

В.Я. Темплинг

ФИЦ Тюменский научный центр СО РАН
ул. Малыгина, 86, Тюмень, 625026
E-mail: tmp1@mail.ru

КОНСОЛИДАЦИЯ СООБЩЕСТВА СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ ТОБОЛЬСКОЙ ГУБЕРНИИ В НАЧАЛЕ XX в.

В фокусе исследования — уездные съезды сельских врачей Тобольской губернии, уникальное явление в истории сибирского медицинского сообщества. Съезды рассматриваются как составная часть и показатель развития корпоративной общественной инициативы, профессионального взаимодействия медицинских специалистов. На основе документов, впервые вводимых в научный оборот, характеризуются материалы поуездных съездов, круг обсуждавшихся вопросов, основные рекомендации и результаты. Показано, что деятельность медицинского сообщества не ограничивалась работой только научно-практических обществ губернских центров, но была значительно шире и насыщеннее. Уездные съезды стали местом установления личных контактов между врачами, здесь обсуждались профессиональные и социальные проблемы, в живом общении происходил обмен мнениями и опытом, формулировались предложения, которые затем обсуждались на губернском форуме и ложились в основание административных решений.

Ключевые слова: профессиональное сообщество, история медицины, съезд врачей, сельская медицина, врачебный участок, фельдшерский пункт, лечебница, общественная инициатива.

Введение

Профессиональные медицинские форумы в России второй половины XIX — начала XX в. становятся объектом пристального внимания ученых и живого интереса общественности уже с самых первых лет своего существования. А их подчас острая социальная направленность встречала благосклонное отношение и со стороны советской историографии. Им посвящено достаточно много исследований, и почти все они, как правило, построены на материалах центральной России. Это определялось бурным развитием земской медицины, более высоким уровнем самоорганизации медицинской общественности центральных губерний. В последние годы появились работы, ориентированные на изучение локальных аспектов феномена. Изучаются съезды Архангельской, Вятской, Тульской, Курской, Уфимской и других губерний [Никитина, 2009; Поляков, 2006]. Ракурс социального взаимодействия внутри медицинской корпорации избран в качестве основного А. Горбушиной [2016]. Рассматриваются и отдельные аспекты работы съездов, например их роль в развитии санитарного дела или школьной гигиены [Блохина, 2011; Лукьянова, 2017]. Томский съезд врачей состоялся только в 1917 г. [Семенова, 2010].

По мнению, высказанному еще в далекие 1970-е гг. томскими учеными Н. Федотовым и Г. Мендриной, отсутствие съездов врачей в Сибири в некоторой степени компенсировалась деятельностью их профессиональных обществ [1975, с. 183]. В новейшей историографии эту мысль поддерживает Д. Попов [2006, с. 65]. Об исключенности сельских врачей из деятельности красноярского общества в свое время писал и В. Крутовский [1911, с. 44–45]. Однако в реальности картина, вероятно, была все же несколько иной. В Тобольской губернии съезды разного уровня проходили с 1903 по 1914 г. Материалы их работ частично опубликованы, но никогда не использовались исследователями [Труды..., 1913]. Цель статьи заключается в раскрытии деятельности уездных съездов сельских врачей как подготовительного этапа губернского форума, показателя консолидации медицинской общественности и ее влияния на формирование новой модели здоровья у сельского населения. Исследование базируется на «делегатских докладах» съезду и на протоколах некоторых уездных совещаний.

Протоколы и доклады уездных съездов 1910 г.

Первый в Сибири губернский съезд сельских врачей состоялся в Тобольске в январе — феврале 1911 г. Созыву форума предшествовала работа поуездных съездов сельских врачей, на которых избирались делегаты и обсуждались программные вопросы, готовились «делегатские доклады». На обсуждение губернского форума были представлены доклады только семи из десяти уездов. Не поступили доклады из Березовского, Сургутского и Тюкалинского уездов. От первых двух не

было и делегатов, что вполне объяснимо. Штат медицинских работников на Севере был так мал, что «съезжаться» там было не только трудно и сложно, но зачастую и некому [Темплинг, 2017].

Представление о том, как были организованы поездные съезды, дают протоколы и отчасти материалы дискуссий на губернском съезде. В его итоговом сборнике были опубликованы не только «делегатские доклады» съезду, но и протоколы тарского и ялуторовского совещаний. Все уездные совещания прошли примерно в одно и то же время — во второй половине ноября 1910 г. Например, врачи Тарского уезда собрались 20 ноября. В земской квартире встретились трое из пяти сельских врачей — А.В. Наумов, М.Г. Фальк и В.А. Вырский, городской врач М.В. Малинин и представитель переселенческой медицины доктор Пиотровский. Врач 2-го участка Комаров был занят делами в призывной комиссии, а врач 4-го участка Попов не имел билета для бесплатного проезда.

Не более многолюдным было и совещание-съезд их ялуторовских коллег, состоявшееся 21 ноября. Присутствовали доктор медицины А. Узембло (исетский врач) — председатель, врачи: И. Шпиндлер, П. Миловидов (юргинский врач), А. Серых и А. Альбицкий (новозаимский сельский врач) — секретарь съезда. Материалы этого совещания интересны многочисленными отсылками к решениям предыдущих совещаний-съездов. В протоколе говорилось, что в самом начале по желанию собравшихся, секретарем съезда А. Альбицким были зачитаны постановления съездов 1903 и 1909 гг. Из протокола становится известно, что съезд, например, присоединился к постановлениям съезда 1903 г. об открытии врачебных пунктов в с. Мокроусовском и Суерском, о нуждах врачебных участков и фельдшерских пунктов — к постановлению съезда 1909 г. Примечательно мнение ялуторовских врачей об организации санитарных попечительских съездов. Вновь, принципиально соглашаясь с постановлением съезда 1909 г., они решили, что «при настоящих условиях — составе населения, недостатке интеллигентных сил, до тех пор, пока само население не будет понимать советов санитарных попечительств, мы думаем, что учреждение последних преждевременно; в данный же момент необходимо подготовить население посредством лекций и т.п.» [Труды..., 1913, с. 37, 87–89]. Таким образом, ноябрьское собрание 1910 г. было уже третьим, во всяком случае, для врачей Ялуторовского уезда. Это может значить только то, что история профессионального медицинского взаимодействия в Тобольской губернии была более насыщенной, нежели представлялось ранее и не ограничивалась исключительно деятельностью научных обществ в губернском центре. Этот аспект истории регионального медицинского сообщества еще нуждается в детальном исследовании.

В дискуссии об уездных форумах на «большом» съезде в Тобольске отразилась проблема профессиональной сегрегации, имевшей место в медицинской сфере. Курганский врач П.П. Успенский высказал сожаление, что эти съезды были закрытыми, предназначались только для сельских врачей. Хотя, по-видимому, это было не совсем так. В совещании тарских врачей принимали участие переселенческий и городской врачи. В объяснительной записке к устройству съездов председателям было предоставлено право допускать «известных им лиц, могущих быть полезными в деле». В Ишимском уезде это было реализовано, а в Тюменском уезде в преддверии съезда врачи встречались и беседовали с представителями крестьянских обществ [Труды..., 1913, с. 13 первой пагинации]. Идея привлечения к сим собраниям фельдшеров поддержки среди делегатов пока не встретила, хотя на Пироговских съездах начала XX в. это разделение уже преодолевалось [Горбушина, 2016].

Несмотря на то что перечень вопросов, обсуждавшихся на уездных совещаниях, был один и тот же и определялся повесткой съезда, формировавшейся врачебной управой, поступавшие с мест докладные записки по качеству информации весьма различаются. Одни из них подробны, другие немногословны, но в совокупности они представляют собой уникальные локальные достаточно подробные срезы состояния сибирской сельской медицины начальных десятилетий ее существования. Все доклады начинаются с характеристики уезда и врачебных участков. Приводятся данные по площади уезда, населенным пунктам, числу врачебных участков, больниц. Как правило, здесь же формулируются предложения об улучшении участковой системы уезда. Это важно отметить, потому что в данном случае врачи опирались на практический опыт работы. Далее дается статистика по посещениям, числу амбулаторных и стационарных больных, выявляется зависимость обращений за медицинской помощью от дальности расположения населенных пунктов от центра врачебного участка. Описывается состояние сельских лечебных учреждений, удобства и неудобства их планировки и расположения. Среди других обсуждаемых были проблемы: замещения фельдшерских и акушерских должностей, устройства

волостных аптек, условий заказа медикаментов, оспопрививания, установления постоянных контактов между специалистами в уезде и губернии.

Характеристика уездов и врачебных участков

В начале XX в. Тобольская губерния состояла из десяти административных образований — уездов, которые различались между собой природно-климатическими условиями, занимаемой площадью, плотностью населения, инфраструктурой. В разной степени они были охвачены и переселенческим движением, интенсивно развивавшимся с конца XIX в. Переселенцы оседали в основном в восточных и юго-восточных уездах — Ишимском, Тарском, Тюкалинском. Перемещение масс людей сопровождалось частыми и масштабными эпидемиями не только в местах расселения, но и вдоль маршрутов передвижений. Это и стало одной из основных причин распространения в Сибири участковой медицины с 1890-х гг. Серьезной проблемой новой системы, наряду с тотальной нехваткой специалистов, на долгие годы станет рациональное распределение территорий и населения по участкам ради достижения главной цели — обеспечения доступности медицинской помощи. Именно поэтому центральной проблемой обсуждения темой на съездах был вопрос об изменении границ участков и о формировании новых. Например, население Ишимского уезда в 348 822 чел., разбросанное на площади 37 604 кв. верст, обслуживалось 7 участковыми врачами (включая одного переселенческого в селе Б. Сорokinском). В среднем на каждый участок приходилось около 50 тыс. жителей и его площадь составляла около 5600 кв. верст. На весь уезд имелось всего 60 коек (включая 15 коек глазной больницы в с. Петуховском), по 5736 чел. на одну койку (в 5 раз больше «нормальной цифры» — 1 тыс.) [Труды..., 1913, с. 1].

Исходя из реального положения дел и более низкой плотности населения ишимские врачи предлагали установить участок не в 10–15 верст, как было принято в земских губерниях, а хотя бы в 25–30 верст, при выборе мест для больниц и резиденций врачей учитывать населенность округа, «естественное тяготение» местного населения к какому-либо центру и удобство путей сообщения. Они также предлагали организовать новые участки: Аромашевский, Каменский, Армизонский, Сладковский [Труды..., 1913, с. 3], в которые бы вошли в среднем по 50 населенных пунктов и 25 тыс. чел. При их создании самый большой радиус участка составил бы 40–50 верст, а средний — 25–30. Однако даже при таком увеличении числа участков расстояния были бы еще слишком велики [Там же, с. 4].

Второй по величине, Курганский уезд насчитывал 306 013 жителей, был разделен на 4 участка, на каждую больницу приходилось 76,5 тыс. населения [Труды..., 1913, с. 23], но размещение участковых больниц по уезду было далеко не идеальным. От города и городской сельской больницы до Утятской больницы было 40 верст, зимой — 30, до Белозерской — 50 верст. Половинное расстояние между больницами составляло приемлемые 15–25 верст, однако в самих Белозерском и Утятском участках были селения, отстоявшие от больницы за 50–75 верст. В Белозерском участке далее 30 верст от больницы были расположены половина селений, в которых проживало более 55 % населения. В Моршихинском участке две трети селений (и 62,5 % населения) находилось в удалении от участковой больницы [Там же, с. 24]. Такая картина наблюдалась по всем уездам губернии.

Отмечалась и резкая неравномерность распределения населения по участкам в уездах. Если крайняя северная точка Тобольского уезда — Самарово являлась важным транспортным узлом на водных коммуникациях и там строилась новая лечебница, то о крайней северной точке Туринского уезда — Пелымском участке говорилось следующее: «Селения этого участка так разбросаны и на таком громадном пространстве, что не представляется возможным наметить какую-либо правильную врачебную сеть» [Труды..., 1913, с. 66].

В целом удаленные от лечебниц селения давали всего 2 % всех обращающихся за помощью.

Обращения за медицинской помощью

Одним из самых ярких показателей изменения модели здоровья, без сомнения, является рост обращений крестьян за медицинской помощью. Он отражает не только степень развития больничной сети в губернии, но и повышение доверия к фигуре врача, который постепенно становится для крестьян, особенно близких к центру участка, «своим». Социальный статус врача в глазах сельских жителей явно изменялся. Необходимость преодоления культурно-психологической дистанции осознавалась и очень заботила врачей.

Лейтмотивом этой части почти всех протоколов и «делегатских докладов» стали сетования по поводу недоступности медицинской помощи подавляющему большинству сельских жителей.

Так, например, количество амбулаторных больных в Ишимском уезде составляло 20 % от всего населения. Но не все могли ее получить в равной мере. «Количество обращающихся за помощью больных,— сообщается в докладной записке,— быстро уменьшается по мере удаления от лечебниц и свыше 20 верст расстояния, обращающиеся за помощью больные дают лишь около 40 % всех больных: Петуховская больница от 0 до 10 верст — 37 %, от 10 до 20 — 22 %; Бердюжская соответственно 51,2 % и 18,5 %». Иными словами, 3/4 населения каждого участка, имевшего радиус 65–70 верст, оставалось без медицинской помощи исключительно из-за удаленности. Врачи прямо заявляли, что для некоторых селений, отстоявших на 100 верст, медицинской помощи вовсе не существует.

Врачебной помощью пользовались главным образом жители близлежащих селений: 15 верст — треть посещений, свыше 20 — 10 %, свыше 30 верст — 3 %. Однако за 30-верстной полосой проживала половина и большая часть населения участков [Труды..., 1913, с. 25]. Примерно такая же ситуация наблюдалась и в других уездах губернии.

Тем не менее участники уездных совещаний 1910 г. отмечали изменения в отношении местного населения к медицинской помощи и врачам. Наиболее «продвинутыми» были сельские общества Курганского уезда, в котором все четыре больницы были устроены до введения в губернии штатов сельской медицины на средства местного населения: «И мы наблюдаем светлое явление в жизни сибирского крестьянства — явление, пожалуй, исключительное: население Курганского уезда, добровольно несущее 2/3 расходов на содержание больниц, добровольно из года в год отпускает средства на наем помещения для волостных аптек, на содержание фельдшерскому персоналу и на приобретение медикаментов,— словом, самостоятельно обзаводится фельдшерскими пунктами» [Труды..., 1913, с. 26]. «Очевидно, здесь население так доверчиво относится к медицинской помощи, так ценит ее, что идет навстречу нуждам больницы своим добровольным сбором с каждой платажной души. Это говорит уже об известном развитии общественных интересов среди сельского населения Курганского уезда. Благодаря этой помощи, ежегодный бюджет врачебных участков 6000–10000 рублей» [Там же, с. 28].

Ишимские врачи также отмечали, что «население Ишимского уезда в значительной степени уже привыкло к медицинской помощи и в некоторых участках (Абатском, Ишимском, Голышмановском и Петуховском) даже приплачивает специально на медицинскую часть особые средства» [Труды..., 1913, с. 2]. Желание открыть на своей территории медицинские пункты высказывали крестьянские общества Тюменского уезда. Тугулымское общество предлагало ассигновать на это 1500 руб. и ежегодную субсидию в 200 руб. Еще один пункт предполагалось устроить в Червишевской волости.

Тобольское совещание врачей отмечало важность привыкания населения к медицинской помощи. Преследуя эту цель, они отступали от инструкций и принимали в лечебницу не «только страдающих острыми и вообще излечимыми болезнями, требующими коечного лечения», но иногда хронических и неизлечимых больных, «особенно если он прибыл за несколько десятков верст в надежде поступить в лечебницу. В таких случаях, помимо человеколюбия, играет роль и другое соображение — желание приохотить население к медицинской помощи» [Труды..., 1913, с. 56–57]. Среди минусов в организации инициативных медицинских пунктов участники съездов отмечали произвольный выбор места в зависимости от желания администрации, чаще всего оно совпадало с местом пребывания крестьянского начальника и не всегда соответствовало интересам населения. Торговое или промышленное значение села, расстояние до крайних селений, входивших в участок, во внимание не принимались или учитывались слабо. Также отмечалась неустойчивость этих пунктов, их зависимость от многих факторов, в том числе от урожая, личного авторитета доктора, его отношений с крестьянским начальником. Приводится пример Утятского участка, в котором крестьянский начальник, сводя счеты с врачом, запретил волостному правлению выдачу общественных денег на содержание больницы, запретил врачу пользоваться казенным отоплением и освещением. Врачу пришлось покинуть участок [Там же, с. 28].

Однако сам факт добровольного финансирования сельскими обществами фельдшерских пунктов уже свидетельствует о значительном изменении в представлениях крестьян о болезнях и здоровье, о трансформации традиционной модели здоровья и ценностных ориентаций крестьян [Темплинг, 2017].

Сельские лечебницы: планы, деньги, быт

Еще одним важным элементом новой модели здоровья явилась сеть постоянных сельских больниц — уникальное достижение российской земской медицины. Больницы стали «точкой сборки», где крестьяне могли всегда получить медицинскую помощь. Головной болью сельских врачей были здания лечебных учреждений. В этой части докладов описывалось состояние ле-

чебниц, планировка, удобства и неудобства расположения и т.п. В докладе курганского съезда, например, отмечалось, что инициативные пункты и больницы весьма неудобные в плане, требуют дополнительных затрат для постройки амбулаторий, хирургических барачков и пр. Они выступили за подготовку типового проекта сельской больницы, состоящей из 4 барачков: амбулатории, больницы, хирургического и заразного барачков. Амбулатория им виделась состоящей из семи комнат: ожидальной, кабинета врача, перевязочной, аптеки, материальной, дежурной и помещения для прислуги. В хирургическом барачке: операционная и три палаты (мужская, женская и для рожениц), помещение для прислуги, ванная. В заражном барачке: 2 палаты, комната для дезинфекции с отдельным входом, ванная. Отдельно кухня. При городских сельских больницах должны быть изолированные и приспособленные помещения для временного пребывания душевнобольных до перевода их в Тобольскую губернскую больницу (в то время они обычно направлялись в уездное полицейское управление) [Труды..., 1913, с. 30].

В докладе тобольского съезда содержится подробное описание участковых сельских лечебниц, дающих представление о типичных вариантах состояния этой сферы не только в Тобольском, но и в других уездах. О лечебнице 1-го участка, на 10 кроватей, сообщалось, что она «находится на окраине нагорной части г. Тобольска, в наемном доме. Дом деревянный, помещительный, вновь отремонтированный, двухэтажный, по 5 комнат вверху и внизу, не считая коридоров и кухонь. В нижнем этаже находятся: прихожая (она же ожидальная комната), кабинет врача для приема амбулаторных больных, аптека, две женских палаты, комната для акушерки-фельдшерицы и кухни. В верхнем этаже операционная, 2 больших мужских палаты, комната для прислуги, одна комната превращена в цейхгауз, кухня второго этажа — в ванную комнату. Вентилируются палаты через большие оконные форточки. Нет теплого ватер-клозета, усыпальницы и бани. Прислуга — кухарка, сиделка и слугитель. При враче находились акушерка-фельдшерица и два фельдшера, один в Тобольске при больнице, второй на фельдшерском пункте в д. Байкаловой [Труды..., 1913, с. 51].

Лечебница 2-го участка, тоже типовая, на 6 кроватей, находилась в полуверсте от с. Черно-го на высоком берегу р. Вагай, возле бора. Была построена в 1903 г. Представляла собой «поместительное одноэтажное деревянное, нештукатуреное внутри здание, с центральным коридором, изогнутым покоем. Справа от прихожей (она же ожидательная) расположен кабинет врача, слева аптека. Дальше в глубине, по ту сторону коридора, против входной двери, операционная, по бокам две палаты, теплое отхожее место и двери, ведущие на кухню, справа комната для акушерки-фельдшерицы, ванная и палата для нечистоплотных. На обширном дворе имеется хорошая баня, усыпальница и др. необходимые надворные постройки. Прислуга состоит из кухарки, сиделки, слугителя. В распоряжении врача имеется три фельдшера и акушерка-фельдшерица, она же и заведующая хозяйством». Двое из фельдшеров находились на пунктах в с. Ашлыкском (80 верст), Загваздинском (173 в.), один фельдшер при лечебнице [Труды..., 1913, с. 53].

По аналогичному проекту строилась новая больница в с. Самаровском (3-й участок). Место врача здесь было вакантно, а пока трудились 3 фельдшера: один при лечебнице и для разъездов, второй в с. Нахрачинском (497 верст от лечебницы) и третий в с. Филинском (145 в.). При лечебнице проживала также акушерка-фельдшерица, которая одновременно заведовала хозяйством.

Эту почти идиллическую картину сельской медицины Тобольского уезда разрушала ситуация в 4-м участке (Демьянский), который располагался между Тобольском и Самаровым: «Сельская лечебница находится в наемном двухэтажном здании, состоит — в верхнем этаже — из 4-х комнат: приемной, аптеки и двух палат. В нижнем этаже — кухня и квартира фельдшерицы. Помещение не соответствует своему назначению; нижний этаж заливадается весной водой; в верхнем этаже холодно, темно, полы перекошены, печи требуют капитального ремонта, потолки проваливаются; вентиляции почти никакой. Ранее лечебница помещалась в собственном здании, но в последнее время пришла в полную ветхость» [Труды..., 1913, с. 54–56].

Примерно такая же довольно безрадостная картина наблюдалась в Туринском уезде. Больница здесь, как это часто бывало, располагалась за границей города в одной версте. По уверениям врачей, «в настоящее время в Туринском уезде здания лечебниц совершенно не соответствуют своему назначению и тем требованиям, какие к ним предъявляет медицинская наука и практика». Так, участковая туринская лечебница состояла из двух комнат для больных и 3 небольших комнат, из которых одна служила аптекой. Причем она была так мала, что двум-трем человекам сразу находиться там было нельзя, работать за одним столом невозможно. Вторая комната служила кабинетом врача и третья — посетительской. Амбулатория помеща-

лась в одном здании и даже в одном коридоре с палатами для больных. Отсутствовали операционная комната и ванная.

Еще одной проблемой, характерной для многих сельских лечебниц губернии, было отсутствие квартир для персонала. Это вынуждало функциональные помещения лечебницы отдавать под жилье. Так поступили и в Туринске, где под квартиру «многосемейной фельдшерницы» выделили помещение в инфекционном бараке, и в Тюмени, и в других местах.

Весьма показательна ситуация с лечебницами была в Ялуторовском уезде. Сеть больниц в нем сложилась под влиянием эпидемии 1892 г. Здесь особенно ярко проявились спонтанность и краткосрочность принятых тогда решений. Кроме обычных, уже отмеченных выше, сельская медицина уезда отразила проблемы, связанные с быстро менявшейся социально-экономической обстановкой, например со строительством железной дороги, с изменившимся направлением движения партий переселенцев и арестантов. В некотором смысле «авральный» характер формирования врачебных участков, предопределенный ожиданиями повторной эпидемии холеры в середине 1890-х гг., не отличался рациональностью и не соответствовал задаче охвата всей территории уезда медицинской помощью. Кроме того, лечебницы, наскоро построенные или приспособленные к врачебным нуждам, не отвечали ни уровню развития медицинской науки, ни потребностям населения. В этой связи ялуторовские врачи писали, что «здания под лечебницы и амбулатории почти во всех участках находятся или в нежелательном виде, или в состоянии негодности, вследствие разрушения от времени и других причин, а также потому, что при постройке их не было в руках строителей руководящего плана здания, как специально приспособленного для целей лечебницы. Например, Исетская лечебница имеет центральный коридор с массой дверей, над больницей, аптекой и амбулаторией, расположенных вместе, находится квартира врача». Главная же беда виделась делегатам съезда в том, что при основании существующих лечебниц не было выработано нормальной сети участков. Организаторы руководствовались чисто случайными соображениями, следствием чего стало неравенство участков по радиусу и количеству жителей. Ярким примером в этом отношении была история Памятнинской лечебницы. Памятнинское — небольшое сельцо в 4 верстах от города, расположено на берегу Тобола, здесь был мост. Через село проходил тракт, имевший прежде большое значение, по нему направлялась переселенческая волна, здесь же продвигались и партии арестантов. Этим и объясняется возникновение здесь лечебницы. Но к 1910-м гг. ситуация изменилась. Переселенцы и арестанты были пересажены на железнодорожный транспорт, а земельных резервов для переселенцев в Ялуторовском уезде не имелось. Поэтому статус села изменился. Обслуживаемый же лечебницей участок располагался далеко на север.

Удручающей представляется и картина Новозаимской больницы, в которой крыша текла, зимой было холодно. В сильные морозы температура в помещениях была 1–2 °С, в остальное время при двукратной топке — 12 °С. Ванна выносная, воду приходилось вычерпывать, что отнимало много времени. «Больница на южную сторону обращена задним ходом, окном комнаты акушерки, перед которым находятся ящики отхожего места. В операционной за два дня до приезда губернатора (в начале декабря 1910 г.) обвалилась с потолка штукатурка. «В 1903-м году, как говорится в докладе съезда ялуторовских врачей того же года, был губернский инженер Даугель, и нашел, что ремонтировать эту лечебницу,— значит деньги переводить, что выгоднее строить заново... Мой предшественник Купенский обшил ее тесом, но результаты сводятся к нулю. Нижние венцы истлели, подпольного пространства нет, если осматривать стены изнутри здания, то редко найдешь целое по длине бревно: стены почти сплошь состоят из стыков, и их так много, что не стоит и считать. Стены искривились в разных плоскостях, над косяками дверей, вследствие осадки здания, громадные щели. В операционной посредине южной стены идет бревно с винтовыми гайками, завинчивающимися железные болты, проходящие наружу и соединяющиеся с таковым же бревном, стоящим снаружи стены. Это сделано, кажется при враче Д.А. Миловидове из опасения, чтобы не рассыпалась стена» [Труды..., 1913, с. 96–99].

Фельдшерские пункты

Понимая ограниченные возможности в устройстве полноценных врачебных участков, работу в которых возглавлял бы дипломированный врач, участники съездов много внимания уделили обсуждению фельдшерской помощи и участию в их организации сельских обществ. Например, в Курганском уезде на средства населения было открыто 10 фельдшерских пунктов и несколько волостных аптек. Слабой их стороной была низкая квалификация специалистов [Труды..., 1913, с. 26]. Курганцы отмечали нестандартность штатов сельских больниц, так как кроме «бюд-

жетных» были ставки, финансируемые местными обществами. Поэтому они выступали за стандартизацию штатов — врач, фельдшер и две фельдшерицы-акушерки, одна для разъездов по участку, другая при больнице [Там же, с. 31]. В целях минимизации зависимости персонала общественных пунктов от прихотей крестьянских начальников или сельских обществ, туринцы предлагали перевести их содержание на счет губернского земского сбора [Там же, с. 69].

Дискутивным оказался вопрос о замещении должностей фельдшеров. Кому отдать предпочтение: фельдшерам или фельдшерицам-акушеркам? В этой дискуссии проявилось осознание острой необходимости акушерской помощи на селе [Труды..., 1913, с. 27]. В целях привлечения фельдшерского персонала, кроме мер по улучшению их материального положения, участники курганского съезда предложили дать врачам право посылать в фельдшерские школы на казенные стипендии местных крестьян, «имеющих соответствующий образовательный ценз и выражающих известную склонность к занятию медициной». Высказывалось предположение, что в село охотнее пойдут сельские жители, нежели городские [Там же, с. 31].

Участники ялutorовского съезда такую медицинскую помощь считали суррогатной, но в имеющихся условиях необходимо было использовать то минимально положительное, что было в фельдшерских пунктах, и открывать новые. Существовавшие в тот момент в уезде пункты содержались за счет губернского земского сбора и на местные общественные и частные средства. В с. Омутнинском Юргинского участка, в Новозаимском участке было два частных фельдшерских пункта: в с. Падун при винокуренном заводе Поклевских и на заимке Колмаковых при паровой мельнице Т-ва Колмаковых. Пункты находились на расстоянии 4 верст друг от друга, но крестьян, никак не связанных с заводами, не обслуживали [Труды..., 1913, с. 95]. С позицией ялutorовского съезда были солидарны курганцы.

Оспопрививание и специализированная медицинская помощь

Обратились участники совещаний и к проблеме оспопрививания. В докладе Ишимского съезда говорилось, что оспопрививание поставлено плохо, прививается мало. В Абатском участке в 1909 г. было привито 312 чел., в Ильинском — 6424. Но труд сей был напрасен, «так как, по заявлению врачей, детрит, выписываемый из Тобольска, никуда не годится. Почти три четверти всех случаев не прививается» [Труды..., 1913, с. 7]. «Кадры оспопрививателей ниже всякой критики: полуграмотные, не имеющие понятия об инфекции и дезинфекции, смотрящие на оспопрививательное дело как на подспорье к какому угодно делу, но не как основное дело» [Там же, с. 8]. Оспопрививателям полагалось самое нищенское содержание — от 1,2 до 5 руб. в месяц. Трудно было надеяться, что за такую сумму согласится работать квалифицированный специалист. В Ишимском участке была опробована новая практика — приглашение временных оспопрививателей из среды сельской интеллигенции (учителей или студентов) на 1–2 летних месяца. Средства предоставлялись сельскими обществами в объемах, выделявшихся раньше на оспопрививание. В Петуховском участке прививанием занимался постоянный фельдшерский персонал за доплату от волостей, тоже в размере, выплачивавшемся оспенникам ранее. Неудобство такой организации прививания заключалось в том, что персонал отрывался от прямых обязанностей. Выход виделся в учреждении в каждом участке должности фельдшера со специальной миссией оспопрививания. Этот персонал в свободное время мог бы заниматься делами при больнице, выполнять другие поручения. Эта должность также могла бы рассматриваться как подготовительный этап к службе в больнице [Там же, с. 8].

Важным показателем развития медицинской помощи на селе является организация специализированных ее форм. Одной из первых была создана глазная больница в Ишимском уезде. Петуховская сельская больница имела 15 кроватей для глазных больных, вдобавок к 6 обычным. Финансировалась из расчета 100 руб. на кровать, вместо 150 для обычных больниц. Была расположена на границе губернии и уезда, радиус обслуживаемого участка составлял 200–300 верст. Обращаемость амбулаторных больных сильно зависела от расстояния до больницы [Труды..., 1913, с. 9].

Профессиональные связи

Участники съездов отмечали полное отсутствие в губернии органа, который объединял бы всех сельских врачей (да и вообще врачей) в их общей работе. В докладе ишимской делегации говорилось, что «в настоящее время никто из сельских врачей не знает, что делается в другом даже соседнем с ним участке, как относятся там к тому или другому явлению повседневной жизни, зачастую даже в течение ряда лет не знают друг друга и новый сочлен, являясь на вакантное место, лишь только увеличивает собою число разрозненных медицинских работников,

которым как бы не полагается иметь никакой заботы, касающейся всего уезда, всего данного района. Выходом из такого положения могло бы быть установление уездных съездов врачей, как органа постоянно действующего в лице своего избранного комитета, и периодических через 3 года общегубернских съездов врачей (не одних только сельских)» [Труды..., 1913, с. 20–21]. Такой же позиции придерживались и участники курганского съезда.

Важными для сельских врачей оказались также проблемы взаимоотношений с крестьянскими начальниками, условий заказа медикаментов и производства некоторых лекарственных форм в больницах, организации продажи при больницах предметов ухода за больными, материальное положение уездных и городских врачей. Эти вопросы, отсутствовавшие в первоначальной повестке дня, предлагались уездными совещаниями для обсуждения на губернском съезде.

Заключение

Таким образом, представленные материалы позволяют по-иному взглянуть на историю регионального медицинского сообщества, более детально охарактеризовать его деятельность помимо исполнения прямых обязанностей. Проблемы улучшения медицинской службы обсуждались врачами коллегиально, в обстановке живого общения на совещаниях/«съездах». Это означает, что в начале XX в. горизонтальные связи начинают пронизывать и спланировать не только медицинских специалистов города, но и совсем немногочисленную когорту врачей сельской местности. В отсутствие земской организации уездные съезды стали площадкой, на которой устанавливались связи между врачами в рамках территориальных административных единиц, обсуждались проблемы, происходил обмен мнениями и опытом, формулировались предложения, содержание которых опиралось на реальный опыт и практики. Важно отметить, что эти предложения затем обсуждались на губернском форуме и служили основой для принятия мер администрацией. Коллегиальную работу медицинского сообщества необходимо рассматривать в контексте профессиональной консолидации, бурно проявлявшейся в начале XX столетия, которой были охвачены не только медицинские работники, но агрономы и ветеринары, даже более активные, нежели врачи [Бычин, 1982, с. 27–34].

Разумеется, уездные съезды не масштабны, они не были общественным рупором, не стали локомотивом реформ и генератором значимых общественных проектов. Слишком коротка их история, слишком невелики были силы сельской медицины и вообще всей медицины губернии. Чуть более ста дипломированных специалистов трудились здесь на ниве общественного здоровья в начале XX в. Тем не менее потребность в профессиональной консолидации и общении оказалась настолько сильной, что позволила врачам, пусть и при поддержке администрации, провести серьезную подготовительную работу в уездах и два съезда в масштабах губернии. Безусловно, это яркое свидетельство качественных изменений в состоянии местного медицинского сообщества.

Финансирование. Исследование выполнено в рамках государственного задания — проект № АААА-А17-117050400150-2.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Блохина Н.Н.* Санитарно-гигиенический аспект деятельности съездов русских естествоиспытателей и врачей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 2. С. 54–56.
- Бычин Б.П.* (сост.). Сельское хозяйство Северного Зауралья: Указатель литературы XVII в. — 1917 года. Тюмень, 1982. 106 с.
- Горбушина А.А.* Пироговские съезды врачей и фельдшерский персонал: Проблемы взаимодействия (1907–1916) // Вестник ТГПУ. 2016. № 9 (174). С. 29–34.
- Крутовский В.М.* Очерк истории общества врачей Енисейской губернии за 25 лет: 1886–1911. Красноярск: Тип. б. М.И. Абалакова, 1911. 196 с.
- Лукьянова Т.В.* Роль съездов земских врачей в становлении санитарной организации в Пензенской губернии // *Opera medica historica: Труды по истории медицины.* М.: Издат. дом Магистраль, 2017. С. 155–159.
- Никитина А.* Роль съездов врачей в развитии земской медицины Уфимской губернии // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 117. С. 72–77.
- Поляков П.В.* Съезды земских врачей Тульской губернии (80–90-е гг. XIX в.) // КЛИО. 2006. № 2 (33). С. 145–148.
- Попов Д.И.* Культурно-просветительские общества в Сибири в конце XIX — начале XX в. Омск: Изд-во ОмГУ, 2006. 512 с.
- Семенова К.А.* Здравоохранение города Томска: Время становления (1860-е — 1919 г.). Томск: Изд-во ТГУ, 2010. 158 с.
- Темплинг В.Я.* Народная медицина русского населения Западной Сибири XIX в.: (Социокультурный аспект). Тюмень: Мандр и Ка, 2017. 224 с.

Труды первого губернского съезда сельских врачей Тобольской губернии (20 января — 4 февраля 1911 г.). Тобольск, 1913. 86+80+120 с.

Федотов Н.П., Мендрина Г.И. Очерки истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск, 1975. 260 с.

V.Ia. Templing

Tyumen Scientific Centre of Siberian Branch RAS
Malygina st., 86, Tyumen, 625026, Russian Federation
E-mail: tmp1@mail.ru

Consolidation of the rural medical community in the Tobolsk Governorate in the early 20th century

The present article is aimed at studying district congresses of rural doctors from the Tobolsk Governorate, a unique phenomenon in the history of the Siberian medical community. Congresses are considered to be an integral part and development indicator of the corporate social initiative, as well as the professional interaction of medical specialists. On the basis of documents being introduced into scientific circulation for the first time, the author analysed the activity of rural doctors within the paradigm of the general theory of modernisation, as well as characterised the materials of meetings, the range of issues under discussion, main recommendations and results. It is shown that the activity of the medical community was not limited to the work of scientific and practical societies of governorate centres — it was much wider and richer. The fact of holding two provincial and a number of district congresses in the Tobolsk Governorate (from 1903 to 1912) was established. District congresses became a place for establishing personal contacts between doctors, sharing opinions and experiences, formulating proposals, which were then discussed at the governorate forum and laid the foundation for administrative decisions. They demonstrated a strong motivation of rural specialists in medicine, which in fact began to develop in Siberia only starting from the late 1880s, for professional consolidation and for the development of common approaches to solving regional problems. The materials of district congresses also prove the formation of a new health model among the rural population, characteristic of modern society. A doctor became a familiar and necessary element of the social environment for a peasant. It should be noted that district congresses were not large-scale, they were not public mouthpieces, did not become the driving force of reforms and the generator of significant public projects. Their history was too short; the level of rural medicine and, in general, the entire medicine of the governorate was too low. Nevertheless, the need for professional consolidation and communication turned out to be so strong that it allowed doctors, albeit with the support of the administration, to carry out serious preparatory work in districts and hold two governorate congresses. Clearly, this constitutes definite evidence of qualitative changes in the state of the local medical community.

Key words: professional community, history of medicine, doctors' convention, rural medicine, medical station, feldsher station, hospital, non-governmental initiative.

Funding. The article is written within the framework of the State Project No. AAAA-A17-117050400150-2.

REFERENCES

- Blokhina N.N. (2011). Sanitary and hygienic aspect of the conventions of Russian natural scientists and doctors. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*, (2), 54–56. (Rus.).
- Fedotov N.P., Mendrina G.I. (1975). *The reviews on history of medicine and healthcare in Siberia*. Tomsk. (Rus.).
- Gorbushina A.A. (2016). Pirogov's conventions of doctors and feldsher staff: Problems of interactions (1907–1916). *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*, 174(9), 29–34. (Rus.).
- Krutovskiy V.M. (1911). *Analytical review on the history of medical society in the Yenisei Governorate for 25 years*. Krasnoyarsk. (Rus.).
- Luk'yanova T.V. (2017). The role of the conventions of local doctors in the development of sanitary organization in Perm Governorate. In: *Opera medica historica. Trudy po istorii meditsiny* (pp. 155–159). Moscow. (Rus.).
- Nikitina A. (2009). The role of the conventions of doctors in the development of local medicine in Ufa Governorate. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena*, (117), 72–77. (Rus.).
- Polyakov P.V. (2006). Conventions of local doctors in Tula Governorate (80–90s of the 19th c). *KLIO*, 33(2), 145–148. (Rus.).
- Popov D.I. (2006). *Cultural and educational societies in Siberia in the late 19th — early 20th centuries*. Omsk: Izdatel'stvo Omskogo gosudarstvennogo universiteta. (Rus.).
- Semenova K.A. (2010). *The health care of Tomsk: Formation period*. Tomsk: Izdatel'stvo Tomskogo universiteta. (Rus.).
- Templing V. (2017). Traditional medicine of the Russian population of Western Siberia of the XIX century: (Sociocultural aspect). Tyumen. (Rus.).



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Submitted: 20.11.2019

Accepted: 19.12.2019

Article is published: 02.03.2020