В Пермской губернии сильнее всего он зависел от принадлежности работника к той или иной категории медицинского персонала, его квалификации и места службы.

Из всех медрботников наиболее высокое жалование получали врачи. В 1890 г. размеры заработной платы врачей в России колебались от 200 до 7000 руб. Почти половина врачей (53%) зарабатывала от 900 до 1500 руб.²⁴¹ В первое десятилетие XX в. первоначальный оклад вновь поступившим на службу в Пермское губернское земство врачам составлял в среднем 1500-1600 руб. в год при наличии готовой квартиры с отоплением и освещением. При отсутствии квартиры врачам дополнительно выплачивались квартирные деньги. К первоначальному окладу полагались три прибавки по 200 руб. через каждые три года службы, так, чтобы максимальный размер оклада через 9 лет составлял 2200 рублей²⁴². Для сравнения заработок рабочего завода в тот же период был приблизительно равен 550-800 руб. в год²⁴³.

Жалование запасного врача равнялось 1600 руб. и квартирных на общем основании. В случае перехода запасного врача в участковые ему присваивалось жалование участкового врача, с периодическими прибавками, причем право на прибавки врач получал не с момента начала службы его в качестве участкового врача, а со дня поступления на службу запасным врачом.

Дополнительный доход врачам могла приносить реклама лекарственных средств. Однако зачастую нечистые на руку врачи рекламировали товар низкого качества. Невероятный рост выбрасываемых на рынок патентованных средств и рекламирование их чудодейственных свойств на страницах общей прессы, по мнению части врачей, имели «своей

²⁴⁰ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 93.

²⁴¹ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 93.

²⁴² Шанц А.М. О нормировке штатов медицинского персонала в лечебницах Оханского земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №4. С. 339.

²⁴³ Там же. С. 341.

целью самую откровенную эксплуатацию больного человека и были рассчитаны на невежество масс»²⁴⁴. Чаще всего подобные рекламы были анонимны, но и встречаются рекламы с указаниями фамилий конкретных врачей. Среди архивных документов содержатся различные письма на имя врачей от фирм, занимавшихся производством лекарственных средств. Так, например, известному пермскому врачу и общественному деятелю П.Н. Серебренникову поступило письмо от фирмы «California Fig Syrup & Co»²⁴⁵ с просьбой заполнить прилагающийся бланк на пробный бесплатный флакон «нежного, но верно действующего слабительного». Также авторы письма просили отмечать название данного продукта на рецептах, выписываемых Серебренниковым. Однако, нам не известно, воспользовался ли врач этим предложением. Подобные рекламные письма рассылали и фирмы, торгующие алкогольной продукцией. Можно встретить преискуранты этих фирм, содержащие рекомендательные отзывы профессоров-медиков за их подписью²⁴⁶. Такая практика пропаганды алкоголизма и наживы на больных никак не регламентировалась государством, вследствие чего недобросовестные врачи не несли никакого наказания. Большинство врачей видели решение данной проблемы в создании всероссийского союза врачей, внутри которого существовал бы суд чести²⁴⁷.

Что касалось вольнопрактикующих врачей, то их доход зависел по большей части только от них самих. В Пермской губернии, как и в большинстве других земских губерний, число вольнопрактикующих врачей было невелико (около 10% от общего числа врачей). В целом по стране в 1890 г. вольнопрактикующие врачи составляли $\frac{1}{4}$ часть от всех врачей. И в том же году средний заработок вольнопрактикующих врачей колебался от 100 до 1000 руб., более 2000 руб. удалось заработать только 6,2% врачей²⁴⁸.

²⁴⁴ Дембо Г.И. Об участии врачей в рекламировании лекарственных средств // Общественный врач. 1913. №6. С. 671.

²⁴⁵ ГАПК Ф. 598. Оп. 1. Д. 76. Л. 3.

²⁴⁶ Коровин А.М. Врачи и запрещение спиртных напитков // Общественный врач. 1915. № 6. С. 341.

²⁴⁷ Сулима К. Об организации врачей в сословие с правами юрисдикции // Общественный врач. 1913. № 7. С. 817.

²⁴⁸ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 93.

Следует отметить, что существовало некое различие между понятиями частная и платная практика – понятие платной практики было несколько шире понятия частной. В определение первой входила работа врача сверх его обязанностей, определяемых рабочей инструкцией, как пример можно привести посещение им больных во внерабочее время. Право врача на вознаграждение в этих случаях, было, несомненно, однако не стоит забывать, что подобная практика могла негативно отразиться на основной работе. Платную практику вели не только вольнопрактикующие врачи, но и земские и заводские, считая ее еще одним дополнительным способом заработка. Однако в ряде уездов существовал строгий запрет на совмещение земской работы и подобной «подработки»²⁴⁹. Особо это касалось земств, где кроме запрета на ведение частной практики был запрет на любую другую службу. Всего в России в 1890 г. совместителей было 8,4 % от всех практикующих врачей, большая часть из которых совмещали по 2 должности, 46 человек – 3, и только 3 врача работали сразу на 4²⁵⁰.

Средний медицинский персонал земств – фельдшеры и фельдшерицы-акушерки получали жалование в несколько раз меньшее, чем врачи. К тому же фельдшерская среда была не однородна: более всего ценились школьные фельдшеры, то есть те, кто оканчивал фельдшерские школы, за ними шли фельдшерицы-акушерки, и наименее привилегированными были ротные фельдшеры. Соответственно этому формировалась зарплата. Первоначальный оклад жалования школьных фельдшеров и фельдшериц-акушерок Пермской губернии в 1910 г. варьировался от 480 до 600 руб., у акушерок и ротных фельдшеров он составлял 300-360 руб.²⁵¹ Эпидемический фельдшер получал сверх оклада при командировках суточные в размере 50 коп. в сутки, но не более 60 руб. в год.

Среднему медицинскому персоналу земств к окладу полагались периодические прибавки за выслугу лет: три прибавки раз в 5 лет или по

²⁴⁹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1914. № 1. С.14.

²⁵⁰ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 93.

²⁵¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. №4. С.96-101.

одной через два и три года службы. Однако оклад не мог превышать максимально допустимых сумм: 600 руб. по первой схеме и 420 по второй. Школьным фельдшерам и фельдшерицам-акушеркам, ранее уже служившим где-либо, первоначальный оклад мог составлять 540 руб. в год, а прибавки делались в более короткие сроки²⁵². Все содержание среднего медицинского персонала определялось земским собранием.

Ротные фельдшеры, сдавшие экзамен при врачебных отделениях, заявляли, что они имеют право рассчитывать на аналогичный оклад, что и школьные²⁵³. Ротные фельдшеры основывались на том положении, что весь фельдшерский персонал имел одинаковые обязанности, ответственность и работу, а соответственно и к оценке его деятельности необходимо было подходить одинаково. Еще одним аргументом было то, что в отношении больничной прислуги земское собрание установило точный определенный оклад жалования с прибавками. И только ротные фельдшеры были исключены из данного принципа.

Таким образом, если ротный фельдшер сдавал экзамен при больнице, он мог быть приравнен к школьному и соответственно его первоначальный оклад увеличивался, однако прибавки за выслугу лет оставались в размерах прибавок ротным фельдшерам и получалось, что максимальный размер жалования такого фельдшера в 1911 г. составлял 630 руб., в то время как размер максимального оклада школьных фельдшеров был уже 720 руб.²⁵⁴ Разница в первоначальном окладе школьных и ротных фельдшеров объяснялась лучшей теоретической научной подготовкой первых. Однако периодические прибавки полагались за выслугу лет и служили выражением признания полезности службы со стороны органов земского самоуправления.

Прибавки фельдшерицам-акушеркам делались по двум разным схемам. По первой схеме размер прибавок составлял 20% через первые 5 лет службы

²⁵² Служебные инструкции для вспомогательного персонала // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №. 5. С.52.

²⁵³ О нормировке жалования фельдшерско-акушерскому персоналу // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №7. С. 57-65.

²⁵⁴ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. №4. С. 96-101.

и 30% через следующие 5 лет. По второй схеме первая прибавка предусматривалась также через 5 лет в 20% размере, а затем каждые 5 лет еще по 10%²⁵⁵. Вследствие этого возникала неравномерность в оплате труда работников, находившихся в совершенно одинаковых условиях службы и имевших одинаковые обязанности. Естественно это становилось причиной множества конфликтов на рабочем месте.

Кроме всего прочего фельдшерам, служившим на фельдшерско-акушерских пунктах, дополнительно выплачивалось по 60 руб. в год на поддержание чистоты и порядка. Эти деньги должны были идти на наем прислуги при пунктах, но часто фельдшеры брали на себя эти обязанности, даже иногда в ущерб основной работе, что в итоге привело к тому, что управа была вынуждена нанять штатную прислугу, как это было при больницах, и самостоятельно выплачивать ей жалование.

Первоначальный оклад младшего медицинского персонала – сестер милосердия и больничной прислуги был равен 240 и 120 руб. в год соответственно. Предельные же размеры заработной платы с учетом всех прибавок по выслуге лет не превышали 360 и 180 руб.²⁵⁶

Медицинский персонал губернских и уездных земств имел страховку в случае смерти от инфекционных болезней (тифа, дифтерита, оспы, кори, скарлатины, дизентерии, холеры, чумы, сибирской язвы) и страховку при получении тяжелых увечий, полученных при исполнении своих обязанностей.

До введения обязательного страхования в 1910 г. в Пермской губернии суммы выплат семьям погибших определялись в каждом случае в особом порядке. Например, в г. Екатеринбурге семье Б.А. Ландсберга, занимавшего должность врача при городской больнице и умершего от сыпного тифа, была назначена пенсия в сумме 600 руб. в год, 300 из которых полагались дочери покойного и должны были выплачиваться до ее замужества или окончания ею

²⁵⁵ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. № 7. С. 58.

²⁵⁶ Свод постановлений 10 съезда врачей и представителей земств Пермской губернии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 5-7. С. 12.

высшего учебного заведения, а еще 300 руб. предназначались сыну до его совершеннолетия.

До 1910 г. в случае, когда управа принимала решение о выплате единовременного пособия вместо регулярной пенсии, за смерть врача или студента, окончившего обучение, но не сдавшего экзамен в качестве компенсации семье погибшего полагалось не более 5000 рублей, студента 5-го курса – 3000, фельдшера или студента 4-го курса – 2000, сестры милосердия – 1000, прислуги – 300²⁵⁷.

Впервые предложение учреждения обязательного страхования земского медицинского персонала всей губернии в случае смерти или инвалидности от эпидемических или других инфекционных болезней только за счет губернского земства вне всякой зависимости от пенсионной кассы было высказано на фельдшерском съезде в Екатеринбургском уезде в 1909 г.²⁵⁸ К этому моменту обязательным было только страхование временного эпидемического персонала в случае смерти от холеры.

При рассмотрении данного вопроса губернская управа приняла решение собрать сведения об умерших или потерявших здоровье врачах за предыдущие 25 лет²⁵⁹. Для этого управа обратилась за справками в уездные управы Пермской губернии. Кроме того, похожий запрос был сделан в губернские управы других земств, для выяснения того, как данный вопрос был решен в этих земствах.

На запрос управы ответы прислали 24 губернские земские управы, 2 управы по делам земского хозяйства (Киевская и Минская) и 8 уездных земских управ Пермской губернии²⁶⁰.

Из губернских управ Калужская, Орловская, Казанская, Вятская и Московская ответили, что в их земствах вопрос о страховании медицинского

²⁵⁷ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 1. С.17.

²⁵⁸ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №5. С.5.

²⁵⁹ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 40 очередной сессии о страховании медицинского персонала на случай смерти или инвалидности от эпидемических и других заразных болезней // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №10. С. 59.

²⁶⁰ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №10. С. 59-68.

персонала не возникал. В Самарской, Костромской, Владимирской, Саратовской, Тульской и Псковской губерниях существовало обеспечение только на случай смерти от холеры, а в Пензенской и Тверской губерниях еще и от сыпного тифа. При этом только в Пензенском земстве медицинский персонал был застрахован в обществе «Россия», остальные же земства подчеркивали невыгодность для себя страхования в обществах, основываясь либо на предварительных расчетах, либо на основании опыта. В Костромском земстве выплачивали не единовременное пособие, а пенсию в следующих размерах: вдовам постоянных врачей полагалось 600 руб., детям по 200 руб. каждому, круглым сиротам по 250 руб., вдовам фельдшеров – 180 руб., детям по 60 руб. каждому, круглым сиротам – 120 руб., семьям сестер милосердия – 300 руб. Семьям временного персонала выплачивали пенсии в размере 400 руб. за врача, 200 руб. за студента и 100 руб. за смерть фельдшера.

Выплата пенсий была предусмотрена в Симбирском и Курском земствах в сумме не ниже 20% жалования. Пенсия увеличивалась в зависимости от продолжительности службы умершего.

В Харьковском земстве правом на пенсию пользовались семьи лиц, умерших от заражения при борьбе с эпидемическими болезнями и от несчастных случаев (от заражения при операциях и вскрытиях), семьи ветеринарных врачей, фельдшеров и лиц низшего медицинского персонала в случае, если смерть последовала от заражения при исполнении служебных обязанностей. Вдовам пожизненно или до выхода ими замуж назначались пенсии в размере половины оклада умершего, детям до достижения 18 лет или в случае обучения в учебном заведении до 21 года в размере 1/6 оклада, круглым сиротам в размере 1/4. Пенсия полагалась и несовершеннолетним братьям и сестрам умершего в размере 1/6, если те, в свою очередь, являлись круглыми сиротами. Общая совокупность пенсий, причитающихся всем членам семьи умершего, не должна была превышать $\frac{3}{4}$ его оклада²⁶¹.

В Воронежском и Киевском земствах обеспечение семьям погибших

²⁶¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №10. С. 62.

каждый раз устанавливалось по особому постановлению губернского собрания или губернского комитета.

В Полтаве в случае смерти медицинского персонала выплачивался двойной годовой оклад жалования.

Екатеринославская губернская земская управа учредила особый фонд в 24 500 руб., из которого выплачивались пособия. Фонд состоял из взносов губернского земства в 4900 руб. и каждого из уездов по 2450 руб. В случае выдачи из этого фонда пособия, фонд пополнялся взносом губернского земства в размере $\frac{2}{9}$ и из каждого уезда по $\frac{1}{9}$ израсходованной суммы. Потеря трудоспособности удостоверялась комиссией из 3 врачей и 2 представителей земства.

В Рязанском, Тамбовском, Черниговском и Минском земствах вопрос о страховании в данные период находился только на рассмотрении.

Кроме губернских земств, в местах, где обязательное страхование не было учреждено, некоторые уездные земства самостоятельно установили его за свой счет.

В Красноуфимском уездном земстве Пермской губернии к 1909 г. за 25 лет от эпидемических болезней погиб 1 врач и 6 фельдшеров, кроме того еще 1 фельдшер утонул во время служебной поездки²⁶².

В Осинском уезде не было зарегистрировано ни одного случая смерти или потери трудоспособности медицинским персоналом в результате эпидемических болезней. Однако за это время от туберкулеза скончались 2 врача, 2 фельдшера и 1 фармацевт.

Случаи смерти не были зарегистрированы и в Верхотурском уезде, где за 25 лет эпидемическими болезнями переболели 2 врача, 4 фельдшера и 3 сестры милосердия.

В Оханском уезде подобная статистика не велась, и известен был лишь один случай смерти врача от сыпного тифа.

В Ирбитском уезде был зарегистрирован один случай смерти

²⁶² Там же. С. 64.

ветеринарного фельдшера от простуды во время служебной поездки.

В Шадринском уезде за 25 лет от сыпного тифа умерли 2 фельдшера.

Камышловская уездная управа отчиталась о 3 случаях смерти врачей и 2 фельдшеров от сыпного тифа и смерти 2 фельдшеров и 1 аптекарского практиканта от туберкулеза.

Больше всего смертей было зафиксировано в Екатеринбургском земстве, где от инфекционных и эпидемических болезней скончались 2 врача и 8 фельдшеров, от других причин, связанных с условиями службы, еще 3 врача и 22 фельдшера. Кроме того, еще один врач потерял трудоспособность и пользовался земской пенсией.

В Пермском, Кунгурском, Соликамском и Оханском земствах статистика смертей медицинского персонала не велась.

Проанализировав всю полученную информацию, Пермская губернская земская управа в 1910 г. установила новые правила выдачи пособий лицам медицинского персонала Пермской губернии на случай смерти от остроинфекционных болезней и от причин, связанных с исполнением профессиональных обязанностей²⁶³. С этого момента пособие выдавалось только в случае смерти или потери трудоспособности на земской службе на территории Пермской губернии. Срок, по истечении которого от начала заболевания, смерть не влекла за собой выдачу пособия, был установлен в шесть месяцев. Пособие выдавалось только тем лицам, в пользу которых распоряжался сам врач в случае своей смерти. Распоряжение должно было быть сделано при жизни застрахованного лица подачей специального заявления на имя губернской земской управы, в ином случае вознаграждение не подлежало выдаче, и медицинский работник считался застрахованным лишь от утраты трудоспособности. Все заявления хранились в губернской управе и вносились в особую книгу, застрахованному же выдавалась специальная квитанция. Размеры пособия несколько изменились: за смерть

²⁶³ Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии, Пермь электро-типография Губернского земства, 1913. С. 16-18.

врача управой выплачивались все те же 5000 руб., студента 10 семестра – 4000, студента 8 семестра – 3000, студента 6 семестра, фельдшера, фельдшериц-акушеров – 2000, сестер милосердия и ротных фельдшеров, фельдшерских учеников и акушеров – 1000, сиделок, санитаров-дезинфекторов, служителей амбулаторий и приемных покоев – 500. Все пособия выдавались в течение года со дня смерти.

С момента принятия новых правил в течение 4 следующих лет по страховке было выплачено пособий: в Кунгурском уезде – 1 (за фельдшера), в Верхотурском – 3, в Осинском – 1 (за сестру милосердия), в Ирбитском – 2, в Шадринском – 2 (за 1 врача и 1 фельдшера), в Соликамском – 8, в Камышловском – 1, Оханском – 2 (за сиделку карантинного барака и палатного служащего), в Екатеринбургском – 1 (за врача)²⁶⁴.

Таблица 1

Количество персонала, умершего от инфекционных болезней в г. Перми²⁶⁵.

	1910	1911	1912	1913
Сыпной тиф				
Врачей	-	-	2	1
Фельдшеров	2	-	-	1
Сестер милосердия	2	1	1	-
Братьев милосердия	-	-	-	1
Сиделок	1	-	4	4
Брюшной тиф				
Врачей	-	-	1	-

²⁶⁴ ГАПК Ф.143. Оп. 1. Д. 740. Л. 5.

²⁶⁵ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 40 очередной сессии о страховании медицинского персонала на случай смерти или инвалидности от эпидемических и других заразных болезней // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №10. С. 67.

Фельдшер	-	-	1	1
Холера				
Врачей	1	-	-	-

Размер выплат в страховые фирмы на одного врача составлял примерно 136 руб. в год²⁶⁶.

Кроме получения страховых выплат за семьями погибших оставалось право на пенсии из пенсионной кассы Пермского губернского земства, но только в случаях, когда умерший выслужил в земстве достаточное количество лет. В Соликамском уезде управа выплачивала пенсию семье и в случаях недостаточной выслуги лет в размере 1/3 от оклада умершего из суммы в 1,5 млн. руб., выделенной на противочумные меры²⁶⁷.

Новые правила выдачи пособий не распространялись на лиц аптекарского персонала, зубных врачей, смотрителей, кастелянш, кухарок и прачек, что вызывало негативную реакцию с их стороны. Согласно постановлениям 41 очередного Пермского губернского земского собрания²⁶⁸ все вышеуказанные категории лиц, за исключением прачек, не страховались ввиду того, что они имели такой же риск заразиться, как и члены управы, посещающие больницы, ремонтные рабочие и другие, совершенно посторонние люди. Что касалось прачек, то они должны были стирать уже продезинфицированное фельдшерами или дезинфекторами белье, соответственно и риск заразиться был минимальным.

Однако данные правила были пересмотрены в 1915 г., и круг лиц, имеющих право на получение пособий от губернского земства, был значительно расширен²⁶⁹. Смотрительский и служительский персонал земств также получил право получения пособия в случае смерти от инфекционных

²⁶⁶ ГАПК Ф.143. Оп. 1 Д. 740. Л. 6.

²⁶⁷ Там же. Л. 6.

²⁶⁸ Постановления 41 очередного Пермского губернского земского собрания 1910 г. по медицинским вопросам // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №11. С. 1-7.

²⁶⁹ О расширении контингента лиц, имеющих право получения пособия от Губернского земства в случаях смерти от заразных заболеваний // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 11-12. С. 724.

болезней. Смотрителей приравнивали к школьным фельдшерам, и размер выплат составил 2000 руб., надзирателей и кастелянш приравнивали к сестрам милосердия (1000 руб.), а дезинфекторов и заведующих дезинфекционными камерами – к ротным фельдшерам (1000 руб.). Даже низший больничный персонал – истопники, повара, кухарки, швейцары и кладовщики, получили право застраховать свою жизнь на сумму в 500 руб. Размер выплат определялся не образовательным цензом служащих, а фактически занимаемой должностью: так, если должность санитар-дезинфектора занимал студент-медик 6 семестра, то пособие выплачивалось, как за дезинфектора, а не как за студента.

Кроме того, ранее часть медицинского персонала – оспопрививатели, зубные врачи и дантисты, также не получали пособия, но в 1915 г. постановлением Пермского губернского земства было решено выплачивать пособия и им в размере 3000 руб.

Что же касалось медицинского персонала, не состоявшего на службе в земствах – городских и заводских врачей (за исключением вольнопрактикующих), то дела обстояли следующим образом: относительно городских врачей и даже тех, что состояли при земских больницах, однозначно было решено отказаться от страхования. В отношении заводских врачей было решено ввести их обязательное страхование только от холеры²⁷⁰. Это было также сделано и с целью привлечения медицинского персонала частных больниц к участию в борьбе с эпидемиями, чтобы частные учреждения не отказывали в принятии холерных больных, в случаях, когда отсутствовали места в земских больницах. Однако, в конце первого – начале второго десятилетия XX в. холера уже не требовала особых мер по борьбе с ней и не выделялась среди других инфекционных болезней, а наибольшую опасность представлял сыпной тиф. Поэтому немного позже было принято решение страховать заводской персонал от тех же заболеваний, что и

²⁷⁰ Постановления 41 очередного Пермского губернского земского собрания 1910 г. по медицинским вопросам // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №11. С. 3.

земский, но только в том случае, если при заводских больницах имелись и функционировали отделения для изоляции заразных больных и в эти отделения принимались земские больные. Суммы страховых выплат были такими же, как и у земского персонала.

Только в 1916 г. по предложению доктора Беляева о страховании городских врачей от инфекционных болезней управой было вынесено положительное решение, поскольку на городских врачах лежала та же работа, что и на земских²⁷¹.

В качестве еще одной меры поддержки семей погибших врачей в 1901 г. в Санкт-Петербурге было создано общество попечения о детях–сиротах врачей²⁷². В 1911 г. доход общества составлял 34000 руб., из которых 18000 приходилось на членские взносы (по 3 руб.) и пожертвования. Еще через два года доход увеличился практически в 2,5 раза и составил 86 100 руб. В 1913 г. в обществе состояло 4232 члена, в том числе 27 из Пермской губернии, представители которой впервые вступили в общество в 1908 г. в количестве 2 человек. Приют, созданный обществом, был рассчитан на 30 девочек, и его содержание обходилось в 10000 руб. в год. Кроме того, на попечении общества в разные годы находилось еще от 20 до 90 воспитанниц и от 25 до 105 воспитанников, обучавшихся в школах и гимназиях. Из 85 сирот в 1911 г. 27 были детьми земских врачей, 26 – военных и 11 – вольнопрактикующих.

Несмотря на привилегии в виде оплаченного жилья, льготного проезда, некоторых гарантий семьям в случае потери кормильца, в целом медицинский персонал находился в достаточно тяжелых условиях, среди которых особо можно выделить: работу в инфицированной среде, работу и днем и ночью, отсутствие возможности вовремя поесть, постоянную заботу о тяжелых больных, а также огромную ответственность перед обществом. Вследствие всего вышеперечисленного медицинские работники, как правило, преждевременно «расстраивали свою собственную нервную систему» и

²⁷¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 1. С. 27-31.

²⁷² Общество попечения о сиротах-детях врачей // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 98.

достаточно рано умирали: средняя продолжительность жизни врача составляла 51 год²⁷³. По подсчетам П.Н. Серебренникова, принявшего смертность священников за 100%, получалось, что смертность землевладельцев составляла 108-126, адвокатов – 152, сталеваров, каменщиков, ткачей и прядильщиков – 190-195, докторов – 202, маляров и стеклодувов – 216, рабочих в заводах – 913²⁷⁴. Таким образом, смертность врачей была выше, чем у всех категорий работников «умственного труда», и даже выше, чем у некоторых категорий рабочих.

Таблица 2

Причины смертности врачей²⁷⁵.

Причины	Данные в %
Инфекционные болезни (в т.ч. чахотка)	42,3
Болезни органов дыхания	9
Болезни сердца и сосудов	6,5
Болезни органов пищеварения	7,3
Болезни нервной системы	14,6
Злокачественные опухоли	5,7
Старческое истощение	4
Самоубийства	3,2

В качестве решения большей части данных проблем сами врачи, имеющие уже достаточный опыт, предлагали молодым коллегам начинать уделять особое внимание правильному физическому воспитанию, гимнастике, играм на открытом воздухе, разнообразным видам спорта – катанию на лодках, коньках, лыжах, верховой езде и другим видам

²⁷³ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. №3. С. 93.

²⁷⁴ ГАПК Ф. 598. Оп. 1. Д. 459. Л. 4.

²⁷⁵ Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. №3. С.93.

активности еще со студенческой скамьи²⁷⁶.

Свой ежегодный отпуск врачи могли проводить по своему усмотрению. В летние месяцы часть городских врачей вместе с семьями переезжали жить на загородные дачи²⁷⁷. Наиболее состоятельные могли совершать речные поездки по Каме. П.Н. Серебренников в письме другу описывает поездку на теплоходе на экскурсию в Ильинск, которая, по его мнению, была «весьма далека от всяких житейских дрызг, которые отравляют нашу жизнь...но мы сделали большой промах, не введя в свою программу экскурсий музыку и пение»²⁷⁸. Сельские врачи на время своих отпусков старались покинуть места службы, так как иначе, вынуждены были бы все равно принимать больных по их настоятельным просьбам.

Подводя итог, следует сказать, что социально-экономические условия профессиональной повседневности медицинских работников во многом определялись уровнем образования и квалификации: чем они были выше, тем проще было устроиться на должности с высокой заработной платой в крупные больницы с хорошим оснащением.

Зарплата медиков Пермской губернии в целом была выше средних показателей по стране. На данное обстоятельство оказали такие факторы как дефицит кадров и высокая смертность среди населения. Врачи Пермской губернии могли претендовать на заработную плату в 1500-2200 руб. в год. Ставка фельдшерского персонала (в зависимости от квалификации) варьировалась от 300 до 600 руб. в год, и младшему медицинскому персоналу выплачивалось жалование от 120 до 360 руб. в год.

Важную роль в социально-экономической характеристике повседневности занимала проблема социального обеспечения медиков и их семей в случае болезни или смерти. Первыми начинают появляться пенсионные кассы и кассы взаимопомощи, организованные на общественных началах. Затем для привлечения кадров земская управа и некоторые

²⁷⁶ Штанге В.А. Задачи медицинского образования // Врачебная газета. 1904. № 10. С.293.

²⁷⁷ ГАПК Ф.143. Оп.1. Д. 403. Л. 1-2.

²⁷⁸ ГАПК Ф.598. Оп. 1. Д. 63. Л.3.

учреждения на территории Пермской губернии начинают добровольно вводить выплаты, размер которых на данном этапе еще не был фиксированным. Однако, широкая общественная дискуссия первого десятилетия XX в. и анализ статистических данных по смертности, привели к законодательному закреплению на уровне губернии обязательного для всех медицинских учреждений страхования своих сотрудников.

Таким образом, официально узаконив в 1910 г. обязательное страхование медицинских работников с фиксированными суммами выплат, Пермская губерния заняла одно из передовых мест в стране в данном вопросе, так как подобное нововведение наблюдалось лишь в ограниченном количестве губерний. Несмотря на это, необходимо отметить, что это начинание было вызвано не столько прогрессивностью Пермского губернского земства, сколько объективной необходимостью, поскольку смертность медицинского персонала (и так высокая относительно представителей других категорий интеллигенции) в Пермской губернии, в особенности в Екатеринбургском уезде, была выше средних показателей по стране.

Глава 3. Общественная активность в профессиональной повседневности медицинских работников.

3.1. Общественные медицинские организации как фактор профессиональной повседневности и их роль в популяризации гигиенических знаний среди населения.

Начало XX в. характеризуется резким увеличением числа различных общественных объединений. В России в медицинской среде первыми, кто присоединился к этому движению стали врачи. В 1914 г. насчитывалось пять обществ врачей всероссийского масштаба – Пироговское общество, Всероссийская лига борьбы с туберкулезом, Общество российских гинекологов и акушеров, Общество русских хирургов и Русский союз психиатров и невропатологов. В 1890 г. в Петербурге было создано Врачебное общество взаимной помощи, имевшее более 30 отделений по всей стране. Однако, уже к середине первого десятилетия XX в. деятельность этого общества начинает сводиться только лишь к страхованию врачей от несчастных случаев.

Наиболее заметный вклад в развитие общественной жизни страны в целом и медицинского сообщества в частности внесло Общество врачей в память Н.И. Пирогова, созданное в 1881 г. Одной из важнейших задач, которую ставили перед собой члены этого общества, была задача объединения всех русских врачей в одну общую организацию²⁷⁹. Впервые мысль о создании единой организации врачей появилась еще в конце XIX в., но, беря во внимание доклады IX Пироговского съезда 1904 г., всероссийский союз врачей представлялся еще скорее организацией, объединяющей индивидуальные, а не коллективные единицы. И только через

²⁷⁹ От редакции отдела земская медицина – врачебный быт // Общественный врач. 1913. № 7. С. 810-814.

3 года на X съезде под влиянием идей освободительного движения было выдвинуто предложение основания всероссийского союза врачей на коллегияльных началах, на началах федерации его автономных губернских и областных отделов. В связи с этим была сформирована особая комиссия, основной задачей которой стала разработка проекта устава предполагаемого всероссийского союза врачей. Однако созданный в результате деятельности этой комиссии проект, в полном объеме отражавший указанные съездом и правлением запросы, не встретил поддержки со стороны членов общества, в результате чего был отклонен XI Пироговским съездом.

Несмотря на это, часть врачебного сообщества по ряду причин продолжала настаивать на создании единого врачебного союза. Во-первых, в медицинской среде существовала потребность в особом органе, в компетенцию которого входила бы судебная функция, распространяющаяся на рассмотрение дел по вопросам, не подпадающим под уголовное или административное преследование, но порицаемых в медицинском сообществе. Во-вторых, необходимо было создание института профессиональной охраны врачебного труда, что подразумевало наличие не только учреждений взаимопомощи, но и практическое осуществление принципа обеспечения работодателями профессионального риска работников.

Первые попытки объединения врачей в России в общественный и профессиональный союзы, возможно, не имели успеха по причинам, связанным, главным образом, с условиями жизни и отсутствием гражданского общества в стране. В основание объединения русских врачей никогда не ставился принцип сословности с обязательной юрисдикцией, носившей элемент принуждения. Но в 1912 г. по указу императора для выработки проекта врачебно-санитарного законодательства была созвана Межведомственная комиссия. В одном из докладов²⁸⁰ XII Пироговского

²⁸⁰ Сулима К. Об организации врачей в сословие с правами юрисдикции // Общественный врач. 1913. № 7. С. 814-825.

съезда (1913 г.) в качестве истинной цели создания комиссии указывается попытка насильственной неестественной организации медицинского сообщества сверху. Данный доклад вызвал оживленную дискуссию, в результате которой были составлены сразу несколько резолюций, которые, однако не нашли особой поддержки. В итоге на съезде было принято предложение, констатирующее собственно статус всероссийской врачебной организации – что объединяющим союзом есть и может быть Пироговское Общество.

Единственным средством выхода из состояния разобщенности для русских врачей была организация периферических врачебных сил и вытекавшая отсюда децентрализация научно-практической и врачебно-санитарной работы в межсъездные периоды. Консолидация разрозненных сил в одно действительно организованное и планомерно координированное целое дала бы реальную возможность не ограничиваться только временным подъемом и изложением нужд и потребностей врачебного сообщества на съездах, но и реализовать их разумное удовлетворение в процессе непрерывной и систематической работы в межсъездные периоды. Таким путем мог быть создан и численно крупный постоянный состав членов союза, а также привлечены значительные материальные средства в центральную кассу и, через разделение труда по исполнению поручений съездов, существенно облегчена работа самого правления, как центрального исполнительного органа.

Поскольку проект устава союза строился на федеративном принципе, в число целей союза входили «улучшение условий труда и быта врачей» и «организация товарищеской взаимопомощи»²⁸¹. Эта сторона в вопросе организации врачебного союза заслуживала особого внимания, так как, по мнению большей части врачей, потребность профессионального объединения являлась «самой настоятельной, самой неотложной потребностью

²⁸¹ Общественный врач. 1913. № 7. С.810.

времени»²⁸². Данная потребность была вызвана эволюцией условий профессиональной работы, тесно связанной с общей эволюцией жизни, с ее усложнением, с усилением как борьбы за существование, так и борьбы за права личности. Эти процессы начали развиваться за несколько лет до первой русской революции, но в полной мере они проявились уже после 1907 г., дав толчок к возникновению разного рода профессиональных организаций. Врачебная среда, естественно, также была захвачена общим движением, и стремление к улучшению условий профессиональной работы за счет объединения и организации товарищеской взаимопомощи дало и здесь импульс идее создания профессионального союза. Пироговские съезды, занятые прежде преимущественно разработкой вопросов научно-практических, общественно-санитарных и очень мало затрагивавшие вопросы врачебного быта, не могли уже ограничиваться исключительно кругом прежних интересов. Начал меняться сам подход к определению понятия «улучшения врачебного быта», под которым прежде понималось повышение экономической, правовой и профессиональной самостоятельности врачебного сословия в широком смысле. Производительность врачебного труда обуславливалась и обуславливается не только прогрессом науки и усовершенствованием технических приемов, и изменениями в обстановке врачебной деятельности, но больше и прежде всего эта производительность зависит от положения самого медицинского работника. Профессиональный врачебный труд – научный, практический, общественный, не может быть продуктивен, когда врач не в состоянии удовлетворить свои потребности, когда у него отсутствует уверенность в завтрашнем дне, а его семье может грозить нищета в случае его смерти, когда его судьба зависит от стечения случайных обстоятельств, бороться с которыми у него нет средств, а его права ничем не защищены. Единственным способом выхода из такого положения врачам виделась «самодеятельность, направленная к созданию крепкой, спаянной единством ясно сознанной

²⁸² Там же. С.810.

практической цели профессиональной организации»²⁸³.

Несмотря на сформировавшуюся во врачебном сообществе потребность в федеративном союзе, его практическая реализация оказалась невозможна по причинам, которые условно можно разделить на три категории. К первой категории относятся причины морально-психологического характера, главной из которых была невозможность открыто ставить профессиональные вопросы существования общего необеспеченного и бесправного состояния населения. Вторая – культурно-историческая, выразившаяся в недостаточном развитии во врачебной среде навыков совместной координированной деятельности, возникшая вследствие политики систематического подавления личной инициативы и самостоятельности.

И третья категория причин – социально-экономические причины, связанные с тем, что врачи, состоявшие в Пироговском обществе, преимущественно находились на земской службе, выработавшей несколько различных форм охраны труда: эмеритальную и пенсионную кассы, страхование на случай инвалидности и смерти.

Наименьшее влияние, очевидно, оказывали причины из первой категории. Из двух оставшихся – культурно-историческая проявляла свое действие, главным образом, среди врачей вне общественной службы и деятельности (вольнопрактикующих и вневедомственных) и, в гораздо меньшей степени, относилась к земским врачам, имевшим опыт совместной деятельности в коллегиальных органах. Социально-экономический фактор, наоборот, дает совершенно иное положение. Условия, какие имели в этом отношении общественные врачи, возможно, и составляли ту причину, в силу которой попытки общего профессионального объединения не увенчались успехом. Оклады земских врачей хотя и были не велики, но за первое десятилетие XX в. имели тенденцию к постоянному увеличению, за счет прогрессивных прибавок. К тому же земства по возможности старались

²⁸³ Общественный врач. 1913. № 7. С.811.

решить квартирный вопрос своих работников, и устанавливали периодические оплачиваемые отпуска и научные командировки. Эти факты оказывали положительное влияние на повышение производительности профессионального труда земских врачей.

Таким образом, не считая малочисленной группы состоятельных верхов из врачебной среды, в стране имелось две большие категории врачей, в одной из которых врачей объединяла общественная работа, опыт организационной деятельности и некоторая стабильность, выражавшаяся в наличии постоянной зарплаты, служебного жилья и страховки на случай инвалидности или смерти. Врачи другой категории преимущественно были предоставлены сами себе: они не вступали ни в какие профессиональные объединения, не имели опыта совместной работы и не проявляли никакой инициативы в данном вопросе. Побудить эту группу к объединению могла, по мнению представителей первой группы, только или крайняя степень пролетаризации входящих в нее врачей, или же готовая, созданная другими форма профессиональной организации, к которой им осталось бы только присоединиться.

Поскольку собственные попытки создания единого врачебного союза не дали никаких результатов, то для поисков новых форм объединения было решено обратиться к опыту других стран²⁸⁴.

В Австрии в 1891 г. законодательно были сформированы врачебные палаты – представительные учреждения врачебного сословия, имевшие совещательную функцию во всех делах, касающихся интересов врачей, в том числе по защите чести и достоинства врачебной профессии и заботе о здоровье. По требованию правительства врачебные палаты обязаны были представлять заключения и разъяснения по всем вышеуказанным вопросам, оказывать содействие властям при организации санитарных мероприятий, особенно в делах общедоступной врачебной помощи и соответствующего

²⁸⁴ Сулима К. Об организации врачей в сословие с правами юрисдикции // *Общественный врач*. 1913. № 7. С. 814-825.

территориального распределения врачей. Палаты имелись во всех землях империи, представительством в 10 человек в каждой палате, избравшихся на 3 года врачами, проживавшими в районе палаты. Палаты собирались один раз в год для утверждения бюджета и отчета своего президиума, выбираемого на общем собрании палаты в количестве от 5 до 9 человек. Состав президиума обязан был собираться не реже 2 раз в месяц для обсуждения текущих дел. В полномочия президиума входило вынесение судебных решений в отношении врачей, а в качестве меры наказания использовались предупреждения и денежные штрафы в размере до 400 крон (около 167 руб.).

В Германии на основании законов 1887, 1896, 1988 и 1900 гг. в каждой провинции были учреждены врачебные палаты, со схожими с австрийскими палатами полномочиями. Для объединения деятельности палат в Берлине был создан Совет врачебных палат, куда входил 1 представитель-депутат от каждой провинциальной палаты и 1 его заместитель.

Во Франции главными объединениями врачей стали синдикаты, впервые мысль о создании которых была высказана еще в 1879 г. Первый синдикат был создан в 1881 г., а через год в стране уже насчитывалось 29 синдикатов. К 1885 г. количество синдикатов достигло 81, но в том же году по решению кассационного суда существование синдикатов было признано незаконным. Повторно разрешение на создание синдикатов было дано только через 7 лет и к 1895 г. во Франции существовал уже 101 синдикат, объединивший более половины всех врачей страны.

Кроме синдикатов во Франции функционировал Общий союз французских врачей, основанный в 1858 г., представлявший собой федерацию всех врачебных обществ взаимопомощи, существовавших в различных департаментах Франции. Однако к началу XX в. союз начинает превращаться в простое страховое общество, что повлекло уменьшение числа его членов, ввиду дороговизны членского взноса.

В Англии самой распространенной медицинской организацией было

частное Британское медицинское общество, несмотря на добровольное участие в нем, объединившее практически всех врачей в стране, и имевшее отделения во всех округах и колониях Великобритании.

В США существовало аналогичное Британскому Американское медицинское общество, занимавшееся преимущественно научными делами.

Исходя из опыта организации медицинских сообществ в других странах, в России Пироговским обществом была разработана новая программа по консолидации медицинского сообщества²⁸⁵. Предлагалось создание врачебных советов – особого института наподобие врачебных палат Австрии и Германии. В ведении этих советов должны были находиться все дела, касающиеся общих интересов врачебного сословия, задач, целей, достоинства и значения врачебной профессии, охраны народного здоровья, разработки и внедрения врачебно-санитарных установлений, а также все вопросы материального обеспечения членов советов и их семей. Для реализации данного проекта необходимо было создать в каждой губернии Губернский врачебный совет, а в каждом крупном городе – Городской врачебный совет. Для объединения деятельности всех врачебных советов и решения более серьезных вопросов, касающихся врачебного сообщества в целом, предлагалось учредить Главный врачебный совет, куда вошли бы выбранные на определенный срок представители всех губернских и городских врачебных советов. Каждый практикующий врач обязан был бы подчиняться врачебному совету, в районе которого он постоянно проживал.

По мнению представителей региональных отделений общества Пирогова проект врачебных советов не до конца удовлетворял потребностям российских врачей и, в конечном итоге, был ими отклонен, что в свою очередь привело к тому, что единственной формой профессионального взаимодействия практикующих врачей России остались Пироговские съезды, на которые легла роль объединяющего врачей звена. В ведении съездов

²⁸⁵ Сулима К. Об организации врачей в сословие с правами юрисдикции // Общественный врач. 1913. № 7. С. 814-825.

находились такие мероприятия, как решение вопросов в области земской медицинской деятельности, сбор и анализ медико-статистических сведений по общественной медицине в различных территориях России, разработка, унификация и содействие повсеместному внедрению программ санитарно-статистических исследований, принятие единой номенклатуры врачебных специальностей и т.д. Кроме того, по оценке Е.Б.Злодеевой, Пироговским съездам принадлежит роль связующего звена между профессурой Москвы и Санкт-Петербурга и земскими и губернскими врачами, что подтверждается персональным составом участников съездов²⁸⁶.

Также Е.Б. Злодеева в своем диссертационном исследовании выделяет три этапа деятельности Пироговских съездов, однако в хронологические рамки данной работы попадают лишь два из них:

Первый этап включает работу первых пяти съездов врачей и относится к периоду с 1885 г. по 1894 г. На данном этапе происходило становление всероссийского Пироговского движения врачей и выработка основных принципов врачебного самоуправления. Для большей части практикующих врачей данный период стал временем активной профессиональной консолидации и общественной деятельности. Через обмен опытом и дискуссии о единых подходах к организации медицинской помощи в различных регионах страны на начальном этапе работы съездов определился круг основных вопросов, куда в первую очередь входили вопросы улучшения материального, правового и морального уровня жизни врачей.

Второй этап деятельности Пироговских съездов, приходившийся на 1895-1916 гг. включал в себя работу восьми съездов – с VI по XIII. В эти годы начинают закладываться основы единых подходов к организации медицинской помощи сельскому населению на всей территории страны, происходит формирование принципов и предпосылок к становлению системы государственного здравоохранения и практических основ

²⁸⁶ Злодеева Е.Б. Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России: Конец XIX- начало XX вв.: автореф. дис. ... канд. ист. наук. Москва, 2004. С. 4.

социального партнерства в этой области. В среде русских врачей усиливается интерес к теоретическим разработкам социально-гигиенических учений, а санитарная и противоэпидемическая деятельность рассматривается ими как важнейшая задача земского врача.

Холерная эпидемия 1891-1892 гг. дала практический выход общественной активности русских врачей, выразившийся в разработке и осуществлении широких предупредительных противоэпидемических мер в масштабах всей страны.

Этот этап совпал с периодом подъема политической активности в России. Накал политической борьбы в стране оказал заметное влияние на деятельность профессиональных врачебных съездов. Изучаемый период тесно связан с расцветом земской медицины, поэтому основную движущую силу Пироговских съездов составляли земские врачи.

Именно Пироговскими съездами впервые были актуализированы и озвучены проблемы бытовой стороны жизни медицинского персонала. На съездах была организована работа отдельной секции, где затрагивались исключительно вопросы врачебного быта, круг которых был обозначен заведующим секцией врачом М.Н. Нижегородцевым. На секции обсуждались вопросы, связанные не только с врачебным бытом как таковым, но и с личностью самого врача в отношении к нравственности и этике, а также с правами и обязанностями врача и его материальной обеспеченностью.

В рамках данной работы необходимо отметить бытовую организацию самих съездов. В качестве примера рассмотрим устройство XII Пироговского съезда, состоявшегося в 1913 г. в Петербурге. Работа секций, тематически близких друг другу, была организована параллельно, в результате чего врачи не имели возможности услышать мнения коллег по сходным темам и общим интересам. Что касалось внешних удобств, то и тут устройство, по мнению делегатов съезда, находилось на достаточно низком уровне. В распоряжение врачей были отданы женский медицинский институт, Пушкинский училищный дом и зрительный зал народного дома, где были

назначены два публичных заседания совета. Участники съезда отмечали тесноту аудиторий, их удаленность друг от друга, а также отдаленность самих зданий от центра города. Городская управа предложила делегатам съезда для заседаний многолюдных секций воспользоваться думским залом, предоставленным взамен неудобного и непригодного Пушкинского дома за плату в 200 рублей за вечер, которые покрыли бы расходы только на освещение, но врачи предпочли мириться с неудобствами и теснотой, лишь бы не «воспользоваться дорогим вниманием хозяев города...»²⁸⁷. В целом мнение врачей по поводу организации этого съезда было однозначно негативным, но не стоит забывать, что на съезде обсуждались преимущественно политические вопросы, что естественно вызывало недовольство со стороны органов власти, открыто не запрещающих съезды, но и не оказывавших никакой поддержки, а по возможности старавшихся создать как можно более невыносимые условия в надежде на то, что постепенно съезды сами себя изживут.

Так как попытки объединения врачей в единый союз оказались неудачными, а условия, в которых проходили съезды, становились из года в год все хуже, то в 1913 г. Пироговским обществом было принято решение создать постоянное место, где врачи из различных уголков страны смогли бы собираться в любое удобное для них время. Таким местом должен был стать Пироговский дом, где разместились бы библиотека и врачебно-санитарные курсы, что способствовало бы развитию науки, общественной медицины и санитарного дела в России.

Идея создания Пироговского дома возникла еще в 1898 г. в связи с открытием памятника Н.И. Пирогову, но только в 1913 г. данная идея начала получать реальное воплощение. Московская городская дума безвозмездно предоставила участок земли для постройки дома, и правление общества Пирогова пригласило архитектора для создания проекта и сметы. Впервые проект был представлен на Всероссийской гигиенической выставке в

²⁸⁷ Общественный врач. 1913. № 6. С. 639.

Петербурге²⁸⁸. Для удовлетворения своему назначению дом должен был включать в себя учреждения и помещения 7 различных категорий: помещения под музей-выставки, под лаборатории и организацию курсов, под библиотеку, помещения для комиссии по распространению гигиенических знаний, одну большую аудиторию на 1000 человек для собраний и заседаний на время съездов, помещения под редакцию журнала, а также помещения для различных административных нужд. В распоряжении Правления на момент создания проекта находилось 50 000 руб., что было практически в 10 раз меньше требуемой суммы²⁸⁹. Средства для постройки Пироговского дома собирались по всем регионам России в ходе торжественных публичных заседаний врачей, носивших название Пироговского дня, которые должны были стать ежегодными и проводиться до тех пор, пока не будет собрана необходимая сумма. Впервые сбор пожертвований на сооружение Пироговского дома открылся в Москве и по всей России 25 (13) ноября 1913 г. в день рождения Н.И.Пирогова. Москва была разбита на 46 участков, в которых особыми уполномоченными лицами из врачебного персонала производился сам сбор. Пожертвования собирали около 90 врачей, которыми было роздано более 500 подписных листов²⁹⁰.

В каждом губернском городе были образованы комитеты по устройству мероприятия, в Пермской губернии такой комитет возглавил председатель Пермского отделения общества Пирогова Н.М. Нозаровский. Само мероприятие было запланировано на 20 ноября, а сбор средств проведен, как и по всей России 27 ноября. Всего в Пермской губернии удалось собрать 853 руб. 33 коп.²⁹¹

В 1917 г. после революции состоялся чрезвычайный Пироговский съезд, на котором в том числе решался вопрос, посвященный постройке Пироговского дома, но, как и большинство других начинаний, данный проект

²⁸⁸ Общественный врач. 1913. № 8. С. 1915.

²⁸⁹ Там же. С. 916.

²⁹⁰ Новое время. 1913. 14 ноября.

²⁹¹ Общественный врач. 1914. № 3. С. 35.

не был реализован.

Несмотря на отсутствие единого централизованного общества, в стране в немалом количестве существовали региональные отделения Пироговского общества и различные местные общества. К началу XX столетия добровольные врачебные общества имелись в 139 российских городах. Такие количественные данные могут говорить о некой «обыденности» общественных организаций в жизни врачей. Для земских врачей общественная деятельность ставилась даже превыше собственно медицинской, занимая в структуре их профессиональной повседневности, лидирующее положение.

Первый съезд врачей Пермской губернии прошел еще в 1872 г.²⁹²

Процедура оформления и направления ходатайства на разрешение проведения съездов начиналась с управы и собраний, которые затем передавали его на рассмотрение губернатора, и далее в органы центральной власти²⁹³. Основными вопросами для обсуждения на съездах стали вопросы, касающиеся взаимоотношений врачебного сообщества с центральными органами управления, оказания помощи населению и душевнобольным пациентам, открытия фельдшерских школ и курсов, а также вопросы регламентации медицинского обслуживания рабочих заводов и фабрик.

Следующими, кто задумались о создании профессиональных объединений в медицинской среде, стали фельдшеры и фельдшерицы-акушерки. Первыми организациями медицинских работников среднего звена стали общества взаимопомощи. Впервые подобное общество возникло в 1882 г. в Одессе, в 1890 г. в Москве, в 1896 г. в Петербурге, а затем уже и в других городах. В 1905 г. в Москве ветеринарные фельдшеры организовали общество взаимопомощи ветеринарных фельдшеров.

Основной задачей обществ взаимопомощи был сбор средств для последующей выдачи в качестве пособий членам общества на их нужды.

²⁹² Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. С.183.

²⁹³ Там же. С. 185.

Первым обществом, деятельность которого не ограничивалась только денежными вопросами, стало Московское общество фельдшеров, фельдшериц и акушерок, созданное в 1890 г. В 1905 г. обществ, объединявших средний медицинский персонал в России, насчитывалось уже 17.

В апреле 1905 г. в Москве состоялось первое делегатское собрание представителей 10 обществ, на котором было принято решение создать всероссийское объединение. На втором делегатском собрании в Киеве в сентябре того же года был принят разработанный Воронежским обществом устав союза обществ помощников врачей. Основными задачами союза признавались задачи отстаивания естественных прав человека – свободы, равенства и братства, а также защита правовых, материальных и бытовых запросов фельдшеров.

В июле 1906 г. состоялся III делегатский съезд, объединивший 13 обществ. Съезд признал необходимым издание своего журнала и поручил правлению союза созвать I Всероссийский фельдшерский съезд, состоявшийся в январе 1907 г. Съезд высказался за коллегиальное управление лечебными учреждениями, за участие фельдшеров с правом решающего голоса в земских и городских думах при обсуждении медицинских вопросов, за предоставление фельдшерам еженедельно одного дня отдыха и ежегодного месячного отпуска. На последующих съездах фельдшеров (до февраля 1917 г. удалось провести еще 2 всероссийских съезда: в 1909 и в 1912 гг.) в основном рассматривались вопросы правового положения работников среднего медицинского звена, улучшения условий труда и быта фельдшеров и фельдшериц-акушерок в различных учреждениях и ведомствах, финансового обеспечения работников на случай потери трудоспособности вследствие инфекционных заболеваний или старости, а также их семей в случаи их смерти. Одним из ведущих был вопрос самостоятельной деятельности среднего медицинского персонала в рамках

существующей системы организации медицинской помощи населению²⁹⁴. Однако, несмотря на декларируемый всероссийский характер съездов, в действительности съезды и мероприятия фельдшерских организаций носили локальный характер и поэтому почти ничего не меняли в правовом и социальном положении медработников.

В Пермской губернии фельдшерские съезды проходили один раз в три года под представительством земской управы²⁹⁵.

Несмотря на достаточно большое количество организаций среднего медицинского персонала, общественная деятельность занимала в структуре их повседневности не первое и скорее даже не второе место. Деятельность организаций фельдшеров и фельдшериц-акушеров была направлена на отстаивание собственных прав и свобод, в то время как врачи боролись за глобальные политические и экономические изменения. Данные различия были обусловлены разными социальными статусами этих категорий медицинского персонала, различиями в образовании и происхождении.

Остальные группы медицинских работников до 1917 г. вообще не имели профессиональных организаций.

Одной из главных задач, которую ставили для себя общественные организации, в основу создания которых входила не только борьба за собственные права, но и борьба в целом за улучшение условий жизни в стране, была задача распространения гигиенических знаний среди населения.

Пермское губернское земство старалось ежегодно выпускать брошюры, содержащие сведения по различным заболеваниям, для бесплатной раздачи населению. Брошюры печатались не только на русском, но и на иностранных языках²⁹⁶.

В Оханском уезде врачом А.М. Шанц²⁹⁷ была разработана целая

²⁹⁴ Общественный врач. 1914. № 3. С. 35.

²⁹⁵ Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии. Пермь. Электро-типография Губернского земства, 1913. С.52.

²⁹⁶ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. №3-5. С. 35.

²⁹⁷ О распространении гигиенических знаний среди населения // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 9-10. С. 34.

программа по работе с населением. Уездным земством ежегодно в течение зимних месяцев (с октября по апрель) проводились беседы с местными жителями по вопросам гигиены, анатомии и физиологии, сопровождавшиеся демонстрацией световых картин, таблиц и других наглядных пособий. К работе привлекался весь медицинский персонал уезда, в том числе санитарные и школьные врачи. Только за 1914 г. в уезде было прочитано 12 лекций, роздано 352 книжки и 20767 листка. Для сравнения в этом же году в Пермском уезде было роздано практически в 5 раз меньше брошюр и листов – 2219 и 4224 соответственно²⁹⁸.

Кроме лекций, бесед и раздачи наглядного материала, земский опыт выдвигал новые методы популяризации гигиенических знаний, среди которых первое место занимали передвижные выставки.

В июле 1912 г. главным врачом Пермской железной дороги С.А. Михайловым²⁹⁹ был оборудован вагон-выставка. Для этой цели был приспособлен вагон 3 класса, в котором были выделены небольшое помещение для персонала и кладовая, а все остальное пространство было отведено непосредственно для выставки. Полный комплект оборудования обошелся в 1 935 руб. 41 коп., куда вошли: 27 муляжей нормальных или пораженных той или иной болезнью органов и частей тела на сумму приблизительно равную 200 руб., разборный торс, анализы спиртных напитков и пищевых веществ, чучела лабораторных животных, пробирки с культурами бактерий, наборы лечебных сывороток, микроскоп упрощенного типа. Особо следует отметить изобретательность врачей – ввиду недостаточности поверхности стен вагона были устроены специальные крутящиеся шкафы на 15 диаграмм каждый, позволяющие поочередно демонстрировать диаграммы друг за другом.

В период с 4 июля по 18 декабря вагон посетило более 16,5 тысяч

²⁹⁸ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 46 очередной сессии по вопросам и ходатайствам по санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №. 11-12. С. 655.

²⁹⁹ Левицкая М. Состояние дела распространения гигиенических знаний в России // Общественный врач. 1914. № 8. С. 1040-1041.

человек, что составило приблизительно 20% всего населения железной дороги. Лекции и экскурсии проводились для групп по 30-40 человек по 40 минут каждая, что позволяло в течение дня показать выставку в летнее время 480 посетителям, а в зимнее – 300. Ответственным за работу выставки был назначен фельдшер Гуцин, который по отзыву санитарного врача Содмана, вложил в это дело «все свои силы и душу и всюду своими лекциями, и объяснениями вызывал интерес к выставке и часто слышал просьбу приезжать чаще». Гуцин так же упоминает интересный случай, произошедший с ним через 3 недели после демонстрации выставки на одной из станций, когда ему случилось вновь попасть туда. Хозяйка буфета объявила его злейшим врагом, так как по его вине она потеряла своих главных постоянных клиентов, поскольку вагон носил характер антиалкогольного музея. Со словами «это все вы виноваты и ваш вагон» она демонстративно отвернулась и ушла. Вагон останавливался на каждой станции на 2-3 дня, таким образом, чтобы врач, непрерывно читавший лекции, имел 2-3 дня отдыха.

По инициативе санитарного врача Шадринского уезда Р.А. Егоровской³⁰⁰ в 1913 г. удалось организовать передвижную выставку. На ассигнованные земством деньги были приобретены диаграммы и картины, составившие довольно большой материал по разным отраслям медицины и гигиены. Химико-бактериологическим институтом доктора Блюменталя из Москвы были на два зимних месяца высланы экспонаты-диаграммы по инфекционным болезням, алкоголизму, туберкулезу, по устройству водоснабжения и канализации. Кроме того, Пермское губернское земство выделило 120 руб. 23 коп. на выписку экспонатов и брошюр Пироговского общества для последующей удешевленной продажи их населению, и еще 100 руб. на оплату труда студента-руководителя выставки. В институт доктора Блюменталя было сделано обращение с просьбой рекомендовать студента, но

³⁰⁰ Земская передвижная выставка по борьбе с заразными болезнями в Шадринском уезде // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1914. № 3-4. С. 124.

желающих не нашлось, и вся работа по устройству выставки легла на санитарного врача. Вместе с выставкой были организованы вечерние чтения с демонстрацией картин «волшебным фонарем» на различные темы.

Первоначально предполагалось посетить селения, где под выставку можно было получить достаточно большие помещения, такие как здания кредитных товариществ в селах Ольховск и Балино и городах Далматов и Шадринск. Однако впоследствии этот план был изменен, так как рациональнее было провести выставку в наиболее глухих частях уезда. Выставка проходила с 15 января по 16 февраля. Зимнее время было выбрано в связи с наличием свободного времени у населения и удобством перевозки экспонатов по санному пути. В ходе поездки санитарный врач простыла и потеряла голос, лишившись возможности читать лекции, поэтому выставка проработала несколько меньше, чем планировалось. В каждом выставочном пункте во время работы выставки для ознакомления с экспонатами, устраивались районные собрания учащихся. Все экспонаты располагались таким образом, чтобы их изучение начиналось с ознакомления с понятиями инфекции, жизни микробов, переносчиками инфекции и распространении инфекционных заболеваний. Затем велось ознакомление с такими заболеваниями как малярия, сыпной тиф, чума. После чего у некоторых посетителей бралась капля крови и рассматривалась под микроскопом, что вызывало большое удивление, а иногда даже и восторг у публики. Далее следовала демонстрация экспонатов по дифтерии, коклюшу, оспе и сифилису. Особое внимание уделялось диаграммам, показывавшим деятельность Шадринского земства по обеспечению населения медицинской помощью с 1870 по 1912 г. Не везде имелась возможность продемонстрировать все экспонаты, так как это не позволяли либо размеры помещений, либо абсолютная неграмотность деревенского населения, затруднявшая изложение материала. Состав экспонатов выставки приведен в ПРИЛОЖЕНИИ № 7.

Экскурсии по выставке проводились для групп численностью не менее

чем 10 человек по 2 часа по 4 экскурсии в день.

Выставочные экспонаты размещались по большей части на стенах или на разборных стойках, заготовленных заранее в Шадринске. При помощи таких стоек даже небольшое помещение удавалось разделить на несколько отделов. Оповещение населения о выставке проводилось за счет расклейки больших афиш и вывешивания флагов у выставочного помещения. Кроме лекций и бесед на выставке производилась продажа популярных брошюр, в ряде мест в половину их стоимости. Из-за опасения санитарного врача, что в отдаленных уездах жители сомнительно отнесутся к такому начинанию, на продажу с собой был взят небольшой запас книг. Однако в ходе самой выставки обнаружился значительный интерес местного населения к книгам, которые расходились так быстро, что пришлось сделать запрос в земство на поставку дополнительной партии книг. Наибольшей популярностью пользовались книги о пьянстве и уходе за роженицами³⁰¹.

Кроме местных выставок врачи Пермской губернии участвовали и в выставках всероссийского масштаба. Крупнейшей стала Всероссийская гигиеническая выставка, прошедшая в 1912 г. в Петербурге. За участие на этой выставке Пермскому губернскому земству, врачебной службе управления Пермской железной дороги, Уральскому отделению всероссийского союза по борьбе с детской смертностью и лично доктору Н.А. Русских были присуждены почетные дипломы; доктору В.М. Здравомыслову – большая золотая медаль, доктору И.К. Курдову – малая золотая медаль, большие серебряные медали – Пермскому губернскому земству и доктору Д.А. Соловьеву, малая серебряная медаль – Екатеринбургскому отделу туберкулезной лиги, бронзовые медали – Екатеринбургской женской гимназии Румянцевой и Уральскому отделу союза борьбы с детской смертностью, похвальные листы Ирбитскому отделу туберкулезной лиги, Шадринскому реальному училищу и учителю И.Я.

³⁰¹ Земская передвижная выставка по борьбе с заразными болезнями в Шадринском уезде // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1914. № 3-4. С. 123-131.

Копысову³⁰².

Сама выставка располагалась в достаточном отдалении от центра города в «глухом уголке за Тучковым мостом, на берегу грязной вонючей речки Ждановки»³⁰³. Устройство выставки было скромным: арка при входе, палатки-павильоны, кинематограф и музыка, «наигрывающая незатейливые вальсы и мазурки», и только по понедельникам исполняли Чайковского и Шумана.

Несмотря на плюсы передвижных выставок, земские врачи понимали важность организации постоянных музеев. X съезд врачей и представителей земств Пермской губернии по предложению доктора Г.Д. Петрова единогласно постановил возбудить ходатайство перед губернским и уездными земскими собраниями об ассигновании средств на увековечение памяти Н.И. Пирогова в пределах Пермской губернии. Обязанность по выработке формы увековечения памяти легла на Санитарное бюро и губернский санитарный совет³⁰⁴. На том же съезде по предложению заводской секции было решено разработать вопрос об организации музея.

Имя Пирогова было памятно Пермскому губернскому земству еще со времен своего становления, когда оно обратилось к Н.И. Пирогову с просьбой «указания относительно желательной организации медицинской помощи в губернии»³⁰⁵. Развернутый ответ Пирогова послужил основанием считать знаменитого врача одним из участников «закладки здания земской медицины в Пермском крае»³⁰⁶.

По мнению бюро, при обсуждении вопроса о форме увековечения памяти Н.И. Пирогова, с готовностью откликнувшегося на призывы Пермского губернского земства в затруднительное время становления

³⁰² Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 9-10. С. 155.

³⁰³ Русаков И. Популяризация гигиенических знаний. Общественный врач. 1913. № 7. С. 887.

³⁰⁴ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 41 очередной сессии по вопросу об увековечении памяти Н.И. Пирогова в пределах Пермской губернии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. №10. 1910. С. 71-77.

³⁰⁵ ГАПК Ф. 1762. Оп.1. Д.38.

³⁰⁶ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 41 очередной сессии по вопросу об увековечении памяти Н.И. Пирогова в пределах Пермской губернии. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №10. С. 71-77.

народной медицины, необходимо исходить из самого ответа его земству, а также из того факта, что покойный профессор был не только знаменитым врачом, но и педагогом, под руководством которого находилось два учебных округа, и который в течение всей жизни являлся «ярким поборником культуры»³⁰⁷. Исходя из всего вышеперечисленного, бюро в 1910 г. предложило организовать при губернской управе Пироговский музей наглядных пособий по медицине, гигиене и естественным наукам, главной целью которого стало бы распространение знаний среди населения. В музее предполагалось чтение лекций, как местными докторами, так и приглашенными специалистами. Музей должен был стать губернским, поскольку иметь широкий выбор наглядных пособий в каждом уезде было затруднительно в виду их дороговизны и не совсем целесообразно, так как даже в г. Перми было сложно найти лекторов. К сожалению, музей так и не был открыт: в следующем месяце на 41 очередном Пермском губернском собрании было постановлено отклонить ходатайство управы об устройстве музея в связи с дороговизной сметы в 7600 руб., а в целях увековечения памяти Пирогова в пределах губернии было предложено назвать две из уже существовавших стипендии в высших учебных заведениях «Пироговскими»³⁰⁸. В нашем распоряжении имеется примерная программа устройства музея, по которой при музее предлагалось открыть библиотеку, куда бы вошли все труды Н.И. Пирогова, справочные издания по внешкольному образованию, популярные издания по медицине и гигиене, журналы «Вестник воспитания» и «Общественный врач». Сам музей должен был состоять из двух отделов – педагогического (по внешкольному образованию) и медицинского (по госпитальной и профессиональной гигиене).

Предполагалось, что в первом отделе часть коллекции предоставлялась бы во временное пользование уездам, другая часть коллекции должна была

³⁰⁷ Там же. С. 71-77.

³⁰⁸ Постановления 41-го очередного Пермского губернского земского собрания 1910 г. по медицинским вопросам // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №11. С. 18.

постоянно находиться в музее и быть доступна для осмотра и объяснения всем посетителям. По мнению комиссии, в стационарном отделе должны были располагаться образцы всех теневых картин Пироговского общества по медицине, гигиене, ветеринарии, зоологии и ботанике, модели, муляжи, таблицы, картины и другие наглядные пособия по физике, химии, школьной гигиене, а также микроскоп и скелет. Кроме того, предполагалось закупить наборы посуды и материалов для проведения опытов по брошюрам Мальчевского и Мамаева, наглядные пособия по педагогике и школьной гигиене, образцы лучших школьных парт того времени и образцы настенных досок из линолеума³⁰⁹.

В число передвижных коллекций музея вошли бы одинаковые комплекты теневых картин, сложенные в отдельные ящики в тематическом порядке с приложением лекций для возможности их пересылки. На первое время предлагалось приобрести 8 комплектов к 14 лекциям по программе общества пермских врачей. Программа включала в себя лекции по вопросам устройства человеческого тела и того, как в нем идет жизнь, лекции по паразитологии и бактериологии, гигиене и санитарии, лекции по профилактике алкоголизма, оказанию первой помощи при несчастных случаях, о труде и его значении для здоровья. В число передвижных коллекций входили таблицы по школьной гигиене и модели и муляжи к вышеуказанным лекциям.

Для объяснения по коллекциям и для дачи различных справок как устных, так и письменных по почте, и для заведывания деятельностью педагогического отдела музея предлагалось пригласить специалиста, имевшего опыт в данных делах. Лучше всего на такую должность подходили работники справочно-педагогических бюро или аналогичных музеев. От соискателя требовались знания о наглядных пособиях разного рода, о фирмах, их изготовлявших и обширные сведения в области внешкольного

³⁰⁹ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 41 очередной сессии по вопросу об увековечении памяти Н.И. Пирогова в пределах Пермской губернии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. №10. 1910. С. 73.

образования и педагогики.

Что касалось второго отдела музея – медицинского, то комиссия руководствовалась следующими принципами при разработке его устройства: во время губернских съездов врачей в целях усовершенствования больничного хозяйства многие земства стали устраивать выставки по госпитальной обстановке и больничному хозяйству. Данные выставки привлекали большое количество посетителей, так как на них экспонировалось все наиболее практичное и оригинальное, зачастую придуманное самими врачами и дальше их уездов не известное, несмотря на свою значимость. Однако такие выставки были временными и проводились редко. В связи с чем, комиссия по разработке музея имени Пирогова и высказалась по поводу создания отдела по госпитальному делу и больничному хозяйству. В число экспонатов, которые предлагалось заказывать у земских и заводских врачей вошли бы модели мебели, посуды, образцы тканей для белья и одежды, модели приспособлений по уходу за больными. Еще часть экспонатов, таких как шины, повязки, протезы и другие предметы по хирургии (специальности Н.И. Пирогова) необходимо было выписывать у различных фирм и лучших земских больниц других губерний в качестве образцов наиболее передовых технологий своего времени.

Для музея даже было выбрано здание – старая типография губернского земства, в которой после ремонта должны были разместиться сразу три музея – агрономический, кустарный и пироговский.

Необходимо отметить, что проект музея не был реализован не только в Пермской губернии, но в целом в стране дело организации постоянных музеев практически нигде даже и не начиналось³¹⁰.

Таким образом, несмотря на то, что условия жизни требовали четко скоординированных действий в области просвещения населения в сфере здравоохранения, популяризация гигиенических знаний была делом добровольным, никак не регулируемым на государственном уровне. В

³¹⁰ Русаков И. Популяризация гигиенических знаний. Общественный врач. 1913. № 7. С. 893.

основном работа в данной области была возложена на земства и на отдельных врачей-энтузиастов.

Следует сказать, что в деятельности общественных организаций наблюдался некий регресс – возникшие в большом количестве в начале 90-х гг. XIX в. медицинские общества, ставившие перед собой различные цели, и наиболее полно раскрывшие свой потенциал после первой русской революции, принесшей новые демократические права, к середине второго десятилетия XX в. начинают сводить свою деятельность только к организации страховой помощи. Конечно, в первую очередь, это было связано с усилением контроля со стороны государства. Но не менее важным фактором было изменение идеологии – народнические настроения среди земских врачей, являвшихся движущей силой большинства общественных организаций, стали уходить в прошлое. Преимущественно общественные объединения медицинских работников основывались на принципах организации взаимопомощи внутри своего сословия. Только незначительная часть обществ ставила в качестве главной своей цели изменение общественного порядка в стране.

Не смотря на неудачные попытки создания единого союза, врачебное сообщество смогло сформировать достаточно эффективный орган, частично выполнявший функции полноценного объединения. Пироговское общество взяло на себя роль посредника между государственными органами власти и представителями медицинского сообщества, предоставило платформу для выражения своих идей, вело активную работу по поиску новых подходов в вопросах улучшения качества жизни в целом и медицинской помощи в частности, а также принимало непосредственное участие в жизни своих членов.

3.2. Участие медицинского персонала в развитии медицинской печати

В конце XIX – начале XX в. основными средствами массовой информации были печатные издания. Разнообразные газеты и журналы широко использовались медицинскими работниками (преимущественно врачами и фельдшерами) для продвижения своих идей, популяризации гигиенических знаний, самообразования и для обмена опытом. Медицинская печать в конце XIX в. составляла приблизительно 7,6% от всей периодической печати, что было примерно в два раза больше, чем в начале того же века³¹¹. Наибольшая доля медицинской печати приходилась на земскую. Именно земские врачи первыми поняли важность издания собственных газет и журналов. Самым первым земским медицинским журналом стал «Земский сборник Черниговской области», издававшийся с 1869 г. В 1903 г. расходы земств на издание собственных журналов составляли уже более 70 тыс. руб. в год³¹². Издание Пермской «Врачебно-санитарной хроники» обходилось земству от 700 до 1200 руб. в год³¹³. Земским медицинским изданиям законодательно разрешалось иметь только три отдела: официальный, статистический и отдел, посвященный земской деятельности своей губернии. Г.Х. Хайруллина отмечает тот факт, что до 80-х гг. XIX в. существовал запрет на размещение информации о деятельности соседних губерний³¹⁴. По своему содержанию и задачам земские периодические издания не были однородны: одни журналы раскрывали вопросы лишь определенной отрасли медицинской земской работы – ветеринарной, сельскохозяйственной либо непосредственно медицинской.

³¹¹ Энциклопедический словарь. Репринт. Воспроизведение изд. Ф.А. Брокгауз – И.А. Ефрон. 1890 г. М., 1992. Т. 54. С. 417.

³¹² Уфимский сельскохозяйственный листок. 1914. №5-6. С.33.

³¹³ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 10. С. 31.

³¹⁴ Хайруллина Г. Х. Издательское дело в Уфимской губернии во второй половине XIX-начале XX вв. : дис. ... канд. ист. наук. Уфа, 2004. С. 98.

Другие разрабатывали общие вопросы земской жизни. Третьи представляли собой простой свод журналов земских собраний.

Крупные полиграфические центры в Пермской губернии были в двух городах – Перми и Екатеринбурге. Небольшие типографии действовали во многих уездных городах: Ирбите, Верхотурье, Камышлове, Красноуфимске, Кунгуре, Осе, Оханске, Соликамске, Чердыни, Шадринске. Всего в губернии на рубеже веков насчитывалось около 60 типографий.

Одним из самых массовых и популярных в медицинской среде был журнал «Врач», издававшийся с 1895 г., и в 1909 г. переименованный в «Общественный врач», выходивший ежемесячно книгами в 7-8 листов, кроме двух летних месяцев. Подписная цена на журнал с течением времени варьировалась от 5 до 8 руб. в год, что являлось не маленькой суммой при доходе некоторых врачей от 300 руб. Для членов общества врачей в память Пирогова журнал распространялся бесплатно, однако членский взнос составлял все те же 8 руб. в год (на 1913 г.). Для публикующихся врачей в журнале был предусмотрен гонорар за статью в размере 40 руб. с листа, что в свою очередь, было существенной прибавкой к жалованию.

Для среднего медицинского персонала издавался свой журнал – «Фельдшерский вестник». С 1911 г. в Пермской губернии затраты на приобретение научных журналов и книг для фельдшеров в размере 5 руб. в год на каждый фельдшерский пункт возмещались земством при условии, что книги и журналы выписывались по указанию участковых врачей³¹⁵.

Бесплатные версии журналов имелись при Санитарном бюро Пермской губернии, где была устроена библиотека, пользоваться которой могли все врачи, состоявшие на службе в губернии. В течение нескольких лет до 1909 г., пока в деятельности Санитарного бюро наблюдался кризис ввиду отсутствия заведующего, в библиотеку не выписывались периодические издания санитарного характера, взамен которых поступали только журналы для практикующих врачей. Пробел в изданиях в данной области стали

³¹⁵ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. №11-12. С. 76-77.

восполнять, систематически пополняя библиотеку новыми изданиями по санитарии и общественной медицине, что значительно превысило смету на содержание Санитарного бюро³¹⁶. Вся периодика и книги высылались врачам на дом на срок, не превышавший полутора месяцев, за исключением редких изданий, чтение которых было возможно только в помещении Санитарного бюро. За каждую утраченную или испорченную книгу необходимо было полностью возместить ее стоимость или же предоставить взамен такую же новую. В случае невыполнения данных требований, врач лишался права пользования библиотекой³¹⁷. Небольшие библиотеки устраивались практически при каждой больнице и фельдшерском пункте. Самая крупная на 5000 книг³¹⁸ находилась при Пермской губернской земской Александровской больнице.

Санитарное бюро Пермской губернии выписывало такие медицинские журналы, как «Вестник красного креста», «Вестник Медицинского департамента», «Медицинское обозрение», «Врач», «Фельдшер», «Фармацевтический журнал» и многие др.

За 25 лет работы с 1890 по 1915 гг. Санитарным бюро Пермской губернии было выпущено 108 собственных названий изданий, в том числе такие периодические издания, как «Эпидемиологический листок» (1892-1907 гг.), «Обзоры эпидемических заболеваний» (1903-1912 гг.), «Санитарные обзоры губернии» (1895-1912 гг.), «Результаты разработки карточного материала по заразным заболеваниям в уездах Пермской губернии» (1903-1910 гг.), «Движение населения Пермской губернии» (1892-1912 гг.), «Отчеты о деятельности санитарных врачей Пермского губернского земства» (1911-1914 гг.), труды I-XI съездов врачей и представителей земств Пермской

³¹⁶ Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 40 очередной сессии о деятельности Санитарного бюро с 1 ноября 1908 г. по 1 ноября 1909 г. и о его нуждах // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №. 10. С. 54.

³¹⁷ Правила для пользования книгами из библиотеки Санитарного бюро Пермского Губернского Земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №2. С. 187-188.

³¹⁸ Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914. С. 21.

губернии и «Врачебно-санитарная хроника» (1908-1915 гг.)³¹⁹.

С 1891 по 1915 гг. издавался журнал «Записки Уральского медицинского общества» под редакцией одного из выдающихся деятелей Уральского медицинского общества его председателя врача-педиатра Н.А. Русских. В журнале размещалась в основном делопроизводственная документация – протоколы заседаний медицинского общества за 1890 – 1913 гг. и отчеты о его деятельности. Так как на заседаниях обсуждались в основном доклады и сообщения членов общества, посвященные вопросам по санитарии и гигиене и по вопросам сотрудничества общества с другими общественными организациями, то и журнал богат информацией подобного рода. Протоколы заседаний содержат в себе данные о праздновании юбилеев, увлечениях врачей, их досуге и обширные некрологи с упоминанием деятельности и личных увлечений покойных врачей. Кожевникова Т.Г. в своем диссертационном исследовании проводит систематизацию всех публикаций, размещенных в «Записках уральского медицинского общества» за все время их существования, и выделяет 19 тематических групп в соответствии с происхождением, тематикой и назначением³²⁰. Основные вопросы, затрагиваемые в этом издании, лежат в области акушерства и гинекологии, изучения инфекционных заболеваний, таких как тиф, холера и дифтерия, педиатрии (в частности детской смертности), хирургии, гигиены и санитарии.

Финансирование издания «Записок» осуществлялось за счет земства. Всего в период с 1891 по 1915 гг. было издано 23 тома. Авторами были преимущественно врачи (более 40 человек), реже фельдшеры, ветеринары и провизоры. Представителей других медицинских специальностей среди авторов не было.

Несмотря на то, что большинство корреспондентов «Записок»

³¹⁹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 11-12. С. 641.

³²⁰ Кожевникова Т.Г. Печатные издания научно-краеведческих обществ Пермской губернии как источник по истории Урала (вторая половина XIX начало XX в.) : дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2005. С. 181.

проживало в г. Екатеринбурге, активными членами общества были уездные врачи и врачи крупных заводских поселков Пермской губернии.

В научном отношении в «Записках» преобладают работы, написанные на местном материале на основе врачебной практики их авторов.

Более крупным подразделением, из состава которого вышло Уральское медицинское общество, было Уральское общество любителей естествознания, пермскую комиссию которого с 1899 г. возглавлял доктор медицинских наук П.Н. Серебrenиков, окончивший Петербургскую медико-хирургическую академию, и оставивший после себя более 30 публикаций по гигиене и санитарии.

В сфере здравоохранения этого общества было занято около 7 % корреспондентов.

Пермский губернский статистический комитет выпускал своеобразный тип издания – памятные книжки, которые являлись официальным универсальным изданием, содержащим сведения о губернии на год³²¹.

Статистика здравоохранения составляет всего 1,6 % всех публикаций статистического отдела «Памятных книжек Пермской губернии»³²². Данная тематическая группа включала в себя публикации о количестве больниц и аптек в губернии, о численности медицинского персонала, о состоянии санитарного и ветеринарного дел, об эпидемиях и мерах борьбы с ними. Как исторический источник данные издания являются не совсем достоверными, ввиду того, что в них, как правило, помещалась «приукрашенная» отчетная информация.

Для медиков в губернии проводились литературные конкурсы, позволявшие при соблюдении определенных требований получить вознаграждение за публикацию своих материалов: тексты должны были быть написаны строго литературным языком без подделки под народное наречие, предмет должен был быть изложен серьезно, но не в виде сухого учебника, а

³²¹ Там же. С 98.

³²² Там же. С. 105.

живо и образно; изложение должно было быть ясным, общедоступным, без излишнего загромождения историческими и географическими терминами и данными. Размер брошюр не должен был превышать 80000 букв, а листов – 15000 букв. Оплата производилась из учета 150 руб. с печатного листа (40000 букв)³²³. В большинстве изданий других губерний, за исключением особо крупных, плата наоборот взималась с врача, желавшего опубликоваться. В ряде уездов Пермской губернии было принято решение о полной оплате земством всех расходов врачей на печать их работ в специальных медицинских изданиях, при условии популярности последних³²⁴.

Быстрый рост городов в России в первое десятилетие XX в. способствовал актуализации проблем благоустройства городской жизни, что, в свою очередь, обусловило появление периодических изданий, специализировавшихся исключительно на вопросах городского быта. Если прежде можно было насчитать не более десятка подобного рода местных периодических изданий, то в начале XX в. к ним добавился ряд новых изданий, без знакомства с которыми нельзя в полной мере изучить ни городской быт начала XX в. в целом, ни, в частности, быт медицинских работников России, в повседневной жизни которых все большее значение начинает обретать специализированная профессиональная периодика. Бюджет русских городов еще в 1901 г. равнявшийся 117 миллионам рублей, в 1910 г. уже перешел за 200 миллионов, увеличившись, таким образом, практически вдвое за 10 лет³²⁵. Соответственно этому росту материальных затрат, определился целый ряд хозяйственных, санитарных и просветительных нужд и недочетов городской жизни, требующих так или иначе своего удовлетворения. Постановка этих многочисленных и зачастую крайне сложных вопросов городского хозяйства, в свою очередь, требовала предварительного освещения их в печати и предварительного знакомства с

³²³ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. №2. С. 44-45.

³²⁴ Постановления Красноуфимского уездного земского собрания 43 очередной сессии 1912 г. по медицинской и санитарной части. П.14 // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. №3. С. 113-114.

³²⁵ Городская врачебно-санитарная печать // Общественный врач. 1913. №4. С. 411.

соответствующими решениями их в других городах России и за границей. Разбросанные раньше по общим журналам или в отдельных монографиях темы городского благоустройства и санитарии, или вообще городского хозяйства в целом становятся настолько актуальными, что начинают возникать периодические издания, специально посвящённые городскому быту. К числу старейших изданий России рубежа XIX–XX вв., посвященных вопросам городского хозяйства, относятся «Известия Московской Городской Думы», издававшиеся с 1877 г. и разместившие на своих страницах большое количество статей и материалов, посвященных различным проблемам городского быта. Другие печатные органы со столь же длительной историей существования («Известия» Невской, Петербургской и Ростовской Городских Дум и др.) представляли собой, скорее, издания отчетно-справочного характера и не ставили перед собой более широких задач.

Интенсивный рост и оживление местной городской печати стали заметными лишь в конце первого десятилетия XX в., и за это время число изданий более чем удвоилось. К 1910 г. таких печатных органов, издаваемых городскими общественными учреждениями, насчитывалось 27, 6 из которых выходили в Сибири³²⁶. Согласно «Архангельским городским известиям»³²⁷, можно различить три типа таких изданий: это, во-первых, органы, «более или менее серьезно поставленные», где, наравне с местными вопросами, освещались и общие проблемы городского хозяйства («Известия Московской Городской Думы», «Известия Тифлисской Думы», «Пензенский городской вестник», «Архангельские городские известия», «Вестник Омского городского управления»); во-вторых, это печатные органы старого типа, имевшие официально-справочный характер, и в-третьих – значительная группа переходного типа, где старый справочно-отчетный характер постепенно уступает место более оригинальному и полному отражению действительности в виде докладов, обзоров, хроники и статей.

³²⁶ Там же. С. 411.

³²⁷ От редакции // Архангельские Городские Известия. 1911. №1. С. III.

Такая тенденция в общей эволюции городской периодической печати была характерна и для развития более специализированной городской врачебно-санитарной печати. Изначально (за исключением отдельных крупных городских центров, таких, как Одесса, Варшава, Москва и др., где вопросы врачебно-санитарного дела, так или иначе, отражались в печати) в большинстве городов России медицинская и санитарная тематика практически не развивалась. Так, в книге А. А. Чертова «Городская медицина в России»³²⁸, содержащей данные за 1897–1900 гг., упоминается о единичных случаях издания городских врачебно-санитарных хроник.

В отношении же большинства городских управлений, сведения о которых приведены в книге, с утомительным однообразием повторяется: «никаких изданий нет». В ряде случаев перечисляются лишь отдельные работы и годовые отчеты санитарных и других врачей по тем или иным вопросам городского врачебно-санитарного дела, указывается на периодическую публикацию сведений о движении населения и деятельности инфекционных больниц. Какая-либо общая картина врачебно-санитарной печати того времени не складывается, так что из отрывочных печатных данных составить представление о характере и направленности большинства врачебно-санитарных организаций того времени крайне затруднительно.

Лишь с начала XX в. наблюдается быстрый рост городской врачебно-санитарной печати, появляется целый ряд изданий по образцу земских периодических врачебно-санитарных хроник, обсуждающих вопросы жизни городов с точки зрения их санитарного благоустройства. При этом в развитии периодической печати городов намечается определенная линия: в пестрой массе различных «Хроник», «Сведений» и «Обзоров» появилась общая тенденция в деятельности городских врачебно-санитарных организаций, начинающих вести работу планомерно. В 1913 г. насчитывалось 25 периодических врачебно-санитарных изданий городских самоуправлений³²⁹,

³²⁸ Чертов А. А. Городская медицина в России, М., 1903. С. 55.

³²⁹ Городская врачебно-санитарная печать // Общественный врач. 1913. №4. С. 412-413.

ряд этих изданий существовал более 10 лет. С 1898 г. стали выходить «Сведения о врачебно-санитарных органах г. Одессы», с 1902 г. – «Московская врачебно-санитарная хроника», «Сведения о врачебно-санитарной организации г. Нижнего Новгорода», «Сведения о врачебно-санитарной организации г. Харькова», с 1907 г. – «Врачебно-санитарные хроники» гг. Томска, Уфы, Симферополя, «Сведения о врачебно-санитарной организации г. Екатеринодара». Позднее появляются «Врачебно-санитарная хроника г. Самары», «Сведения о врачебно-санитарной организации» гг. Баку (1908), Севастополя и Ташкента (1909), Оренбурга и Иркутска (1910). Вопрос об издании «Врачебно-санитарной хроники» неоднократно обсуждался на съездах врачей в Перми, однако сторонники ее издания оставались в меньшинстве³³⁰. И лишь IX съезд врачей Пермской губернии в 1909 г. единогласно высказался по докладу заведующего Санитарным бюро А. П. Штейнфельда за издание «Хроники».

Кроме изданий широкой тематики, в некоторых городах продолжалось издание «хроник» и «сведений» старого отчетного типа: «Месячный обзор по г. Херсону», «Сведения о заболеваниях по г. Туле», «Месячный бюллетень санитарной статистики г. Царицына», «Санитарный бюллетень г. Ялты», «Санитарно-статистические сведения по г. Александровску» и др. В столице все подобные отчетные данные помещались в «Еженедельнике статистического отделения Петербургской городской управы».

Большинство перечисленных изданий, помимо статистических данных, содержало уже и другие разделы – с более полным и содержательным материалом о работе врачебно-санитарных организаций своих городов. Мы находим в них уже более подробные данные о заболеваемости и деятельности городских врачебных и санитарных учреждений (ночлежных домов, народных столовых, водопроводов, канализации, лабораторий), журналы-протоколы коллегиальных органов по врачебно-санитарным вопросам, доклады на отдельные темы врачебно-санитарного дела и,

³³⁰ От редакции // Общественный врач. 1908. № 1. С.1.

наконец, оригинальные статьи.

Пермская врачебно-санитарная хроника относилась именно к такому типу изданий. Однако изначально ее можно было отнести скорее к отчетному типу хроник, в связи с тем, что заведующий Санитарным бюро, ответственный за ее издание, оставил службу, и должность оставалась вакантной в течение 1 года и 4 месяцев. Новый заведующий Санитарным бюро врач И.К. Кондорский, поступивший на службу в 1909 г., с первых же дней взялся за модернизацию издания. Он стремился превратить «Хронику» в орган, охватывающий по возможности все интересы общественной и заводской медицины, выясняющим ее нужды и пополняющим данные, которые могли бы лечь в основу дальнейшего развития губернии. Для реализации данных задач к работе были привлечены практикующие врачи в качестве авторов статей, докладов, заметок и сообщений на интересующие именно их темы: о ходе и характере эпидемических и других болезней, о взглядах народа на те или иные стороны работы врача, о санитарной обстановке районов, где приходится нести службу, о популяризации гигиенических знаний и многом другом. Санитарное бюро со своей стороны, стремилось предоставить обширный материал из области общественной и заводской медицины Пермской и других губерний. Такая совместная работа превратила хронику из сухого и формального учета деятельности медицинских учреждений в средство обмена мыслей и интересов врачей³³¹. Кроме того, увеличился тираж хроники с 300 до 400 экземпляров. Прежнего числа едва хватало для рассылки земским и заводским врачам губернии, в редакции же стремились наладить обмен хрониками с соседними земствами в таком объеме, чтобы издания их хроник имелись в библиотеках всех санитарно-эпидемических врачей Пермской губернии³³².

Городская медицина, особенно санитарное дело в городах (в отличие от

³³¹ Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №5. С. 64-65.

³³² Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 40 очередной сессии о деятельности Санитарного бюро с 1 ноября 1908 г. по 1 ноября 1909 г. и о его нуждах // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №. 10. С. 56.

земств), отличались бóльшим практицизмом, в то время как земские санитарные врачи во многом должны были брать на себя организационно-консультативную работу при земских управах, часто далекую от собственно санитарной деятельности, и затем собирать, систематизировать статистический материал о заболеваемости, движении населения и т. д. Городские же санитарные организации решали более конкретные практические задачи. Соответственно этому содержание городской врачебно-санитарной печати носило более практический характер. Если страницы земских врачебно-санитарных хроник были заполнены данными о статистике и эпидемиологии различных заболеваний, носивших в некоторых организациях характер систематического и планомерного изучения заболеваемости населения, то в городских хрониках материала такого рода практически не было. Почти отсутствовали здесь характерные для земских изданий многочисленные работы организационного плана, например, обеспечения медицинской помощью населения посредством сети участков, реорганизации и правильного ведения аптечного дела, продовольственного обеспечения больных и пр.

Поскольку вопросы организационные и связанные с разработкой статистико-эпидемиологического материала, отошли на второй план, на первый – в городских хрониках – стали выходить вопросы практической санитарии. Объяснялось это не столько тем, что авторами соответствующих материалов преимущественно были санитарные врачи, сколько тем, что вопросы городской санитарии (в широком значении этого слова) были наиболее актуальны и требовали разрешения.

Однако хотя публикации в области практической санитарии преобладали, трудно сказать об их планомерности и систематическом характере, поскольку работ обобщающего типа во врачебно-санитарной литературе городов почти нет: практически единственный материал – это труды по оздоровлению крупных городов Нижнего Поволжья профессора

Г.В. Хлопина³³³. Можно указать также на развернутую статью доктора Е. Попова по схожей тематике «Ближайшие задачи оздоровления города Екатеринодара», опубликованную во врачебно-санитарной хронике³³⁴.

Врачебно-санитарные городские издания дают нам преимущественно материал по отдельным санитарным вопросам, затрагивая самые разнообразные санитарные нужды. Наиболее часто затрагиваемые в статьях вопросы в области городской медицины и санитарии касались устройства водоснабжения и канализации или даже шире вопросов охраны воздуха, воды, почвы (сюда входят статьи о гигиеническом анализе мусора, борьбе с дымом в городах, благоустройстве улиц, качестве питьевой воды); гигиенического надзора за съестными припасами и местами их изготовления, хранения и продажи (статьи о холодильном деле, о ресторанах и трактирах, столовых, хлебопекарнях, бакалеях); надзора за мелкими ремесленными и промышленными предприятиями, под которыми понимались прачечные, ночлежные дома, постоялые двory, торговые бани, а также рассматривались жилищные условия рабочих фабрик и заводов, хотя и достаточно редко; постановки и ведения школьно-санитарного дела (питание, болезни, парты). Довольно часто встречаются обширные материалы по борьбе с эпидемиями и статьи по дезинфекции, эпидемиологии и статистике заболеваний и статистике движения населения, устройству инфекционных больниц и их деятельности, по обеспечению населения медицинской помощью и расширению амбулаторий.

Оставив в стороне издания, которые сохраняли справочно-статистический характер, обратим внимание на содержание и некоторые характерные черты городских врачебно-санитарных изданий более широкой тематики, и, распределив библиографический материал по крупным разделам общественной гигиены, выявим проблемы в области городской санитарии и медицины, которые выдвигались на первый план.

³³³ Хлопин Г.В. Гигиена городов. СПб., 1903. – 60 с.

³³⁴ Попов Е. Ближайшие задачи оздоровления города Екатеринодара // Врачебно-санитарная хроника г. Екатеринодара. 1911. №5-9. С.45-56.

Наиболее широко представлены статьи о водоснабжении и канализации в городах, об охране воздуха, воды и почвы. Так, в № 1 «Врачебно-санитарной хроники г. Уфы» за 1912 г. помещена статья доктора Песиса «По вопросу о канализации г. Уфы»³³⁵, в последующих номерах данная статья дополнена докладами и протоколами особой городской комиссии по канализации. В №№ 3–7 1912 г. «Врачебно-санитарной хроники г. Иркутска» напечатан детальный доклад «Труды городской подготовительной комиссии по канализации г. Иркутска»³³⁶. В «Архангельских городских известиях» мы находим сразу две статьи доктора Петрова на данную тематику: «По вопросу о благоустройстве улиц»³³⁷ и «По вопросу о канализации в связи с антисанитарным положением города»³³⁸. Вопросы водоснабжения и канализации поднимаются и на страницах «Сведений» по городам Оренбургу и Екатеринодару, во «Врачебно-санитарном обзоре г. Иваново-Вознесенска», в «Хрониках» Томска, Севастополя, Владивостока и многих других городов.

По вопросам гигиенического надзора за съестными припасами и местами их изготовления, хранения и продажи в городских врачебно-санитарных хрониках также представлен обширный материал. Например, в «Сведениях о врачебно-санитарной организации г. Баку» помещена статья Н. П. Василевского «О холодильном деле»³³⁹, а во «Врачебно-санитарной хронике г. Томска» содержится работа доктора Грацианова А.А., посвященная устройству холодильников при городской скотобойне³⁴⁰. В «Сведениях г. Саратова» размещен целый ряд статей старших санитарных

³³⁵ Песис К. вопросу о канализации Уфы // Врачебно-санитарная хроника г. Уфы. 1912. № 1. С. 23-33.

³³⁶ Труды городской подготовительной комиссии по канализации г. Иркутска // Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. 1912. № 3-7. С. 67-89.

³³⁷ Петров К вопросу о благоустройстве улиц // Архангельские Городские Известия. 1912. № 7-8. С. 35-41.

³³⁸ Там же. С. 41-49.

³³⁹ Василевский Н.П. О холодильном деле // Сведения о врачебно-санитарной организации г. Баку. 1912. № 1. С. 112-117.

³⁴⁰ Грацианов А.А. К вопросу о устройстве холодильников при городской скотобойне // Врачебно-санитарная хроника г. Томска. 1912. №3. С. 161-163.

врачей Первова и Ковалевского³⁴¹, затрагивающих проблемы хлебопекарного и мороженого промыслов. Вопросы устройства столовых, чайных, хлебопекарен и отчеты санитарных врачей по текущему торгово-санитарному надзору в большом количестве освещаются в «Сведениях» Оренбурга, Пензы, «Симферопольских известиях», «Врачебно-санитарных хрониках» Томска, Самары, Уфы и Иркутска.

Следующий крупный раздел городской санитарии составляют вопросы из области школьно-санитарного дела. В «Сведениях врачебно-санитарной организации г. Екатеринодара» опубликован ряд статей школьно-санитарного врача Розанова, посвященных питанию, состоянию здоровья и алкоголизму учащихся³⁴². В «Хрониках» Самары и Пензы и в «Сведениях о врачебно-санитарной организации г. Оренбурга» содержатся отчеты школьно-санитарных врачей о состоянии школьного дела в этих городах.

Надзор за мелкими и промышленными заведениями отражается в большом разнообразии материала, не поддающегося, однако, систематизации. Статьи о приютах, ночлежных домах и прачечном промысле составляют основную массу работ в данной области. Однако сравнительно малое освещение получили проблемы заводской и фабричной медицины, жилищных условий рабочих.

Небольшое количество работ посвящено вопросам борьбы в городах с эпидемиями и по обеспечению населения медицинской помощью: «Исследования крыс и борьба с ними» Гликмана³⁴³, «О дезинфекции в Иркутске»³⁴⁴ и «О борьбе с оспой»³⁴⁵ санитарного врача г. Иркутска Френкеля.

По вопросу об открытии городских аптек следует отметить статьи

³⁴¹ Сведения г. Саратова. 1912. № 5-9.

³⁴² Сведения врачебно-санитарной организации г. Екатеринодара. 1912. №5-10.

³⁴³ Гликман Исследования крыс и борьба с ними // Сведения г. Баку. 1912. № 1. С.87-96.

³⁴⁴ Френкель З.Г. О дезинфекции в Иркутске // Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. 1912. №8-10. С. 567-576.

³⁴⁵ Френкель З.Г. О борьбе с оспой // Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. 1912. №3-4. С. 345-357.

Мальковского во «Врачебно-санитарной хронике г. Самары»³⁴⁶ и Богуцкого в «Сведениях г. Саратова»³⁴⁷.

Из отдельных вопросов врачебно-санитарного дела в городах выделим статьи К. М. Гречищева о регламентации проституции «Притоны разврата»³⁴⁸ и Тюмекцова Г.К. «Общие выводы метеорологических наблюдений в г. Томске за 37 лет»³⁴⁹, напечатанные во «Врачебно-санитарной хронике г. Томска», а также статью Верещака «Общественное призрение в г. Екатеринодаре», опубликованную в «Сведениях о врачебно-санитарной организации г. Екатеринодара»³⁵⁰.

Совершенно незначителен статистический материал по эпидемиологии, распространению заболеваний и движению населения.

Из числа врачебно-санитарных городских изданий, как видно из вышперечисленных статей, выделяются издания городов Баку, Екатеринодара, Томска, Иркутска, Саратова, Уфы, Пензы.

Незначителен статистический материал по эпидемиологии, распространению заболеваний и движению населения.

Из числа врачебно-санитарных городских изданий, как видно из вышесказанного, выделяются издания в Баку, Екатеринодаре, Томске, Иркутске, Саратове, Уфе, Пензе.

При явном превалировании разработок санитарных мер, мы находим сравнительно малое количество материала по организации и постановке лечебного дела, освещаемого только текущими цифровыми данными, обычно помещаемыми в большей части хроник. Лишь изредка попадаете подробный материал в виде тех или иных отчетов по отдельным лечебным учреждениям.

³⁴⁶ Мальковский Об открытии городских аптек // Врачебно-санитарная хроника г. Самары. 1912. №4-6. С. 56-78.

³⁴⁷ Богуцкий Об открытии городских аптек // Сведения врачебно-санитарной организации Саратова. 1912. №3. С. 187-193.

³⁴⁸ Гречищев К.М. Притоны разврата // Врачебно-санитарная хроника г. Томска. 1912. №11-12. С. 566-579.

³⁴⁹ Тюмекцов Г.К. Общие выводы метеорологических наблюдений в г. Томске за 37 лет // Врачебно-санитарная хроника г. Томска. 1912. №1. С. 12-29.

³⁵⁰ Верещака Общественное призрение в г. Екатеринодаре // Сведения врачебно-санитарной организации Екатеринодара. 1911. №5-7. С. 362-369.

Точно так же почти отсутствуют и многочисленные для земской печати отчеты о научных командировках врачей, где последние делятся впечатлениями и вновь приобретенными знаниями в той или иной области медицины. Как полезное начинание отметим появление на страницах городских хроник отчетов о деятельности санитарных врачей. Этот метод закрепления в сводной форме своей текущей и общей работы санитарных врачей одинаково распространился и в земской, и в городской практике.

Большое значение имели отчеты санитарных станций и химико-бактериологических городских лабораторий, данные которых в некоторых городах были использованы при написании целых монографий.

Таким образом, благодаря росту врачебно-санитарного дела в городах увеличилось число местных периодических изданий для освещения и предварительной разработки многочисленных вопросов врачебно-санитарной практики, и чем планомернее была работа в области оздоровления городов, тем разнообразнее и полнее отражалась она в печати.

Большая часть медицинских периодических изданий испытывала трудности, связанные, прежде всего с недостаточным финансированием. Практически сразу с момента своего возникновения земские медицинские периодические издания получают широкое распространение, становясь неотъемлемой частью общественной жизни и одной из площадок выражения социальных и политических взглядов медицинской интеллигенции. Этот факт не ускользает от внимания органов власти, которые усиливают цензуру, и отказывают в любой финансовой поддержке.

Следует сказать, что в основном, медицинская периодика была рассчитана на врачей и печатались там преимущественно врачи, несмотря на то, что темы обсуждались разнообразные. Редкое исключение составлял фельдшерский персонал, который, однако, с каждым годом все более и более активно стремился участвовать в общественной жизни страны.

Также, необходимо отметить, в целом высокий уровень самоорганизации и взаимовыручки в медицинской среде, что подтверждается

созданием многочисленных объединений медицинских работников, их активным участием в работе съездов, популяризацией гигиенических знаний на добровольной основе, эффективным сбором средств на различные нужды медицинского сообщества.

Несмотря на недостаточность статистических данных о том, являлась ли общественная деятельность обыденным явлением для медицинских работников, можно сделать вывод, что более всего в общественную жизнь были вовлечены врачи, при чем преимущественно земские, и в несколько меньшей степени – фельдшеры. Медицинский персонал низшего звена в общей своей массе был довольно пассивен. Уровень мотивации и вовлеченность в большей мере зависели не от экономического фактора (заработные платы всех категорий медперсонала были не высоки, а за участие в общественной деятельности не полагалось никаких доплат), а от социального фактора – характерная особенность российской интеллигенции брать на себя ответственность за судьбу страны.

Заключение

В истории России изучаемый период характеризуется изменением политической, социальной и экономической реальности. Начавшийся в стране в конце XIX – начале XX вв. процесс модернизации затрагивал практически все сферы жизни.

Профессиональная повседневность медицинских работников Пермской губернии проходила в различных условиях: наиболее отличны были условия города и деревни. На рубеже XIX – XX вв. стали происходить серьезные изменения в облике и того, и другого. В крупных городах наметились тенденции к расширению больничных площадей и штата сотрудников, в то время как в деревнях постройка новых или модернизация старых больниц не производилась. Кроме того, сферу здравоохранения затронул процесс урбанизации – в городах началась концентрация не только населения, но и медицинского персонала.

Что касалось бытовой организации профессиональной повседневности, то на нее оказали влияние такие факторы как: территориальная удаленность, кадровый голод и недостаток финансирования в области здравоохранения.

Несмотря на то, что в стране стали активно строиться новые железные дороги, появились новые виды сообщения, вопрос транспортной доступности по-прежнему стоял очень остро. Дорожная сеть в пределах Пермской губернии была слабо развита, а размеры врачебных участков велики, что ограничивало доступность медицинской помощи для населения и усложняло работу медиков. Удаленность Пермской губернии от столиц влияла и на качество образования, и на регулярное снабжение больниц необходимым инвентарем и медикаментами.

Одной из главных и существенных проблем Пермской губернии была постоянная нехватка медицинских кадров, вызванная целым рядом причин.

Во-первых, основную роль сыграло повышение требований к профессиональной подготовке медиков при низкой оплате их труда. Во-вторых, следует отметить неустройство на местах: недостаток готовых квартир и нормально оборудованных больниц. В-третьих, в губернии отсутствовали образовательные учреждения по подготовке медицинского персонала различных категорий, а подавляющее большинство молодых специалистов оставалось там, где они оканчивали учебные заведения. В-четвертых, существенное негативное влияние на укомплектованность больниц рабочим персоналом оказала Первая мировая война, когда почти треть от общего числа медиков Пермской губернии была призвана на фронт. В-пятых, стойкое превышение спроса над предложением на рынке труда медицинских работников вызвал процесс расширения земских учреждений на новые губернии. Кроме того, в несколько меньшей степени, на кадровый голод оказывали влияние такие факторы, как изменение идеологии интеллигентских слоев, а также общий экономический подъем, создавший усиленный спрос на врачебный труд в крупных центрах.

Особенностью развития сферы здравоохранения в начале XX в. не только в Пермской губернии, но и по всей России стало усиление процессов дифференциации медицинских специальностей, в то время как земская специализация выражалась только в разделении врачебного труда на хирургию и терапию. Больницы стремились найти на вакантные должности не просто земских специалистов с клиническим опытом, но и стали указывать конкретную специализацию. Впрочем, достаточно быстро обнаружился дефицит подобных кадров: кандидатами были либо участковые врачи без специальной подготовки, либо специалисты не особо высокого уровня, слишком узко подготовленные для земской работы. Однако, Пермское губернское земство, даже при наличии узких специалистов, не смогло бы позволить содержать целый штат таких сотрудников. Поэтому, несмотря на то, что тенденции и потребности в более узкой специализации

врачей по отраслям медицины уже наметились, земские врачи Пермской губернии в своей массе оставались универсальными врачами.

Профессиональная повседневность медицинских работников Пермской губернии характеризовалась сложностью и обилием разнообразных обязанностей (число которых резко возрастало в условиях сельской местности), практически полным отсутствием выходных дней, редкими отпусками и командировками, большим числом пациентов и плохой оснащённостью больниц. В Пермской губернии преобладающее большинство составлял земский медицинский персонал. И если к началу изучаемого периода, земствами был создан достаточно эффективный способ управления сетью медицинских учреждений, то уже в первое десятилетие XX в. он требовал существенной модернизации. Земства, ограниченные в денежных средствах, не всегда могли обеспечить всех медиков необходимым жильем и оборудованным должным образом рабочим местом. Не хватало средств на модернизацию больниц и фельдшерско-акушерских пунктов.

Социально-экономическими особенностями профессиональной повседневности медицинских работников стали более высокий по сравнению с другими регионами средний уровень зарплат, и развитая система страхования.

Более высокие средние показатели заработной платы в Пермской губернии были установлены вследствие постоянного дефицита кадров и высоких показателей смертности среди населения. Однако уже с середины первого десятилетия XX в. начинают намечаться тенденции к замедлению роста оплаты труда.

По уровню доходов в медицинской среде на первом месте находились врачи, затем шел средний медицинский персонал, и далее представители младшего медицинского персонала. Размеры заработной платы врачей варьировались от 300 руб. в год (у студентов и недавно окончивших ВУЗ молодых специалистов) до 20 000 руб. в год (у известных профессоров).

Средний медицинский персонал – фельдшеры и фельдшерицы-акушерки в среднем получали жалование в несколько раз (примерно в 2 раза) меньше, чем врачи. В фельдшерской среде более всего ценились школьные фельдшеры, то есть те, кто оканчивал фельдшерские школы, за ними шли фельдшерицы-акушерки, и наименее привилегированными были ротные фельдшеры. Соответственно этому формировалась и зарплата. Младший медицинский персонал Пермской губернии мог рассчитывать на жалование примерно в 4 раза меньше, чем составлял средний доход врача в 1500-2200 руб. в год.

Стабильный доход имели только те медики, которые служили в земствах. Кроме того, на протяжении всего изучаемого периода, служба в Пермском земстве гарантировала страховые выплаты в случае болезни или смерти. С 1916 г. страхование было распространено на всех медицинских работников губернии вне зависимости от места службы. Данное начинание являлось прогрессивным и подобные примеры мы встречаем лишь в ограниченном количестве губерний.

Влияние образования на профессиональную повседневность медицинского персонала отразилось в следующем:

В России на государственном уровне в период с 1890 по 1917 гг. существовала только система высшего медицинского образования, однако не доступная в Пермской губернии до 1916 г.

Несмотря на «Устав фельдшерской школы» 1863 г., позволивший земствам создавать губернские фельдшерские школы, подготовка квалифицированных кадров среднего и младшего звена по существу никак не регламентировалась. При наличии корпуса юридических административно-правовых документов, унифицирующих административно-правовую и учебную деятельность медицинских учебных заведений, система организации среднего профессионального образования на практике являлась не рабочей. Курсы и школы для среднего и младшего медицинского персонала, как правило, создавались по личной инициативе отдельных

больниц и врачей, и соответственно готовили кадры только для нужд данных учреждений в ограниченном количестве. Значительная часть работников младшего звена не обладали никакой специальной подготовкой, а требования к такому персоналу носили лишь рекомендательный, но не обязательный характер. Переподготовка медицинских кадров и повышение их квалификации также основывались на опыте и требованиях конкретных медицинских учреждений. В изучаемый период в Пермской губернии были существенно ограничены возможности стажировок, крайне необходимых для работников сферы здравоохранения.

Особое место в профессиональной повседневности медиков занимала общественная активность. В начале 90-х гг. XIX в. начинают появляться многочисленные общества медицинских работников, ставившие перед собой разнообразные цели, в том числе и политические. Однако к середине второго десятилетия XX в. деятельность большей их части начинает сходиться на нет, а в основу объединения ставятся принципы организации взаимопомощи внутри своего профессионального сообщества. Лишь незначительная часть обществ оставила в качестве главной своей цели цель общего улучшения качества жизни в стране. Основной причиной такого спада в деятельности общественных организаций стал контроль государственных органов. Не менее важным фактором было и изменение идеологии – народнические настроения среди земских врачей, являвшихся движущей силой большинства общественных организаций, стали уходить в прошлое.

Государственное давление, резко усилившееся в первое десятилетие XX в., особенно затронуло врачебное сообщество, активно принимавшее участие в политической и общественной жизни страны. Главным органом, по средствам которого врачи стали выражать свою волю и обмениваться идеями, стало общество врачей в память Н.И. Пирогова и съезды этого общества. Особую инициативу врачи проявляли в решении вопросов по организации медицинской помощи населению, улучшение качества которой, по их мнению, было возможно только за счет существенных изменений

действующего порядка. В итоге государственными органами был наложен запрет на обсуждение членами общества любых вопросов, не касающихся непосредственно медицинской части.

Несмотря на это, для реализации своих идей и более эффективного взаимодействия внутри врачебного сообщества, по инициативе отдельных врачей-представителей Пироговского общества были предприняты попытки объединения всех врачей России в единый общественный профессиональный союз. Но условия жизни и пассивное отношение основной массы врачей к вопросу собственной консолидации свели работу к нулю. В основе данного положения дел лежали такие причины, как невозможность открыто ставить профессиональные вопросы, недостаточное развитие во врачебной среде потребностей и навыков в совместной координированной деятельности, систематическое подавление личной инициативы и развитие среди врачей общественной, главным образом, земской службы, подразумевавшей обеспечение профессионального риска работодателями (эмеритальная и пенсионная кассы, страхование на случай инвалидности и смерти). И если отсутствие потребностей и навыков в совместной деятельности было присуще в основном вольнопрактикующим и вневедомственным врачам, находившимся вне общественной службы и деятельности, то социально-экономический фактор, наоборот, более всего проявлял себя в отношении земских врачей, и, возможно, явился решающим, в силу которого все попытки создания общего профессионального объединения не увенчались успехом.

На рубеже XIX-XX вв. основным органом, посредством которого медицинские работники, в первую очередь врачи и фельдшеры, могли продвигать свои идеи, оставались периодические печатные издания. Кроме того, появившиеся в это время многочисленные медицинские газеты и журналы помогали в работе по популяризации гигиенических знаний и широко использовались медиками в процессе самообразования. Доля медицинской периодической печати в общей массе изданий к концу XIX в.

составила 7,6%, среди которых лидирующее положение занимала земская периодика. Важность издания собственных газет и журналов первыми поняли именно земские врачи, ставшие авторами большей части собранных в медицинских газетах и журналах материалов.

Получив широкое распространение, и став неотъемлемой частью общественной жизни, медицинская периодика не смогла избежать трудностей, связанных, главным образом с недостатком финансирования. Земства располагали ограниченным бюджетом, в то время как на государственную поддержку было сложно рассчитывать, поскольку подобные издания, публиковавшие материал на социальные и политические темы, также вызывали крайнее недоверие со стороны органов власти.

История повседневности медицинских работников нуждается в дальнейшем исследовании. Малоизученным остается образ медицинского работника в сознании различных категорий населения. Более пристального внимания заслуживает, и морально-нравственная характеристика представителей медицинского сословия, которая может быть осуществлена на основе привлечения массива документов личного происхождения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.

ИСТОЧНИКИ

*Архивные материалы**Государственный архив Пермского Края (ГАПК)*

1. Ф. 38. - *Пермское губернское присутствие.*
Оп. 6. ДД. 17, 11, 20, 41, 42, 43, 44.
2. Ф. ф-38. - *Пермское отделение Всесоюзного общества охраны памятников истории и культуры.*
Оп. 38. ДД. 24, 25, 26.
3. Ф. 143. - *Врачебное отделение Пермского губернского Правления.*
Оп. 1. ДД. 281, 391, 403, 722, 740, 745, 763, 1159, 1400, 1448.
4. Ф. 279. - *Коллекция планов, карт и чертежей Пермской губернской чертежной межевой комиссии и Пермского земельно-устроительного отряда.*
Оп. 5. ДД. 423, 445.
5. Ф. 598. - *Серебренников Павел Николаевич (1848-1917 гг.) - врач, общественный деятель.*
Оп. 1. ДД. 63-66, 76, 459.
6. Ф. 681. - *Пермская губернская земская Александровская больница г. Пермь.*
Оп. 1. ДД. 31, 36.
7. Ф. 716. - *Архивная коллекция картографических документов.*
Оп. 1. ДД. 318, 519, 630, 644.

Оп. 3. Д. 1868.

8. Ф. Р-1725. - *Архивная коллекция "Деятели здравоохранения Пермской области"*.

Оп. 1. Д. 19.

9. Ф.1762. - *Вагнер Евгений Антонович (1918-1998 гг.) - хирург, ректор Пермского медицинского института, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, заслуженный врач РСФСР, заслуженный деятель науки РСФСР.*

Оп.1. Д.38.

Российский государственный исторический архив (РГИА)

10. Ф. 733. - *Департамент народного просвещения.*

Оп. 153. ДД. 2-27, 45.

Оп.155. Д. 782.

Оп.156.ДД. 67,69.

Оп.160. ДД.48,82,84-86.

Оп. 168. ДД.1-8.

Оп. 191. ДД. 1317, 1323

Оп. 199. ДД. 271-276.

11. Ф.1298. - *Управление главного врачебного инспектора МВД.*

Оп.1. ДД. 36, 231, 365.

Оп. 2. Д. 1.

Оп.3. ДД. 1, 258, 259.

Фондохранение Пермского Краеведческого музея

12. Егоровская Р.А. *Земская медицина в Шадринском уезде Пермской губернии с 1870 по 1910 г: краткий очерк ее развития.* Изд. Шадринского земства. Шадринск: Тип. К.Е. Доронина, 1912. – 68 с.

13. Карта земско-врачебных участков земских и заводских больниц. Сост. В.Ф. Предтеченский. 1898.
14. Медицинский отчет о деятельности врачебных участков, фельдшерских и акушерских пунктов по Верхотурскому уезду за 1912 г. Пермь, Электро-типография губернского земства, 1913. – 120 с.
15. Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства, 1914. – 39 с.
16. Состояние земской медицины в Пермском уезде. Годовой обзор за 1913 г. / Составлен санитарным врачом по Пермскому уезду Г.А. Удинцевым. Пермь, 1914. – 127 с.
17. Труды X съезда врачей и представителей земств Пермской губернии (20-29 мая 1910г.). Ч.3: Делегатские доклады // Санитар.бюро Перм.губерн.земства. Пермь: Электро-типография губернского земства, 1910. – 478 с.
18. Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии, Пермь: Электро-типография губернского земства, 1913. – 130 с.

Законодательные документы и актовые материалы

19. Всеподданнейший отчет Министра народного просвещения за 1903 год. СПб., 1905. – 845 с.
20. Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 40 очередной сессии о страховании медицинского персонала на случай смерти или инвалидности от эпидемических и других заразных болезней // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №10. С. 59-68.

21. Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 41 очередной сессии по вопросу об увековечении памяти Н.И. Пирогова в пределах Пермской губернии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. №10. 1910. С. 71-77.
22. Доклад Пермской губернской земской управы пермскому губернскому земскому собранию 40 очередной сессии по вопросам и ходатайства по санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №. 11-12. С. 643-670.
23. Доклад Пермской губернской земской управы Пермскому губернскому земскому собранию 46 очередной сессии о деятельности санитарного бюро с 1 ноября 1908 г. по 1 ноября 1909 г. и о его нуждах // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №. 10. С. 53-70. Журнал заседаний Осинского врачебно-санитарного совета заседание 7-го августа 1908 года // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 9-12. С. 56-57.
24. Журнал заседаний Оханского врачебного совета 24-го августа 1909 года // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. № 9. С. 19-27.
25. Журналы Пермского губернского земского собрания 36 очередной сессии и доклады сему собранию. Пермь, 1904.
26. Извлечение из постановлений Оханского уездного земского собрания 39 очередной сессии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. № 9. С. 2-6.
27. Инструкция для фельдшерского персонала Александровской губернской земской больницы // Уставы и инструкции врачебно-санитарных советов и съездов, правила по управлению больницами и условия службы врачебного и фельдшерско-акушерского персонала в земствах Пермской губернии, Пермь электро-типография Губернского земства, 1913. С.75-76.
28. О присвоении лицам женского пола, кончившим учение на женских врачебных курсах при Петербургском Николаевском военном госпитале, нагрудного знака отличия на право самостоятельной практики: выс. пов. от

- 14 июня 1880 г. // Полное собрание законов Рос. империи. Собр. 2. Т. 55, отделение 1. Ст. 61090. С. 385.
29. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1903 г. СПб.: Тип. Мин. Внутр. Дел, 1905. С.V.
30. Первая всеобщая перепись населения Российской империи 1897 года. Изд. Центр. Стат. комитетом М-ва вн. дел; Под ред. Н. А. Тройницкого. Т.31. СПб., 1904. – 301 с.
31. Полное собрание законов Российской империи. Собр. III (1881-1913). СПб., 1885. Петроград. 1916.
32. Постановления 40 очередного Пермского губернского земского собрания по медицинской и санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 1. С. 4-11.
33. Постановления 41-го очередного Пермского губернского земского собрания 1910 г. по медицинским вопросам // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №11. С. 1-7.
34. Постановления Красноуфимского уездного земского собрания 43 очередной сессии 1912 г. по медицинской и санитарной части. П.14 // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. №3. С. 113-114.
35. Постановления Пермского губернского собрания 43 очередной сессии по медицинской и санитарной части // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 3. С. 78.
36. Проект положения частного заведения доктора Штрауха для одержимых глазными и ушными болезнями: выс. утв. 2 сентября 1839 г. // Полное собрание законов Рос. империи. Собр. 2. Т. 14, отделение 1. Ст. 12659. С. 691-692.
37. Протокол заседания съезда медицинских фельдшеров Оханского уездного земства 1 августа 1912 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. № 7. С.57-65.

38. Протоколы врачебно-санитарного совета при Кунгурской земской управе // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №9. С. 27-36.
39. Протоколы заседаний Правления Пироговского общества // Общественный врач. 1913. №5. С.75-84.
40. Протоколы Оханского санитарного совета от 13 мая 1915 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. №5-6. С. 246-247.
41. Российский медицинский список: списки врачей, ветеринаров, зубных врачей, фармацевтов и аптек. Петроград: Упр. гл. врачебного инспектора М-ва внутренних дел. 1914. – XXVI, 625, 290, 176 с.
42. Российский медицинский список: списки врачей, ветеринаров, зубных врачей, фармацевтов и аптек. Петроград: Упр. гл. врачебного инспектора М-ва внутренних дел. 1916. – XXVI, 668, 159, 162, 175, 29 с.
43. Свод постановлений 10 съезда врачей и представителей земств Пермской губернии // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. № 5-7. С. 6-11.
44. Устав врачебный // Свод законов Российской империи. СПб., 1892. – 341 с.
45. Устав врачебный, изд. 1905 г. и по прод. 1912 и 1913 г.г., и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненные постатейными разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями / Сост. пров. Л.А. Колычев. Неофиц. изд. Петроград: В.П. Анисимов, 1915. – 660 с.

Периодическая печать

46. Архангельские Городские Известия. Архангельск, 1909.
47. Врач. СПб, 1890.
48. Врачебная газета. Клиническая и бытовая газета для врачей. СПб, 1904.
49. Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. Иркутск, 1910, 1912.

50. Врачебно-санитарная хроника г. Томска. Томск, 1912.
51. Врачебно-санитарная хроника г. Уфы. Уфа, 1912.
52. Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. Пермь, 1908-1917.
53. Врачебные записки. Москва, 1899.
54. Общественный врач. Журнал общества русских врачей памяти Пирогова. Москва, 1908, 1913, 1914, 1915.
55. Сведения врачебно-санитарной организации г. Екатеринодара. Екатеринодар, 1912.
56. Сведения врачебно-санитарной организации Саратова. Саратов, 1912.
57. Уфимский сельскохозяйственный листок. Уфа, 1914.
58. Фельдшерский вестник. Москва, 1907, 1909, 1913.

Литература

Диссертации и авторефераты

59. Бандура С. В. Интеллигенция в Коми крае в XIX - начале XX в.: дис. ... канд. ист. наук. Сыктывкар, 2007. – 245 с.
60. Беловинский Л.В. Культурно-исторические аспекты повседневности: содержание, структура и динамика: дис. ... докт. ист. наук, М.: РГГУ, 2003. – 344 с.
61. Бичиева И. С. Кабардинская интеллигенция в конце XIX - начале XX в.: дис. ... канд. ист. наук. Нальчик, 2006. – 176 с.
62. Грязнухина Т. В. Творческая и общественная деятельность художественной интеллигенции Сибири в конце XIX - начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Красноярск, 2004. – 188 с.
63. Данькина Н.А. Формирование интеллигенции Хакасии: Конец XIX - 30-е гг. XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Абакан, 2002. – 216 с.

64. Егорышева И.В. История борьбы медицинских обществ с голодом русской деревни 1873-1913 гг.: автореф. дис. ... канд. ист. наук. М., 1985. – 15 с.
65. Зимин И.В. Подготовка медицинских кадров в России: XIX - начало XX вв.: дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2004. – 588 с.
66. Злодеева Е.Б. Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России: Конец XIX- начало XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Москва, 2004. – 219 с.
67. Кожевникова Т.Г. Печатные издания научно-краеведческих обществ Пермской губернии как источник по истории Урала (вторая половина XIX начало XX в.): дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2005. – 312 с.
68. Коланькова О.В. Медицинские периодические издания в России конца XVIII - первой половины XIX вв. Опыт книговедческого анализа: автореф. дис. ... канд. филол. наук. М., 1998. – 17 с.
69. Кузьмин В.Ю. История земской медицины России и влияние на неё государства и общественности: 1864 - февраль 1917 гг.: дис. ... докт. ист. наук. Самара, 2005. – 295 с.
70. Левина Ж. Е. Художественная интеллигенция Западной Сибири: конец 20-х - 30-е годы XX в.: дис. ... докт. ист. наук. Санкт-Петербург, 2007. – 527 с.
71. Лукьянова Т. В. Формирование медицинской интеллигенции Мордовии во второй половине XIX - первой половине XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Саранск, 2002. – 222 с.
72. Поляков П. В. Медицинская интеллигенция Тульской губернии: 1864 - 1900 гг. : дис. ... канд. ист. наук. Тула, 2005. – 247 с.
73. Сазонова Л.А. Повседневность университетского профессора Казани 1863-1917 гг.: дис. ... канд. ист. наук. Казань, 2009. – 217 с.
74. Хайруллина Г.Х. Издательское дело в Уфимской губернии во второй половине XIX-начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Уфа, 2004. – 242 с.
75. Шестова Т.Ю. Становление и развитие здравоохранения Урала в XVIII

- начале XX вв.: дис. ... докт. ист. наук. Пермь, 2004. – 525 с.

76. Шупикова А.О. Организация и функционирование системы медицинского обслуживания железнодорожников Сибири (конец XIX в. – 1917 г.): дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2016. – 220 с.

77. Яворская Ю.А. Медицинская интеллигенция в социокультурном пространстве российской провинции: 1860-е - 1917 гг.: дис. . канд. ист. наук. Краснодар, 2003. – 176 с.

Монографии и статьи

78. Антюхин Г.В. Становление и развитие местной печати России / Г.В. Антюхин // Межвуз. сб. научных трудов. Воронеж: Изд-во Воронеж. Ун-та, 1985. – 117 с.

79. Арьес Ф. Время истории. Пер. с франц. и примеч. М. Неклюдовой. М.: ОГИ, 2011. – 304 с.

80. Ахутин А.В. Мир повседневности // Теоретическая культурология. М., Екатеринбург, 2005. – 624 с.

81. Белова О.А. Русская медицина в работах Общества Рязанских врачей, (1874-1908). М.: Рос. ун-т дружбы народов, 2012. – 151 с.

82. Белый Я.М. Из недавней старины. Воспоминания земского врача 70-х годов. Новгород: Тип .М.О.Селиванова, 1907. – 195 с.

83. Беляева Л.Н. Библиография периодических изданий России 1901-1916. Т. 1-1/ Л.Н. Беляева, М.К. Зиновьева, М.М. Никифорова. Л., 1958. – 662 с.

84. Бессмертный Ю.Л. Как же писать историю? Методологические веяния во французской историографии 1994–1997 гг. // Новая и новейшая история. 1998. № 4. С.29-42.

85. Бирюков К. Повторительные курсы для оспопрививательниц в Ирбитском уезде в июне месяце 1913 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1913. № 5. С.35-36.

86. Бординских Г.А. Очерки истории здравоохранения г. Соликамска. Соликамск, 2000. – 87 с.
87. Бродель Ф. История и общественные науки. Историческая длительность // Философия и методология истории. Под ред. И.С. Кона, РИО БГК им. И.А. Бодуэна де Куртенэ, 2000 (переиздание 1963). С. 115-142.
88. Буланцев Х. Пионеры провинциальной печати: первые шаги демократической прессы российской провинции второй половины XIX века. Л.: Изд-во Ленингр. Ун-та, 1981. – 142 с.
89. В защиту судебной медицины // Общественный врач. 1913. №3. С. 277-280.
90. Василевский Н.П. О холодильном деле // Сведения о врачебно-санитарной организации г. Баку. 1912. № 1. С. 112-117.
91. Великорецкий Д.А. К истории развития медицинской печати: (Сообщение 1) // Фельдшер и акушерка. 1991. № 10. С. 39-43.
92. Вересаев В.В. Записки врача. М.: Эксмо, 2010. – 638 с.
93. Веретенникова А.И. Записки земского врача. Уфа: Башкирское книжное изд-во, 1984. – 136 с.
94. Верещак Общественное призрение в г. Екатеринодаре // Сведения врачебно-санитарной организации Екатеринодара. 1911. №5-7. С. 362-369.
95. Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет. СПб., 1909-1911. Т. 1. 1909. – 724 с., Т.2. 1909. – 703 с., Т.3. 1911. – 708 с., Т.4. 1911. – 696 с.
96. Ветлугин Д. 12 Пироговский съезд врачей // Фельдшерский вестник. 1913. №24. С. 764-766.
97. Воскресенский Н.В. Пятидесятилетие «Воронежских губернских ведомостей». Исторический очерк с биографиями редакторов и сотрудников. Воронеж, 1888-1890. – 624 с.
98. Генезис, становление и деятельность интеллигенции: междисциплинарный подход. Тезисы докладов XI международной научно-теоретической конференции. Иваново, 2000. – 383 с.

99. Горбунов-Посадов И.И. Укоренение трезвой жизни в народе // *Общественный врач*. 1915. №6. С. 377.
100. Городская врачебно-санитарная печать // *Общественный врач*. 1913. №4. С. 411-419.
101. Грановский Л.Б. О положении русской учащейся молодежи, в частности – студентов медицины, в высших врачебных заведениях Германии // *Общественный врач*. 1913. № 8. С. 942-971.
102. Грацианов А.А. К вопросу о устройстве холодильников при городской скотобойне // *Врачебно-санитарная хроника г. Томска*. 1912. №3. С. 161-163.
103. Гречищев К.М. Притоны разврата // *Врачебно-санитарная хроника г. Томска*. 1912. №11-12. С. 566-579.
104. Гурвич Ж. Диалектика и социология. Краснодар, 2001. – 294 с.
105. Гуссерль Э. Кризис европейского человечества и философии // *Собр. соч.* Т.1. М., 1994. – 162 с.
106. Дембо Г.И. Об участии врачей в рекламировании лекарственных средств // *Общественный врач*. 1913. №6. С. 671.
107. Долин В.М. Историки Франции XIX-XX веков. М.: Наука, 1981. – 328 с.
108. Дорф Д.Я. Несколько данных к вопросу об организации общественной медицинской помощи // *Общественный врач*. 1913. № 7. С. 782-786.
109. Егоровская Р.А. О земских курсах для подготовки дезинфекторов // *Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии*. 1915. № 5-6. С.191-202.
110. Егорышева И.В. Становление земской и городской медицины: сходство и различия // *Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2007. № 1. С. 56-58.
111. Емельянов В.Н. Некоторые черты развития земской медицины в Ярославской губернии // *Материалы 13-й научной конференции Ярославского медицинского института*. Ярославль, 1959. Вып. 12. С.217-220.
112. Жаворонкова Е.Ю. Возникновение медицинской периодической печати в России // *Мед. консультация*. 1995. № 1. С. 15-19.

113. Завьялова Е.И. Здравоохранение в Лысьвенском горном округе // Пермский край в контексте истории России: материалы тринадцатой науч.-практ. конф. (3 июня 2013 г.), посвященной 400-летию дома Романовых, 290-летию Перми и 150-летию начала издания Адрес-календарей Пермской губернии. Пермь, 2013. С. 103-107.
114. Зальцберг И. К вопросу о подготовке ухаживающего персонала // Общественный врач. 1913. №2. С.139-142.
115. Земская передвижная выставка по борьбе с заразными болезнями в Шадринском уезде // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1914. № 3-4. С. 123-131.
116. Зиммель Г. Избранные труды. М., 2006. – 440 с.
117. Золотухина-Аболина Е.В. Повседневность: философские загадки: Киев, 2006. – 289 с.
118. Игнатович Ф.И. Врачи Беларуси за создание медицинской и периодической печати во второй половине XVIII-начале XX // Здравоохранение (Минск). 1997. № 2. С. 60-61.
119. История медицины в СССР с допетровских времен [Электронный ресурс]: библиогр. указ. рус. лит. / сост. О.М. Котельникова; ГПБ им. М.Е. Салтыкова-Щедрина, Консульт.-библиогр. отдел. Л., 1949. – 29 с.
120. История развития медицины и здравоохранения в России: Обзор докум. материалов / Сост. Р. Ю. Мацкина; Ред. Б. Д. Петров; Ленинград, 1958. – 99 с.
121. История российской повседневности: материалы всероссийской заочной научной конференции. СПб., 2002. – 299 с.
122. К вопросу о нормах санитарных требований содержания больниц и квартир // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №5-7. С. 15-19.
123. К открытию Пермского отделения // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №9-10. С. 659-660.
124. Калинин П. К 12 Пироговскому съезду врачей // Фельдшерский вестник. 1913. №20. С.634-643.

125. Кальсина А.А. Развитие образования и здравоохранения в Пермской губернии в период Первой мировой и Гражданской войн (1914-1919 гг.) / А. А. Кальсина, Т.Ю. Шестова. Пермь, 2011. – 332 с.
126. Карпов Л.Н. Земская санитарная организация в России. М., 1966. – 122 с.
127. Касавин И.Т., Щавелев С.П. Анализ повседневности. М., 2004. – 432 с.
128. Кедров П.И. Условия труда и жизни низшего медицинского персонала в России. СПб., 1902. – 91 с.
129. Киреев И.Е. К истории съездов земских врачей Смоленской губернии // Очерки истории русской общественной медицины. Под ред. Калью П.И. М, 1965. С .100-110.
130. Кнабе Г.С. Диалектика повседневности // Материалы к лекциям по общей теории культуры и культуре античного Рима. М., 1993. – 522 с.
131. Коваленко Они боятся // Фельдшерский вестник. 1913. № 16. С. 506-508.
132. Коровин А.М. Врачи и запрещение спиртных напитков // Общественный врач. 1915. № 6. С. 340-344.
133. Коротких Р.В. С. И. Спасокукоцкий и его школа. М.: Медицина, 1983. – 128 с.
134. Краткий очерк по хирургическому отделению Ирбитской городской земской больницы // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №3. С.72-73.
135. Кром М.М. Историческая антропология. Пособие к лекционному курсу. СПб.: Дмитрий Буланин, 2000. – 80 с.
136. Куприянов В.В. Из прошлого земской медицины. Судьба земского врача А.И. Шингарева. М., 1996. – 54 с.
137. Курдова И.К. Перемены в составе медицинского персонала Пермской губернии в связи с условиями военного времени // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. № 4. С. 344-378.

138. Лахина Н.А. Созидатели истории: люди и дела Ноябрьской центральной городской больницы. Екатеринбург, 2004. – 127 с.
139. Ле Руа Ладюри Э. Монтайю, окситанская деревня (1294-1324). Пер. В. А. Бабинцев Уральский ун-т., 2001. – 536 с.
140. Левит М.М. Становление общественной медицины в России. М., 1974. – 232 с.
141. Левицкая М. Состояние дела распространения гигиенических знаний в России // Общественный врач. 1914. № 8. С. 1039-1042.
142. Лейкина-Свирская В.Р. Интеллигенция в России во второй половине XIX века. М., 1971. – 368 с.
143. Лейкина-Свирская В.Р. Русская интеллигенция в 1900-1917 годах. М.: Мысль, 1981. – 285 с.
144. Лелеко В.Д. Пространство повседневности в европейской культуре. СПб., 2002. – 320 с.
145. Лепти Б. Ж.-И. Гренье о журнале «Анналы» // Одиссей. 1994.С.318-319.
146. Лепти Б. Общество как единое целое. О трех формах анализа социальной целостности. // Одиссей: Человек в истории. С.149-163.
147. Людтке А. Что такое история повседневности? Ее достижения и перспективы в Германии // Социальная история. Ежегодник. М., 1999. С.77-100.
148. Людтке А. История повседневности в Германии: Новые подходы к изучению труда, войны и власти. Пер. с нем.: К.А. Левинсон, Ю.Е. Белявский, В.С. Дубина, и др.; Германский исторический институт в Москве. М.: РОССПЭН, 2010. – 271 с.
149. Мальковский Об открытии городских аптек // Врачебно-санитарная хроника г. Самары.1912. №4-6. С. 56-78.
150. Марков Б.В. Храм и рынок. Человек в пространстве культуры. СПб., 1999. – 304 с.
151. Марухес Е.И. Вопрос о медикаментах в связи с войной. // Общественный врач. 1915. №1. С.19-29.

152. Моллесон И.И. Земская медицина. Казань, 1871. – 56 с.
153. Монтень М. Опыты. Избранные произведения в 3-х томах. Т. 3. Пер. с фр. М.: Голос, 1992. – 416 с.
154. Нейдинг И. Медицинские общества России. М., 1897. – 83 с.
155. О нормировке жалования фельдшерско-акушерскому персоналу // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №7. С. 57-65.
156. О расширении контингента лиц, имеющих право получения пособия от Губернского земства в случаях смерти от заразных заболеваний // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1915. № 11-12. С. 724-728.
157. Оболенская С.В. «История повседневности» в современной историографии ФРГ // Одиссей: Человек в истории. М., 1990. С. 182-199.
158. Общество попечения о сиротах-детях врачей // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 98.
159. Осипов Е.А. Русская земская медицина: обзор развития земской медицины в России вообще и отдельно в Московской губернии с кратким статистическим очерком страны и ее санитарного состояния / сост. Е.А. Осипов, И.В. Попов и П.И. Куркин. М., 1899. – 29 с.
160. Основные данные характеристики земской медицины в 1910 г. // Общественный врач. 1913. №7. С. 798.
161. От редакции // Архангельские Городские Известия. 1911. №1. С. III.
162. От редакции // Общественный врач. 1908. № 1. С.1.
163. От редакции отдела земская медицина – врачебный быт // Общественный врач. 1913. № 7. С. 810-814.
164. От Санитарного бюро // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. №8. С. 89-90.
165. Отзывы по вопросу о частной врачебной практике г.г. профессоров и преподавателей медицинских факультетов университетов, Военно-медицинской академии и Женского медицинского института / О-во рус. врачей в память Н.И. Пирогова. М.: Печатня С.П. Яковлева, 1905. – 97 с.

166. Отчет о деятельности Екатеринбургского родильного дома за 1906 г. // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. №3-5. С. 25-27.
167. Отчет о заграничной поездке для научного усовершенствования летом 1908 г. врача И.М. Бланкфельда // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1909. № 9. С. 36-50.
168. Отчет о научной командировке в Еленинский институт для врачей в Петербурге врача Шадринской земской больницы В.А. Любимова // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908. № 9-12. С. 63-67.
169. Очерк хирургической деятельности в Верхне-Уфалейской больнице Екатеринбургского уезда 1909 года // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №2. С. 25-29.
170. Павлов В.А. Периодические издания Урала (краеведческий историко-библиографический обзор). Свердловск, 1966. – 136 с.
171. Панарин А.С. (ред.) Философия истории: Учебное пособие М.: Гардарики, 1999. – 432 с.
172. Певцов В.А. Становление земской медицины в Уфимской губернии // История, современное состояние и перспективы здравоохранения Республики Башкортостан: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию здравоохранения Респ. Башкортостан. Уфа, 1999. С. 31-36.
173. Песис К. вопросу о канализации Уфы // Врачебно-санитарная хроника г. Уфы. 1912. № 1. С. 23-33.
174. Петров К вопросу о благоустройстве улиц // Архангельские Городские Известия. 1912. № 7-8. С. 35-41.
175. Петров К вопросу о канализации в связи с антисанитарным положением города // Архангельские Городские Известия. 1912. № 7-8. С. 41-49.
176. Пирумова Н.М. Земская интеллигенция и ее роль в общественной борьбе до начала XX в. М., 1986. – 268 с.
177. Повседневность российской провинции: история, язык и пространство. Казань, 2002. – 328 с.

178. Поляков Ю.А. Человек в повседневности // вопросы истории, 2000. №3. С.125-132.
179. Пономарев А.В. Правовая база деятельности земских учреждений в области медицины (1864-1914) // Вектор науки Тольят. гос. ун-та. 2010. № 3. С. 119-120.
180. Попов А.Н. Отчет о научной поездке // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1911. №3. С. 28-34.
181. Попов Г.И. К вопросу о подготовке сельских врачей // Общественный врач. 1914. №7. С. 880-883.
182. Попов Е. Ближайшие задачи оздоровления города Екатеринодара // Врачебно-санитарная хроника г. Екатеринодара. 1911. №5-9. С. 45-56.
183. Правила для пользования книгами из библиотеки Санитарного бюро Пермского Губернского Земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №2. С. 187-188.
184. Проблемные вопросы управления здравоохранением: сб. науч.-практ. работ врачей лечеб.-профилакт. учреждений и ученых гос. мед. акад. Челябинска. Челябинск, 1998. – 252 с.
185. Проблемы повседневности в истории: образ жизни, сознание и методология изучения: материалы межрегионального научного семинара. Ставрополь, 2001. – 253 с.
186. Проект пищевого довольства больных, дежурных и прислуги в больницах Оханского уезда // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 16-41.
187. Прокофьев А.А. Первая русская медицинская газета и дальнейшее развитие русской периодической медицинской печати. Харьков: Науч. мысль, 1926. – 12 с.
188. Прохоров Б.Б. Организация здравоохранения в России в XX веке // Россия в окружающем мире: 2001. Аналитический ежегодник. М.: Изд-во МНЭПУ, 2001. – 104 с.

189. Пушкарева Н.Л. «История повседневности» и «история частной жизни»: содержание и соотношение понятий // Социальная история. М., 2005. С. 93-113.
190. Рафалович А.А. О предубеждении публики против вскрывания мертвых тел в частной медицинской практике. Одесса, 1840-1849. – 24 с.
191. Ревель Ж. Биография как историографическая проблема / Пер. с фр. Ю.В. Ткаченко. М.: Рос. гос. гуманит. ун-т, 2002. – 56 с.
192. Репина Л.П. Выделение сферы частной жизни как историографическая и методологическая проблема // Человек в кругу семьи: Очерки по истории частной жизни в Европе до начала Нового времени / Под ред. Ю.Л. Бессмертного. М.: РГГУ, 1996. С. 20-32.
193. Репина Л.П. Новая историческая наука и социальная история: Ежегодник. 1998. – 282 с.
194. Розенфельд Л.Г. Зарождение страховой медицины на Южном Урале // Страховая медицина. М.; Луганск, 1991. С. 80-82.
195. Российский Д.М. История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения: библиография (1996-1954 гг.) / сост. Д. М. Российский при участии В. А. Невского. М.: Медгиз, 1956. – 938 с.
196. Русаков И. Популяризация гигиенических знаний. Общественный врач. 1913. № 7. С. 886-901.
197. Русская интеллигенция: История и судьба / РАН. Научный совет по истории мировой культуры; Сост. Т.Б.Князевская. М.: Наука, 1999. – 423 с.
198. Селезнева В.Т. Очерки по истории здравоохранения на дореволюционном Урале. Молотов, 1955. С. 29-66.
199. Селезнева В.Т. Очерки по истории медицины в Пермской губернии. Пермь: Перм.гос.мед.акад., 1997. – 120 с.
200. Смирнова Е.М. Приказы общественного призрения и здравоохранение в России (конец XVIII - середина XIX вв.) // Нов. ист. вестн. 2011. № 30. С. 6-17.

201. Смирнова Е.М. Современная историческая литература о развитии медицины и здравоохранения в Российской империи // Вестн. Рос. гос. гуманитар. ун-та. 2013. № 10 (111). С. 198-213.
202. Смирнова С.П. Легальная печать в годы первой русской революции. Справочная книга о печати всей России. СПб., 1911. – 191 с.
203. Соколов А.К. Социальная история России новейшего времени: проблемы методологии и источниковедения // Социальная история: Ежегодник. 1998. М., С. 39-76.
204. Сорокин Ю.Э. Первая женщина - врач Урала // Не чужд был здешнему краю... Екатеринбург, 1995. С. 73-75.
205. Столпянский П.Н. Врачи старого Петербурга. Пг., 1915. – 24 с.
206. Сточик А.М. О "Правилах испытания врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок" 1845 года / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, В.Т. Игнатъев // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 3. С. 53-55.
207. Страшун И.Д. Очерки истории русской общественной медицины. М., 1965. – 299 с.
208. Сулима К. Об организации врачей в сословие с правами юрисдикции // Общественный врач. 1913. № 7. С. 814-826.
209. Тезяков Н.И. Материалы для истории земской медицины в Александрийском уезде Херсонской губернии с 1865-1890 гг. Александрия: Александр. уезд. зем. управа, 1890. – 144 с.
210. Труды городской подготовительной комиссии по канализации г. Иркутска // Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. 1912. № 3-7. С. 67-89.
211. Трутовский В. Современное земство. Пг., 1914. – 288 с.
212. Тюков Ю.А. История и состояние аптечной службы г. Челябинска // Новые технологии в здравоохранении г. Челябинска: сб. науч.-практ. работ врачей лечеб.-профилакт. учреждений и ученых гос. мед. акад. Челябинск, 2000. Вып. 2. С. 31-35.

213. Тюмекцов Г.К. Общие выводы метеорологических наблюдений в г. Томске за 37 лет // Врачебно-санитарная хроника г. Томска. 1912. №1. С. 12-29.
214. Федоров Н. Общественность и келейность // Фельдшерский вестник. 1913. №19. С. 601-603.
215. Френкель З.Г. Записки и воспоминания о пройденном жизненном пути. Санкт-Петербург: Нестор. История. 2009. – 696 с.
216. Френкель З.Г. О борьбе с оспой // Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. 1912. №3-4. С. 345-357.
217. Френкель З.Г. О дезинфекции в Иркутске // Врачебно-санитарная хроника г. Иркутска. 1912. №8-10. С. 567-576.
218. Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления. М., 1993. – 448 с.
219. Хлопин Г.В. Гигиена городов. СПб., 1903. – 60 с.
220. Хлопин Г.В. Материалы по оздоровлению России. СПб., 1911. – 295 с.
221. Хлопин Г.В. Современное положение вопроса о санитарной оценке питьевой воды. СПб., 1908. – 38 с.
222. Хроника и мелкие известия // Врач. 1891. № 3. С. 92-93.
223. Хроника союза и местных обществ из журнала заседания правления Союза обществ помощников врачей за 1913 год заседание № 10 // Фельдшерский вестник. 1913. №15. С. 486-488.
224. Худенко В. Повседневность в лабиринте рациональности // СоцИс. 1993. №4. С. 67-74.
225. Черноухов Э. Ни чинов, ни орденов, ни пенсии на старость не дается: положение врачей Пермской губернии в конце XIX в. // Родина. 2012. № 11. С. 158-160.
226. Чертов А.А. Городская медицина в России. М., 1903. – 55 с.
227. Шагов М.А. Необходимость устройства курсов для больничной прислуги // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1910. №3. С.79-83.

228. Шанц А.М. О нормировке штатов медицинского персонала в лечебницах Оханского земства // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1916. №4. С. 319-344.
229. Шен Н.Э. О подготовке земских врачей // Общественный врач. 1914. № 3. С.331-339.
230. Шестова Т.Ю. Здравсохранение Урала в XVIII – начале XX в. (на материалах Вятской, Пермской и Оренбургской губерний) / Зап.-Урал. ин-т экономики и права. Пермь, 2006. – 312 с.
231. Шестова Т.Ю. Развитие здравоохранения уральских губерний (Пермской, Вятской, Оренбургской) 1864-1900. Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2003. – 375 с.
232. Шляхтина Н.С. Развитие санитарно-эпидемиологических направлений на территориях Оренбургской и Уфимской губерний в конце XIX - начале XX вв. // Грани познания. 2012. Т. 15, № 1. С. 9-14.
233. Штанге В.А. Задачи медицинского образования // Врачебная газета. 1904. № 10. С. 293-295.
234. Шубина М.П. О понятии и природе повседневности // Известия Уральского государственного университета. 2006. №42. С. 55-62.
235. Шуляк Е.В. Подготовка земского фельдшерско-акушерского персонала в Уфимской губернии в начале XX века // Вестн. Челяб. гос. ун-та. 2009. № 4. С. 60-62.
236. Щюц А. Структура повседневного мышления // СоцИс. 1988. №2. С.129-137.
237. Якобсон С. А. Земский врач А. Г. Архангельская. М., 1958. – 112 с.

Справочники

238. Жбанков Д.Н. Библиографический указатель по земско-медицинской литературе. М., 1890. – 345 с.

239. Русская периодическая печать (1702-1894): справочник под редакцией А.Г. Дементьева. М., 1959. – 835 с.
240. Энциклопедический словарь. Репринт. Воспроизведение изд. Ф.А. Брокгауз – И.А. Ефрон. 1890 г. М., 1992. Тт. 45, 54.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Приложение 1.
Перечень примерного инвентаря для оборудования небольшой бактериологической лаборатории.
2. Приложение 2.
Суточные нормы потребления дежурного врача в больнице.
3. Приложение 3.
Врачебные участки Пермской губернии в 1916 г.
4. Приложение 4.
Средства, собранные на Пироговский дом в Пермской губернии.
5. Приложение 5.
Полный список «непресутственных дней» в 1907 г.
6. Приложение 6.
План Камышловской больницы
7. Приложение 7.
Экспонаты передвижной выставки Р.А. Егоровской.
8. Приложение 8.
Список старших врачей и ординаторов Александровской земской больницы с 1826 по 1911 гг.
9. Приложение 9.
Список научных работ и отчетов врачей Александровской земской больницы.
10. Приложение 10.
Количество и стоимость медикаментов, закупленных на русском и зарубежном рынках в 1914 г.
11. Приложение 11.
Изменение цен на медикаменты в связи с Первой мировой войной.
12. Приложение 12.
Необходимый полугодовой запас медикаментов для земств.

**Приложение 1. Перечень примерного инвентаря для оборудования
небольшой бактериологической лаборатории.**

№ 28. Колбы по 1 и 1/2 литра	4 шт.	1 р.	20 к.
№ 29. Тоже Эрленмейера (Коховскія)	5 „	— „	60 „
№ 30. Цилиндры мѣрные въ 10,0—100,0	2 „	1 „	40 „
№ 31. Пипетки мѣрные, дѣленные на 1/10 куб. см.	1 „	— „	35 „
№ 32. Кисточки маленькія	1 „	— „	6 „
№ 33. Пробирки	100 „	2 „	30 „
№ 34. Штативъ для пробирокъ	1 „	— „	55 „
№ 35. Воронки въ 5 и 16 см. діаметра	4 „	1 „	— „
№ 36. Вѣя водяная эмалированная; съ подстав- кой для пробирокъ, на треногѣ, діаметра 16 см.	1 „	5 „	45 „
№ 37. Штативъ желѣзный съ зажимомъ и 2-мя кольцами	1 „	3 „	85 „
№ 38. Термометры до 100 и 360 град. С.	2 „	4 „	— „
№ 39. Желатинъ лучшій для бактериологиче- скихъ цѣлей	1/3 „	К ⁰ 1 „	80 „
№ 40. Пептонъ сухой для того же	50,0 „	1 „	20 „
№ 41. Агаръ-агаръ	100,0 „	— „	65 „
№ 42. Тарелки фарфоровыя съ чернымъ дномъ	1 шт.	— „	80 „
№ 43. Треножникъ желѣзный съ сѣткой	1 „	— „	95 „
№ 44. Микроскопъ Рейхерта, <i>самая лучшая</i> <i>принятая модель</i> , штативъ новѣйшій съ <i>рукояткой</i> , круглый столикъ, конденсоръ и <i>ирисъ</i> револьверъ для 2-хъ объективовъ; объективы: 3 и 7 ^а маслянная иммерсія 18 ⁶ 1/2 апертура 1,30; окуляры II, IV, увеличеніе 50—1200	1 „	156 „	— „
№ 45. Лакмусовая бумага синяя и красная по 1 К ^{нж}	1 К ^{нж}	— „	20 „
№ 46. Вѣсы Робервалье съ разновѣсомъ въ 3 кило	1 шт.	8 „	— „
№ 47. Тоже роговые для отвѣшиванія 1,0	1 „	1 „	05 „
№ 48. Клѣтка для животныхъ	1 „	10 „	— „
№ 49. Кислоть	100,0	— „	50 „
№ 50. Канадскій бальзамъ въ кислотѣ	100,0	— „	60 „
№ 51. Фуксинъ	10,0	— „	25 „
№ 52. Метиленовая синька	10,0	— „	30 „
№ 53. Генціанвиолетъ	10,0	— „	20 „
№ 54. Эозинъ	10,0	— „	30 „
№ 55. Визувинъ	10,0	— „	25 „
№ 56. Бюретка Мора вмѣстимостью въ 50 граммъ съ дѣленіями до 0,1	1 шт.	1 р.	60 к.
№ 57. Тоже вмѣстимостью въ 75 граммъ съ дѣленіями до 0,1	1 „	2 „	40 „
№ 58. Тоже вмѣстимостью въ 100 граммъ съ дѣленіями до 0,1	1 „	3 „	— „
Всего . . . 352 р. 90 к.			

Каталогъ составленъ завѣдующимъ бактериологической лабораторіей Перм-
скаго губернскаго земства д-ромъ В. М. Здравосмысловымъ.

Примѣрный инвентарь для оборудованія небольшой бактериологической
лабораторіи.

№ 1. Коховскій стерилизаторъ для текучаго пара 50×25 см., съ крытымъ сосудомъ и керосиновой горѣлкой	1 шт.	26 р.	50 к.
№ 2. Стерилизаторъ для горячаго воздуха $24 \times 18 \times 16$ см. на подставкѣ, съ двумя корзинками и керосиновой горѣлкой	1 „	24 „	45 „
№ 3. Термостатъ, $25 \times 25 \times 25$ см., съ керосиновой лампой и терморегуляціей, лучшая модель	1 „	70 „	— „
№ 4. Чашки Петри	20 „	3 „	— „
№ 5. Платиновая проволока въ стеклѣ	1 „	— „	65 „
№ 6. Платиновыя иглы въ держалкѣ	1 „	1 „	35 „
№ 7. Стекла покровныя, 18×18 мм.	100 „	1 „	— „
№ 8. То-же предметныя, 76×26 мм. шлифов.	50 „	— „	75 „
№ 9. То-же „ для висячихъ капель	3 „	— „	30 „
№ 10. Этикеты	100 „	— „	10 „
№ 11. Стклянки для красокъ въ деревянныхъ колодкахъ ?	4 „	1 „	70 „
№ 12. Часовыя стекла, 6 см. діаметра	3 „	— „	24 „
№ 13. Чашки для окрашиванія, 8 см. діаметра	2 „	— „	40 „
№ 14. Полоскательная чашка синяя	1 „	— „	65 „
№ 15. Аппаратъ-счетчикъ Вольфюгеля съ лупой	1 „	7 „	40 „
№ 16. Скальпели съ деревянной ручкой	2 „	1 „	30 „
№ 17. Пинцетъ Корнста	1 „	— „	70 „
№ 18. Ножницы микроскопическія	1 „	— „	70 „
№ 19. Пинцетъ стальной	1 „	— „	70 „
№ 20. Лампа спиртовая съ регуляціей	1 „	1 „	80 „
№ 21. Карандашъ жирный	1 „	— „	20 „
№ 22. Фильтровальная бумага въ листахъ	10 „	— „	35 „
№ 23. Штативъ деревянный для фильтраціи	1 „	— „	80 „
№ 24. Рюмки стеклянныя для пробирокъ	2 „	— „	20 „
№ 25. Стклянки съ притертыми пробками въѣст. 100,0	10 „	1 „	80 „
№ 26. Палочки стеклянныя	2 „	— „	15 „
№ 27. Болпачки резиновые для пробирокъ	10 „	— „	90 „

Источник: Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии №9. 1909

Приложение 2. Суточные нормы потребления дежурного врача в больнице.

Продукты	Количество, вес		Белки	Жиры	Углеводы	Стоимость	Ккал	Примечания
	Русс к.	Фран.						
Чай	1 з.	4.0	-	-	-	3.2	403	Эти нормы могли служить и для сестер милосердия и для смотрителей.
Сахар	1/8 ф.	50.0	-	-	50.0			
Молоко	½ кр	300.0	11.4	10.5	13.5	2.2		
Хлеб	2 ф.	800.0	48.0	4.0	100.0	8	1873	1 фунт белого и 1 фунт пшеничного хлеба
Котлеты							548	1 фунт мяса с костями; кости шли в суп, а ¾ фунта шли на котлеты
Мясо	1 ф.	300.0	48.0	12.0	-	11.0		
Хлеб	1/8 ф.	50.0	3.0	0.2	25.0	0.6		
Яйца	ф.	10.0	1.3	1.2	0	0.5		
Масло	1/4 шт 3 з.	12.0	-	11.6	-	1.0		
Суп						4.3	312	
Молоко	1½ кружки	300.0				2.2	198	
ИТОГО						33.0	3334	

Примечание: таблица составлена по данным из проекта пищевого довольства больных, дежурных и прислуги в больницах Оханского уезда // Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1912. №4-6. С. 16-19, 37-41.

Приложение 3. Врачебные участки Пермской губернии в 1914 г.

Уезд	Участки			
	Земские	Заводские	Земско-заводские	Заводско-земские
Западная часть губернии (европейская)				
Пермский	1. Васильевский, 2. Добрянский, 3. Ильинский, 4. Култаевский, 5. Калининский, 6. Курашимский, Мотовилихинский, Пермский, 7. Сергинский, 8. Троицкий, 9. Чусовской, 10. Юговской.	1. Мотовилихинский, 2. Добрянский, 3. Ильинский, 4. Косьинский	1. Пашийский, 2. Бисерский, 3. Лысьвенский, 4. Полазненский, 5. Чусовской, 6. Юго-Камский	
Красноуфимский	11. Пригородный земский участок с Красноуфимской земской больницей, 12. Артинский, 13. Богородский, 14. Ключевский, 15. Поташинский, 16. Суксунский, 17. Сылвинский		7. Бисертский, 8. Михайловский, 9. Верхне-Сергинский, 10. Нижне-Сергинский,	1. Нязепетровски, 2. Уткинский.
Кунгурский	18. Пригородный земский участок с Кунгурской земской больницей, 19. Асовский, 20. Березовский, 21. Кыласовский, 22. Серебрянский, 23. Усть-Кишертьский	5. Серебрянский		
Осинский	24. Осинская земская больница с участком,			

	25. Аряжский, 26. Богородский, 27. Камбарский, 28. Ординский, 29. Рябковский, 30. Уинский, 31. Юго-Осокинский.			
Оханский	32. Оханская земская больница с участком, 33. Беляевский, 34. Больше- Сосновский, 35. Карагайский, 36. Новопаинский, 37. Ножевский, 38. Очерский, 39. Старо-Путинский, 40. Сивинский, 41. Шлыкковский,		11. Нытвенский	
Соликамский	42. Соликамская земская больница с участком, 43. Кудымкорский, 44. Нердвинский, 45. Рождественский, 46. Усольский, 47. Юсьвенский,	6. Чермозский, 7. Усольский, 8. Никитинский.		3. Березниковски, 4. Кизеловский, 5. Пожевский,
Чердынский	48. Пригородный земский участок с Чердынской земской больницей, 49. Вильгортский, 50. Гаинский, 51. Кочевский, 52. Косинский, 53. Морчанский, 54. Мошевский, 55. Пянтежский, 56. Юрлинский.			

Восточная часть губернии (азиатская, зауральская)				
Верхотурский	57. Пригородный земский участок с Верхотурской земской больницей, 58. Шайтанский, 59. Лангурский, 60. Махневский, 61. Нижне-Тагильский, 62. Нейво-Шайтанский, Петрокаменский, 63. Романовский, 64. Турьинский,			6. Баранчинский, 7. Верхне-Туринский, 8. Кушвинский 9. Нижне-Алапаевский, 10. Нижне-Салдинский, 11. Нижне-Туринский, 12. Нижне-Павдинский, 13. Сосьвенский, 14. Богословский, 15. Надеждинский, 16. Нижне-Тагильский.
Екатеринбургский	65. Багарякский, 66. Билимбаевский, 67. Брусянский, 68. Маминский, 69. Никольский, 70. Рождественский, 71. Черемисский	9. Саймановский, 10. Верхне-Нейвинский, 11. Березовский, 12. Шайтанский, 13. Пышменско-Ключевский, 14. участки асбестовых приисков Поклевского и 15. Вознесенские.	12. Верхне-Уфалейский, 13. Каслинский, 14. Невьянский, 15. Пригородный, 16. Полевской, 17. Ревдинский, 18. Режевской,	17. Кыштымский, 18. Сысертский
Ирбитский	72. Пригородный с Ирбитской земской больницей, 73. Байкаловский, 74. Верхне-Ницинский, 75. Невьянский, 76. Покровский		19. Ирбитский	
Камышловский	77. Пригородный с Камышловской	16. Каменский, 17. Талицкий		

	больницей, 78. Каменский, 79. Катайский, 80. Кунарский, 81. Новопышминский, 82. Талицкий			
Шадринский	83. Шадринская земская больница с участком, 84. Далматовский, 85. Каргапольский, 86. Кунашакский, 87. Ново- Петропавловский, 88. Нижне- Петропавловский, 89. Ольховский, 90. Смолинский.			
ИТОГО	90	17	19	18
				144

Примечание: таблица составлена по данным Врачебно-санитарной хроники Пермской губернии. 1916. №4. С. 359-378.

Приложение 4. Средства, собранные на Пироговский дом в Пермской губернии.

Соликамская уездная земская управа прислала 162 рубля, из них 100 рублей были ассигнованы 43 очередным земским собранием и 62 рубля пожертвованы врачами и другими лицами уезда.

В Чердыни врачи А. М. Афанасьев, Н. М. Воскресенский и М. А. Токарев по 3 листам собрали 138 рублей и за расходом в 50 копеек на перевод прислали 137 руб. 50 коп.

В Оханске санитарный врач А. М. Шанц собрала среди членов санитарного совета 80 рублей.

В селе Ильинское врачи В. Знаменский и А. И. Прасолов собрали среди медицинского персонала и других лиц 81 рубль.

В Шадринске санитарный врач Р. А. Егоровская собрала 42 рубля.

На Александровском заводе Соликамского уезда женщина-врач Н. В. Земляницына и еще 2 фельдшерицы собрали 12 рублей.

На Каменском заводе Камышловского уезда врач В. И. Носков собрал 29 р. 70 к.

Из Кунгура врачом В. А. Краевым было прислано 26 рублей.

Из Екатеринбурга секретарь общества В. К. Сердобов прислал 83 р.

В Ирбите врач Н. П. Голйонпо собрал среди врачей уезда 46 р. 40 к.

На Добрянском заводе Пермского уезда врач Карнаухова собрала 6 р.

Из Камышлова врач А. С. Меньшиков прислал 5 р.

Врачом Пермской железной дороги В. П. Успенским было собрано 8 р. Итого в Пермской губернии на постройку Пироговского дома удалось собрать по подписным листам 853 руб. 33 коп., получено же было 718 руб. 60 коп.

Источник: Общественный врач №3. 1914 г. С. 35.

Приложение 5. Полный список «непресутственных дней» в 1907 г.

Месяц	
Январь	1. Новый год 2. Крещение
Февраль	3. Сретенье господне
Март	4. Пятница масляничной недели 5. Суббота масляничной недели 6. Благовещение Пресвятой Богородицы.
Апрель	7. Четверг страстной седмицы 8. Пятница страстной седмицы 9. Суббота страстной седмицы 10. Пасха 11. Тезаименины Государыни императрицы Александры Федоровны
Май	12. День рождения императора 13. День рождения государыни 14. Вознесение Господне
Июнь	15. Троица 16. свт. Петра и Павла
Июль	17. Тезаименины Государыни императрицы Марии Федоровны, 18. День рождения цесаревича
Август	19. Преображение Господне 20. Успение Богородицы 21. Усекновение головы Иоанна

	Предтечи 22.кн. Александра Невского
Сентябрь	23.Рождество Богородицы 24.Воздвижение креста Господня 25.Иоанна Богослова
Октябрь	26.Покров, 27.Тезаименины цесаревича 28.Восшествие на престол императора 29.Празднование иконы Казанская
Ноябрь	30.День рождения Марии Федоровны 31.Вход в храм Пресвятой Богородицы
Декабрь	32.Рождество

Примечание: таблица составлена по материалам из календаря для врачей на 1907 г. (краеведческий музей 19355/54).

Приложение 6. План Камышловской больницы.



Источник: Врачебно-санитарная хроника Пермской губернии. 1908.
№9. С. 3.

Приложение 7. Экспонаты передвижной выставки Р.А. Егоровской.

Въ общемъ составъ экспонатовъ выставки былъ слѣдующій:

	Количество и кому принадлежитъ.	
	Земству.	Блюменталю.
Отдѣлъ I. Общее понятіе о заразѣ и отдѣльныя инфекціи.		
Альбомъ „Микробы“ изд. Пироговскаго об-ва	1	—
Фотографическая группа шести бактериологовъ	—	1
О бактеріяхъ—рисунки	3	—
Величина, вѣсъ, размноженіе бактерій	1	4
Переписки инфекціи	2	—
Распространеніе заразныхъ болѣзней	6	1
Сыпной тифъ	3	—
Возвратный тифъ	1	—
Чума	1	—
Микроскопъ	2	—
Гистологическіе препараты, глисты и клещи (собств. sanit. врача).		
О глистахъ—таблицы-рисунки	2	—
Малярія—діаграммы-рисунки	6	—
Измѣренія и запись температуры тѣла	1	—
Діаграммы: по дифтеріи	4	8
„ кори	3	2
„ коклюшу	—	1
„ оспѣ	6	4
„ скарлатинѣ	2	4
Отдѣлъ II. 1) Діаграммы по туберкулезу.		
Изд. Пироговскаго об-ва	12	61
Картины изд. Всероссийской лиги	24	—
Картина „Послѣдняя весна“	—	1
Фотографическіе снимки съ жизни въ санаторіяхъ	—	8
Портреты Коха, Бремера и Дествейлера	—	3

2) Діаграммы по алкоголізму.

Діаграммы и рисунки Бретшвейдера и Гейнике	14	1
Санитарно-статистическія открытки изъ музей-вагона Васильева	3	—
Діаграммы по сифилису	5	—
Анатомическіе рисунки	7	1
Открытки изъ музея-вагона Васильева	3	—
Гигіена грудного ребенка изъ діаграммъ-рисунковъ изд. Пироговскаго об-ва	8	—
Открытка о вліяніи грудного кормленія изъ музей-вагона Васильева	1	—
Отдѣлъ III. Экспонаты по водоснабженію.		
Рисунки и чертежи колодцевъ изд. Пирог. об-ва	3	—
„ „ „ „ Воронежск. губ. земства	1	—
Діаграммы: Пироговскаго об-ва	2	58
		*

	Количество и кому принадлежитъ.	
	Земству.	Блюменталю.
Діаграммы: по брюшному тифу	6	—
по холерѣ	9	—
по дизентеріи	3	—
о дѣятельности Шадринскаго земства по обезпеченію населенія медицинской помощью съ 1870 по 1912 годъ	1	—
по оспопрививанію въ Шадр. уѣздѣ съ 1870 по 1912 г.	2	—
Картинны о подачѣ скорой помощи въ несчастныхъ случаяхъ, изд. Краснаго Креста	8	—
Альбомъ плановъ школьн. зданій, изд. Пирог. об-ва	1	—
Сборникъ санитарно-статистическихъ таблицъ д-ра П. И. Куркина	1	—
Діаграмма по санитарной статистикѣ д-ра Куркина	1	—
Стѣнные чертежи по отопленію, вентиляціи и канализациі, изд. Пироговскаго об-ва	7	—
	<hr/> 166	<hr/> 158

Приложение 8. Список старших врачей и ординаторов Александровской земской больницы с 1826 по 1911 гг.

Списокъ старшихъ врачей и ординаторовъ, служившихъ въ Александровской больницѣ, съ ея основанія до настоящаго времени.

г о д ы.

При Приказѣ:

1826—1839—Операторъ Дорофей Федоровичъ Ардашевъ,—первый старшій врачъ Александровской больницы.

1839—1840—Штабъ-лекаръ Захарьинъ.

1840—1844—Акушеръ Нагарскій и штабъ-лекаръ Фирсикъ.

1844—1854—Врачъ Понюшинъ.

1854—1855—Врачъ Канчаловскій.

1855—1861—Акушеръ Шмонинъ и штабъ-лекаръ Ящинскій.

1861—1863—Штабъ-лекаръ Гусинскій и штабъ-лекаръ Пушкаревъ.

1863—1864—Акушеръ Шмонинъ и лекаръ Шишонко.

1864—1870—Лекаръ Циммерманъ.

Кромѣ того съ 1856 г. по 1871 г.:

1856—1860—Агафоновъ.

1856— —Витовичъ.

1856—1861—Ежовъ Василій и Малиновскій I.

1861— —Шинвинтъ и Кржечковскій.

1861—1862—Бажановъ Мих. Иван.

1861—1870—Ашихминъ.

1862— —Зацвилеховскій.

1863—1867—Осиповичъ.

1870— —Дроздовъ и Грузовъ.

Съ введеніемъ земскихъ учрежденій старшіе врачи:

г о д ы.

1871—1873—Дунаевъ Владиміръ Ивановичъ.

1873—1876—Комаровъ Михаилъ Илларионовичъ, д-ръ медицины (терапевтъ).

1876—1883—Задлеръ Василій Карловичъ, д-ръ медицины (хирургъ).

1883—1885—Моллесонъ Иванъ Ивановичъ, временно исполнявшій (санитарный врачъ).

1885—1887—Земблиновъ Василій Ивановичъ, д-ръ медицины (патолого-анатомъ).

1887—1888—Цандеръ Адольфъ Федоровичъ (временно).

1888—1893—Губовичъ Алексѣй Ивановичъ, врачъ (терапевтъ).

1893—1909—Виноградовъ Василій Михайловичъ, д-ръ медицины (терапевтъ); поступилъ на службу ординаторомъ съ 1885 г.

О р д и н а т о р ы:

- 1871—1874—Длугашевскій Лука Семеновичъ (сифилидологъ).
 1871—1873—Фолькманъ Алек. Генрих.
 1872—1873—Сирахъ Н. К. (акушеръ).
 1873—1879—Гензель Пав. Богдан. (хирургъ).
 1873—1876—Крамеръ Пав. Эмилиев. (сифилидологъ).
 1873—1874—Архангельскій Влад. Тимоф. (врачъ военнаго вѣдомства временно исполн. должн. ординатора).
 1874—1875—Удинцевъ Генн. Петров., военный врачъ (акушеръ).
 1874—1892—Пономаревъ Ал. Яковл. (терапевтъ и психіатръ).
 1874—1878—Фрей Э. А. (терапевтъ).
 1875—1879—Тамбуреръ А. Н. (акушеръ).
 1878—1890—Бергъ Эрн. Иван. (сифилидологъ).
 1879—1903—Цандеръ Адольфъ Федоровичъ (хирургъ).
 1880—1898—Скворцова Олимп. Иван. (женск. болѣз. и акушер.).
 1884—1886—Ижевскій Павелъ Иван. (нервныя болѣзни).
 1886—1897—Серебренникова Евг. Павл. (окулистъ).
 1898—1910—Бѣлоруссовъ Вл. Вл. (нервопатологъ).
 1907—1908—Корде Витал. Конст. (акушеръ-гинекологъ).
 1909—1910—Кулебякинъ Ник. Иосиф. (хирургъ).
 1907—1911—Безсоновъ Влад. Евграфов. (окулистъ-терапевтъ).

Въ настоящее время служатъ:

- Съ 1894 г. — Поповъ Александръ Николаевичъ (хирургъ) съ 1909 г. старшимъ врачомъ.
 » 1893 » — Хомяковъ Владим. Аристар. (терапевтъ).
 » 1897 » — Ивановъ Владим. Павлов. (окулистъ).
 » 1900 — Звягинъ Конст. Петр. (гинекологъ и акушеръ).
 » 1901 — Предтеченскій Влад. Фед. (инфекціон. и дѣт. бол.).
 » 1901 » — Мелешко Роб. Флор. (сифилидологъ).
 » 1903 » — Назаровскій Никан. Матв. (хирургъ).
 » 1907 » — Пономаревъ Мих. Алексан. (терапевтъ).
 » 1908 » — Эскинъ Дмитр. Афанас. (хирургъ).
 » 1910 » — Шипицинъ Владим. Павл. (хирургъ-гинекологъ).
 » 1910 — Тихомировъ Петръ Иван. (нервопатологъ).
 » 1911 » — Неволина Адпол. Петр. (окулистъ).

Въ качествѣ сверхштатныхъ ординаторовъ и преподавателей фельдшерскихъ курсовъ занимались женщины-врачи: Бруштейнъ Марья Яковл. и Нейвидель-Креницкая Софья Ильин. (1888—1890 г.). Временно исполняли обязанности ординаторовъ:

Окмянскій Кипріянь Юсиф. (1897) и Левинъ Юс. Аор. (1905 г.); обязанности амбулаторныхъ врачей: Давыдовъ Яковъ Семенов. (1910 г.) и Ильинскій Леонть Семен. (1911 г.).

Врачами экстернами были:

Съ 1898 до 1907 г.: Плотниковъ А. М., Поповъ Н. А., Окинчицъ А. В. Невѣровичъ Е. І., Лепешинскій, Дехтяревъ И. Д., Ильинская Н. И., Рыхлинскій Э. Л., Ивачевъ В. Д., Прибылевъ А. М. и Чарушинъ В. А.

Источник: Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914.

Приложение 9. Список научных работ и отчетов врачей Александровской земской больницы.

Научныя работы и отчеты врачей настоящаго состава, вышедшіе изъ Александровской больницы:

- Алекс. Никол. Попова: 1) «Къ вопросу о глухомъ пузырьномъ швѣ при высокомъ сѣченіи». Хирургія—1899 г.
- 2) «Семь случаевъ оперативнаго леченія при несросшихся переломахъ костей». Хирургія—1900 г.
- 3) «Случай раненія внутренней яремной вены». Хирургія—1900 г.
- 4) «Случай ущемленной бедренной грыжи маточной (Фаллопиевой трубы)». Хирургія—1906 г.
- 5) «Оперативная дѣятельность хирургическаго отдѣленія Александровской больницы съ 1902 по 1906 г. въ связи съ вопросомъ объ общегубернскомъ значеніи Александровской больницы». Труды IX-го сѣзда врачей Пермской губерніи—1907 г.
- 6) «Отчетъ по Александровской больницѣ за 10-ти лѣтній періодъ вре-

- мени (1900—1909 г.)». Труды X-го съезда врачей — 1910 г.
- 7) «Отчетъ по научной командировкѣ». Врач.-санитарн. хроника — 1911 г.
- Роб. Флор. Мелешко. 8) «Случай ложной миксомы брѹшины». Медицинскій обзоръ — 1896 г.
- 9) «Къ вопросу о леченіи омертвѣвшихъ грыжъ». Хирургія — 1898 г.
- 10) «О леченіи водянки яичка». Хирургія — 1899 г.
- 11) «Случай бластомикоза кожи». Русск. журн. кожн. и венер. болѣз. — 1910 г.
- 12) «Къ этиологіи эпителиальныхъ кистъ пальцевъ и ладони». Русск. журн. кожн. и венерич. болн. — 1910 г.
- 13) «Къ казуистикѣ виѣполовыхъ шанк-ровъ». Русск. журн. кожн. и венер. болѣзн. — 1911 г.
- 14) «О дѣйствиі салварзана (по наблюденіямъ въ Александровской больн. Пермскаго губерн. земства)». Русск. журн. кожн. и венерич. болѣзн. — 1911 г.
- 15) «Случай риносклеромы» Рус. журн. кожн. и венерич. болѣзн. — 1912 г.
- Никан. Матв. Назаровскаго: 16) «Къ вопросу о консервативно-оперативномъ леченіи застарѣлыхъ выворотовъ матки». Хирургія — 1907 г.
- 17) «Пересадка мочеточниковъ по приэктопіи пузыря». Хирургія — 1910 г.
- 18) «Травматическое отторженіе эпифиза луча». Русскій врачъ — 1911 г.
- Кон. Петров. Звягина: 19) «Краткій отчетъ о дѣятельности гинекологическаго отдѣленія Пермской губернской земской Александровской больн. за пятилѣтіе (1902—1906 г.)».

- Труды IX-го съезда врачей Пермск. губ. — 1907 г.
- Влад. Павл. Иванова: 20) «Къ бактериологіи трахомы». Врачъ— 1898 г.
- 21) «Слѣпота и трахома въ Пермской губерніи». Труды VIII-го съезда врачей Пермск. губ. — 1902 г.
- 22) «Отчетъ о дѣятельности глазного отдѣленія Александровской больницы за десятилѣтіе (съ 1897 — 1907 г.)». Труды IX-го съезда врачей Пермской губ. — 1907 г.
- 23) «Распространеніе трахомы въ Пермской губерніи по амбулаторнымъ даннымъ». Труды съезда Пермск. врачей — 1910 г.
- Влад. Федор. Предтеченскаго: 24) «Опытъ примѣненія противоскарлатинозной сыворотки въ заразномъ отдѣленіи Александровской больницы». Труды IX-го съезда врачей Пермск. губ. — 1907 г.
- 25) «Отчетъ по научной командировкѣ» — 1911 г.
- Влад. Арис. Хомякова: 26) «О приготовленіи противодифтерійной сыворотки». Труды съезда врачей Пермской губ. — 1896 г.
- Д. А. Эскина: 27) «Къ казуистикѣ интерстиціальной внѣматочной беременности и заворота кишекъ». Врачебная газета. 1911 г. № 4.

Источник: Попов А.Н. Краткий исторический очерк Пермской Губернской Земской Александровской больницы. Пермь, Электро-типография губернского земства. 1914.

Приложение 10. Количество и стоимость медикаментов, закупленных на русском и зарубежном рынках в 1914 г.

Количество медикаментовъ, закупленных на русскомъ рынкѣ, въ килограммахъ.

Мѣсяцъ.	Алка-лоиды.	Иодист. препараты.	Растительн.	Осталь-ные.
Августъ.	313. ₈	178. ₉	730. ₀	39913. ₀
Сентябрь.	66. ₄₂₅	163. ₀	291. ₀	30586. ₀
Октябрь.	19. ₁₄₃	76. ₀	576. ₃	52605. ₀
Ноябрь.	—	—	20. ₀	14648. ₀
Итоги по групп.	399. ₃₇	417. ₉	1617. ₀	137752. ₀

Количество медикаментовъ, закупленных на заграничномъ рынкѣ, въ килограммахъ.

Мѣ-сяцъ.	Алка-лоиды.	Иодист. препараты.	Растительн.	Осталь-ные.
Августъ.	642. ₀	2760. ₀	900. ₀	27545. ₀
Сентябрь.	754. ₃	6101. ₀	300. ₀	29500. ₀
Октябрь.	1058. ₃	2900. ₀	8050. ₀	33930. ₀
Ноябрь.	212. ₆	1978. ₀	2700. ₀	7020. ₀
Итоги по групп.	2667. ₆	13739. ₀	11950. ₀	97995. ₀

Стоимость медикаментовъ, закупленных на русскомъ рынкѣ, въ рубляхъ.

Мѣ-сяцъ.	Алка-лоиды.	Иодист. препараты.	Растительн.	Осталь-ные.
Августъ.	14.707	2.443	4.738	68.375
Сентябрь.	10.936	4.065	2.087	54.446
Октябрь.	6.570	4.044	1.475	96.040
Ноябрь.	—	—	105	21.658
Итоги по групп.	32.213	10.552	8.405	240.519

Стоимость медикаментовъ, закупленных на заграничномъ рынкѣ, въ рубляхъ.

Мѣ-сяцъ.	Алка-лоиды.	Иодист. препарат.	Растительн.	Осталь-ные.
Августъ.	50.017	70.005	7.090	91.209
Сентябрь.	60.464	132.553	8.745	71.487
Октябрь.	107.811	66.675	45.628	123.020
Ноябрь.	34.409	36.599	4.194	44.185
Итоги по групп.	252.701	305.832	65.657	329.901

Источник: Общественный врач. 1915. №1. С.24.

Приложение 11. Изменение цен на медикаменты в связи с Первой мировой войной.
 1914 года.

	Цѣны до войны. За кило.	Цѣны во время войны. За кило.	Процентъ повышенія цѣны.
<i>Алкалоиды.</i>			
Апоморфин. muriatic. cryst.	439.92 р.	782.13 р.	84.7
Атропинум sulfuricum	321.24 "	523.17 "	62.8
Чининум muriatic.	25.83 "	34.50 "	33.0
Коккаинум muriatic.	83.30 "	157.83 "	89.6
Кодейнум purum	191.50 "	343.20 "	80.0
Кофеинум purum	14.36 "	24.00 "	67.0
Дионин (verum)	410.84 "	850.00 "	106.8
Героинум (verum)	446.00 "	700.00 "	57.0
Морфинум muriatic.	150.84 "	239.40 "	58.8
Пилокарпинум muriat.	269.92 "	464.59 "	72.0
<i>Остальные препараты.</i>			
Ацидум карбolic. cryst.	0.81 "	1.46 "	80.2
" ацетил-салицил.	2.06 "	2.63 "	27.6
" боричум	0.48 "	0.39 "	23.5
" танникум	2.63 "	3.66 "	37.0
" салициликум	1.98 "	2.88 "	45.5
Адреналинум salut. (1 fl.—30.0)	1.35 "	1.90 "	43.0
Аетер sulfuricus	0.71 "	0.85 "	20.8
Аммон. sulfo-ichthyol.	4.25 "	9.00 "	111.8
Антифебрин	1.26 "	2.05 "	62.7
Бальзам перувиан.	6.10 "	11.50 "	88.5
Бисмут. subnitric.	7.81 "	13.10 "	67.7
" трибромфенил.	8.95 "	20.16 "	125.2
Бутирум Сасао	1.86 "	3.50 "	88.2
Калькар. carbon. ppta	0.30 "	0.41 "	36.7
Самфора	1.95 "	2.10 "	7.7
Самфора монобром.	4.44 "	6.30 "	46.4
Хлорал-гидрат. cr.	1.94 "	3.30 "	80.4
Хлороформ	1.65 "	2.28 "	38.0
Кофеин. натро-бензоиc.	9.33 "	15.06 "	60.7
Гуаиакол. carbonic.	8.07 "	13.50 "	67.3
Гидр. chlor. мите v. p.	2.93 "	5.15 "	75.7
" бихлор. corros.	2.50 "	5.15 "	106.0
" оксидат. flav. пр.	3.67 "	5.13 "	40.0
" амидат-бихлор.	3.32 "	5.04 "	51.8
Гидрог. гиперотид. 30%	2.16 "	2.60 "	20.6
Гексаметилентетрамин	2.80 "	6.75 "	141.1
Иодум	14.80 "	24.27 "	64.0
Кали броматум	2.16 "	3.15 "	45.7
" иодатум	12.66 "	22.06 "	74.2
" хлоричум	0.69 "	1.13 "	64.0
" гипермарган. pur. cr.	0.70 "	1.20 "	91.4
" сулфо-гуаиаколиc.	5.28 "	8.50 "	61.1
Лисолум	0.41 "	0.47 "	14.6

Источник: Общественный врач. 1915. №1. С. 22-23.

Приложение 12. Необходимый полугодовой запас медикаментов для земств.

Названія медикаментовъ.	Количество на 1/2-годіе для одного уѣзднаго земства.	Количество на 1/2-годіе для всѣхъ земствъ.
Acidum boricum.	250 К ⁰	110.000 К ⁰
Acidum acetylo-salic. (aspirin)	15 „	6.600 „
Atropin. sulfuricum	45 grmm.	19.8 „
Bismuthum subnitricum	26 К ⁰	11.440 „
Bismuthum tribromphenyl. (xeroform)	15 „	6.600 „
Chloroform	78 „	34.320 „
Chinin. muriaticum	6 „	2.640 „
Chinin. sulfuricum	24 „	10.560 „
Cocain. muriatic	200 grmm.	88 „
Codeinum purum	440 „	193.6 „
Coffein. natro-benzoic.	4.2 К ⁰	1.848 „
Hydrarg. bichlorat. corrosiv	6.5 „	2.860 „
„ chlorat mite.	5.2 „	2.288 „
„ vivum	25 „	11.000 „
Iodoform	7 „	3.080 „
Iodum purum	17.5 „	7.700 „
Kali iodatum	235 „	103.400 „
Morphium muriatic	210 grmm.	92.4 „
Natr. bromatum	24 К ⁰	10.560 „
Natr. salicylic.	74 „	32.560 „
Novocain	100 grmm.	44 „
Oleum ricini	200 К ⁰	88.000 „
Oleum Iecoris	540 „	237.600 „
Opium	12 „	5.280 „
Salol	21 „	9.240 „
Sulfonal.	575 grmm.	253 „

Источник: Общественный врач. 1915. №1. С. 27-28.