НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

УДК 930.23
doi: 10.18101/2305-753X-2018-1-3-10

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДАХ ЗАБАЙКАЛЬЯ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX — НАЧАЛА XX В.

© Паликова Татьяна Вадимовна
доктор исторических наук, доцент кафедры всеобщей истории,
Бурятский государственный университет
E-mail: palikova@mail.ru

Статья посвящена актуальной теме организации медицинской помощи в городах Забайкалья второй половины XIX — начале XX в. Определяя уровень развития медицины к середине века как неудовлетворительный, автор выделяет несколько факторов негативного отношения населения области к медицинскому обслуживанию: привычка лечения традиционными методами, недостаточность медицинского персонала всех уровней, недостаточность материальной базы медицинских учреждений. Реконструируя процесс организации медицинской помощи в обозначенный период, автор констатирует его поступательное движение, выраженное в постепенном преодолении недоверия горожан к профессиональной медицине, возраставшее по мере совершенствования урбанистических навыков и привития элементарных навыков здоровья и гигиены, прежде всего школьников, где не последнюю роль сыграли увеличение затрат городов на содержание больниц и аптек, рост числа медицинских учреждений, численности медицинского персонала, постепенная врачебная специализация, внедрения новых технологий обслуживания.
Ключевые слова: медицинская помощь населению, забайкальские города, вторая половина XIX — начало XX в.

Сохранение и воспроизводство человеческого потенциала — стратегического ресурса страны — одно из приоритетных направлений деятельности государства. Его изучение в настоящее время чрезвычайно актуально, ведь охрана здоровья граждан является гарантией благополучия державы. Вопрос об организации медицинской помощи в городах Забайкалья во второй половине XIX – начале XX в. до настоящего времени освещен фрагментарно, несмотря на очевидный накопленный предшествующими историками и историками медицины историографический багаж.

В распоряжении современного исследователя находится значительный комплекс неопубликованных и опубликованных источников, позволяющих всесторонне осветить данную тематику. Кроме специализированных фондов, значительный пласт информации содержится в фондах главного управления Восточной Сибири; губернского управления и областного правления, канцелярий генерал-губернатора и военного губернатора, областного статистического комитета; областного по городским делам присутствия, городских дум и управ, полицейских управлений всех уровней, воспоминаниях, в том числе и опубликованных, а также в разного рода дореволюционной справочной литературе и периодических изданиях.

Накануне отмены крепостного права городская сеть Забайкалья включала в себя 6 городов, в том числе вновь образованный на базе села в 1851 г. областной центр. Общая численность городского населения области в то время составляла 16331 чел. Наибольшее число горожан проживало в Троицкосавске со слободами, Чита по людности занимала 5 место, опережая лишь Баргузин.

Организация медицинской службы в Забайкалье находилась на крайне низком уровне развития, а медицинские заведения сосредоточивались исключительно в городах. Единственными лечебными учреждениями были 3 гражданских больницы на 130 мест (Верхнеудинск, Нерчинск, Троицкосавск), вплоть до конца 60-х XIX в. находившихся в структуре Иркутского Приказа общественного призрения (ПОП). Традиция, сформированная Приказом, будет сохраняться на протяжении десятков лет, и ставшие впоследствии городскими, больницы помимо лечения будут осуществлять и призрение, содержа физически и материально несостоятельных граждан («Одинокие, безродные, бесприютные и в то же время беспомощные и тяжело больные хроники превращались иногда в больнице в богадельщиков, что для больничного дела являлось, конечно, большим минусом»), совершая погребение умерших за счет больничных сумм. Причем затраты на погребение постоянно возрастали и в 1870-х гг. составляли в среднем 1 руб. 70 коп., в 1902 г. — 9 руб. 65 коп., а в 1905 г. — уже 16 руб. 43 коп. [4, л. 22; 5, л. 58; 7, л. 11].

На протяжении длительного времени медицинская помощь, предлагаемая больницами, не пользовалась успехом у населения. Этому во многом способствовали несколько факторов: во-первых, выработанная многими поколениями привычка обращаться при необходимости к знахарям или к ламам-лекарям, лечение которых было основано на многовековом опыте наблюдений за болезнями и использовании трав, особенно в сельской местности.

Во-вторых, недостаток профессионального медицинского персонала всех уровней, ставший расхожим замечанием в ежегодных отчетах военных губернаторов. Так, в губернаторском отчете за 1878 г. И. К. Педашенко сообщал, что в области служил «21 врач вместо положенных по Высочайше утвержденным штатам 52, следовательно, считая население области в 472 203 душ, 1 врач приходится на 22 487 душ» и делал вывод: «При таком недостатке врачебного медицинского персонала и огромном пространстве, занимаемом населением Забайкальской области, наличного числа врачей положительно недостает». Причем данное замечание в полной мере можно применить и к обслуживавшему персоналу. Младший медицинский персонал городской больницы Верхнеудинска в 1870-е гг. комплектовался из ссыльных, получавших за это жалование (не более 8 руб.), обмундирование и провиант, не восполнявших средний прожиточный минимум, в результате чего трудно было не только ожидать от них добросовестной работы, но и найти согласных на такие условия. Поэтому контора больницы была вынуждена нанимать вольнонаемных служителей за более высокое вознаграждение, назначенное городской Ратушей. Иногда дело приобретало парадоксальный характер, когда, например, в Троицкосавской больнице за недостаточностью женской прислуги за пациентками ухаживали санитары (1884) [6, л.2; 8, л.4].

В-третьих, недостаточность материальной базы вызывала сомнения в возможности получения квалифицированной помощи. Несмотря на значительные суммы, выделяемые ПОП, здания и обслуживание оставляли желать лучшего.

Вплоть до 1869 г., когда перейдя на баланс города и разместившись в двухэтажном каменном жилом доме, купленном у первогильдейцев Труневых, гражданская больница Верхнеудинска располагалась в старом, «деревянном здании, неуютном и угрюмом, с коридором по середине, и с комнатами по сторонам … в нем, в подвале помещался чей-то винный склад, и в одной из комнат жил сторож...» [9, л.2–2об.].

Как правило, больницы были плохо оборудованы, имели лишь самый необходимый и простой инструментарий и самые примитивные лекарственные средства. «Вообще от больницы [гражданская больница Верхнеудинска] веяло еще духом … гоголевского Артемия Филипповича, полагавшего, «что незачем убыточиться и выписывать дорогих лекарств. Человек простой, если умрет, то и так умрет, если выздоровеет, то и так выздоровеет». Соответствовали этому положению и методы лечения: в Верхнеудинске долгое время вспоминали «о визитациях одного доктора в больницу. В шубе, в шапке, оставшись в дверях палаты, он вопрошал: – Как, ребята, здоровье? Получив ответ: – Не извольте беспокоиться, ваше благородие, все благополучно», – он удалялся в сознании выполненного долга», или городского фельдшера Г. Д. Францева, который никогда не отказывал в помощи, но «в детской практике любил особенно широко, – надо и не надо – смазывать зевы и орудовал в них, как во втулках колесных, – сравнение тем более удачное, что и само лекарство было деготь», или цирюльника Рейфовича – специалиста по пиявкам и «по кровососным банкам, которыми тогда [1870–1980-е гг.] охотно и широко пользовались» [9, л. 2].

В-четвертых, совокупность предшествующих факторов привела к тому, что, например, городское общество Троицкосавска не вполне понимало значимость профессиональной медицинской помощи, о чем свидетельствует факт нежелания выделить средства на капитальный ремонт здания городской больницы, которое постепенно приходило в негодность, вследствие чего размещение в нем больных к 1876 г. стало невозможным. Справедливости ради отметим, что больница содержалась ПОП, и здание не принадлежало городу, в то время как на городском балансе находилась Александровская лечебница, учрежденная на пожертвованные жителями города суммы с ежегодным субсидированием (150 руб.). После длительных переговоров городского головы с городским обществом деньги в размере 1600 руб. все-таки были выделены. В последующем новое Городовое положение (1892) и Лечебный устав (1893) вообще исключили из обязанностей городского общественного управления содержание лечебных заведений и позволили «ему … преобразовывать или даже совершенно упразднять учреждаемые ими по своему усмотрению и за свой счет лечебные заведения, если это представляется… необходимым» [2, л. 13].

С течением времени совершенствование организации медицинской помощи и представлений о гигиене, развивавшихся параллельно с совершенствованием самих урбанистических навыков, приводило к постепенному преодолению недоверия населения к профессиональной медицине. Говоря о гигиенических навыках, стоить отметить, что их привитие начиналось со среднего школьного возраста. В частности, в 7 классе Верхнеудинского реального училища один раз в неделю М. В. Танский проводил урок по гигиене (1908), а через 2 года он был приглашен на должность врача женской гимназии и одновременно преподавал

естественную историю (5–6 кл.), анатомию, физиологию и гигиену (7–8 кл.). Причем должность врача, задача которого заключалась в привитии элементарных навыков здоровья, стала практически обязательной не только в министерских школах области, но и в школах церковного ведомства, особое внимание обращалось на физическую подготовку школьников и школьниц (при средних учебных заведениях были возведены гимнастические городки), что можно рассматривать как начатки профилактики заболеваемости. Сама же забота о здоровом и физически развитом подрастающем поколении свидетельствует о существенном сдвиге в общественном сознании, подвергшемся влиянию модернизационных процессов, активно проникавших в Забайкалье в начале XX в.

Увеличение численности населения области (672037 чел., из них горожан — 42778 чел., 1897), появление новых отраслей хозяйства (все население области владело 62 профессиями, 1897) привели к увеличению числа городских и ведомственных лечебных заведений: помимо 4 больниц (Чита, Верхнеудинск, Нерчинск, Троицкосавск), в Чите и Верхнеудинске работали 2 тюремных больницы и 2 лазарета Красного Креста, в Чите железнодорожная и больницы при мужской и женской гимназиях (в общей сложности на 295 мест за исключением тюремных) [15].

Горожане находились в более благоприятной медицинской среде и имели возможность чаще, чем сельские жители обращаться за врачебной помощью и госпитализироваться, однако данные медицинской статистики позволяют утверждать, что все-таки для населения области амбулаторное лечение было предпочтительней «больничного призрения». Причем цифра пациентов, получавших лечение на дому, оставалась почти неизменной вплоть до 10-х гг. XX в.: в 1888 г. 89% , в 1890 — 87%, в 1907 г. — 90%. В то же время не каждого нуждающегося в госпитализации больного, как правило, из низших слоев населения городов могли принять больницы. Так, в 1903 г. 20-местная Верхнеудинская городская больница была вынуждена отказать в стационарном лечении 31 пациенту за неимением свободных мест при среднесуточной загрузке в 19 человек. Это тем более зримый показатель доверия граждан к врачебной помощи, учитывая, что в конце 50-х гг. XIX в. в той же больнице, рассчитанной тогда на 77 коек, ежедневно пребывало не более 1 пациента. Другим показателем, на наш взгляд, может считаться организация частных клиник как коммерческих предприятий, предлагавших квалифицированные услуги с использованием технических средств. Причем качество медицинской помощи гарантировалось именем врачей, как, например, лечебница врачей П. К. Флегонтова и М. И. Шергова, одним из методов лечения в которой была физиотерапия и использовался рентген. Однако в отличие от городских лечебных учреждений лечение в таких заведениях было довольно дорогим — от 2 руб. 50 коп. до 3 руб. 50 коп. за койку в сутки, но памятуя не слишком высоком уровне жизни в области, врачи практиковали социально ориентированное обслуживание по методам и стоимости. Так, бедные пациенты могли получить медицинский совет бесплатно, а более состоятельные пациенты за 50 коп. [11].

Излечение страдающего населения невозможно без использования медикаментозных средств. Поэтому в XIX в. население городов обслуживали 5 аптек и аптекарский магазин, на Верхнеудинской ярмарке открывалось отделение Иркутского аптекарского магазина и лишь в начале XX в. число аптек в городах удвоилось, в том числе и за счет аптек при лазаретах Красного Креста. Доступно-

сти лекарственных средств способствовали некоторые меры, предпринимаемые городскими властями, в частности выдача бесплатных лекарств для материально необеспеченного населения или сословными управлениями, оплачивавшими выдачу медикаментов своим членам. Дальнейшее развитие системы обеспечения населения снадобьями связано с круглосуточным отпуском лекарственных средств. Такой режим работы был установлен, например, в 1901 г. в верхнеудинской общественной вольной аптеке.

Как говорилось выше, Забайкалье всегда страдало от недостатка врачей. В 1880-х гг. в городах насчитывалось в среднем 3 городовых и 1 общественный врач, 4 фельдшера и 1 больничный, 4 городовых и 3 общественных повивальных бабки. В 1890-х гг. положение несколько улучшилось: городское население обслуживали 21 городской и общественный врач, 6 фельдшеров, 14 повивальных бабок, в том числе вольнопрактикующих, зубной врач. К началу XX в. городах насчитывалось 25 врачей, 29 фельдшеров, 18 акушерок и повивальных бабок, 13 фармацевтов, зубной врач и дантист, и их численность постоянно увеличивалась. Дальнейшее развитие высших медицинских кадров связано с начальным этапом формирования врачебной специализации, о чем свидетельствовала газетная реклама, предлагавшая разнообразные медицинские услуги частного характера. Только за 1909 г. газета «Даурский край» (Чита) опубликовала объявления 17 врачей по специальностям: акушерство и гинекология, детские, внутренние, кожно-венерологические, нервные, мочеполовые, офтальмологические, отоларингологические и зубные болезни. При этом узкая врачебная специализация не исключала того факта, что все медики высшего звена в таких отдаленных от центра районах были по сути специалистами широкого профиля: «…врачу в больнице приходилось быть универсалом, хотя бы по одному тому, что воинское присутствие ежегодно посылало в больницу на испытание призывников по воинской повинности. Приходилось разбираться в ушных, горловых, глазных, нервных, психических и других заболеваниях и давать свои заключения». Вообще частная практика была довольно развита, особенно часто к ней прибегали представители высших слоев городов и офицерские семьи близлежащих воинских частей, причем она приносила неплохой дополнительный доход практикующему врачу. По свидетельству, М. В. Танского, бывали годы, когда доход от нее доходил до 5–7 тыс руб. в год, в то время как выплата жалования городскому врачу в это же время (1904–1906) составляла 980 руб., включая столовые, и почти удвоилась в сравнении с 1871 г.

Рост численного состава медиков способствовал созданию первого врачебного объединения в Чите — Забайкальского общества врачей, члены которого в 10-е гг. XX в. пришли к осознанию необходимости устройства «карет скорой помощи и ночного дежурства врачей», созданию диспетчерской для обращения за помощью с «неотлучно находящимся дома дежурным врачом» и «госпитальными фургонами для транспортировки больных». При этом предполагалось, что «оказание помощи на дому в ночное время в тех случаях, когда больные не в состоянии или не пожелают уплатить гонорар врачу, городская управа оплачивает каждый врачебный ночной визит» [10, л. 11].

Постоянно росли и расходы городов на содержание медицинской части: на рубеже веков городами затрачивалось 41 836 руб., что составило 28% от всех за-

трат области на эти статьи, в начале XX в. — расходы увеличились еще в 1,5 раза, к 1909 г. — еще в 2,2 раза (табл. 5).

Таблица 5

Совокупные расходы городов Забайкалья на медицинскую часть в начале XX в. [12, С. 100–101; 13, С. 86; 14, С. 114–115]

Статьи расходов \ годы	1904	1907	1909
1. Содержание лечебных заведений	35 334	71 010	93 771
2. Содержание врачей	6 000	7 800	9 909
3. Фельдшеров и акушерок	3 200	3 200	11 142
4. Фармацевтов	–	3 920	3 980
5. Бесплатная выдача лекарств	3 664	3 500	2 269
6. Расходы на оспопрививание			663
7. Расходы на борьбу с эпидемиями			4 068
8. Расходы на оздоровление населенных мест	–	–	365
9. Прочие расходы			12 768
Всего	48 198	89 430	138 935

Безусловно, увеличение финансирования на медицинскую часть не могло не сказаться на состоянии материальной базы медицинских учреждений, в которых появлялись новые отделения, разнообразный инстументарий, специалисты, которые могли осуществлять лечебные процедуры, используя последние достижения в этой сфере. В то же время не стоит замалчивать и тот факт, что городские больницы являлись постоянным источником материального ущерба городскому бюджету, который становился все более значительным. Так, поступления от городской больницы Верхнеудинска в 1906 г. выросли в 13 раз (в сравнении с 1897 г.), а расходы городской думы — в 14,5 раза. Причиной подобной диспропорции стала сформировавшаяся за длительное время традиция, в соответствии с которой плата за лечение (1 руб. в сутки) вносилась в больничную кассу после выписки из стационара, что осложняло ее взимание, поскольку зачастую должники «по выписке из больницы бесследно исчезали из кругозора управы», вынужденной вести бесплодную переписку с ними или с городскими управами других городов, если пациент был иногородним. Амбулаторный же прием был добровольно платным — в приемной висела опечатанная печатью городской управы кружка для доброхотных пожертвований, которые за год в общей сложности едва достигали 100 руб. Не помогла и установленная необязательная, но с выдачей квитанций 20-ти копеечная плата за прием, которая далеко не всеми уплачивалась. Это негативным образом отражалось на материальной базе больниц и могло привести к вопиющим последствиям. В марте 1901 г. городской врач обращаясь в Верхнеудинскую городскую управу с просьбой провести осмотр больничных помещений, сообщал о том, что упавшая с потолка в одной из палат штукатурка «прямо на лежащего на кровати больного офицера», серьезно поранила его, усугубив его состояние [3, л. 2].

Чтобы хоть как-то изменить ситуацию городская дума начала обсуждение вопроса о введении больничного сбора с горожан по примеру других российских городов, где таковой взимался в размере 1–2 руб. с человека, т. е. речь, в сущности, шла об элементах «страховой медицины».

В заключение обзора организации медицинской помощи в городах Забайкалья во второй половине XIX – начале XX в., следует подвести некоторые итоги. Представленный текст не претендует на всеохватность, он лишь определяет общие тенденции в данной проблематике, но позволяет утверждать: сфера медицинской помощи развивалась поступательно, причем поступательность характерна для всех ее сторон. По мере осуществления в стране модернизационных преобразований, постепенного включения Забайкальской области в общероссийские процессы, особенно с проведением Транссиба, отмечается постепенное возрастание доверия граждан к профессиональной медицине, проявляющееся в увеличении обращений в городские общественные медицинские учреждения, в том числе и благодаря тем изменениям, которые происходили в организации врачебной помощи: увеличению материальных затрат на содержание и переоборудование больниц, внедрение новых технологий обслуживания населения, специализации врачебной помощи, расширения доступности и вариативности медицинских услуг.

Литература

1. Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ). Ф. 10. Оп. 1. Д. 1081.
2. ГАРБ. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1585.
3. ГАРБ. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1619.
4. ГАРБ. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1709
5. ГАРБ. Ф. 10. Оп. 1. Д. 1921.
6. ГАРБ. Ф 338. Оп. 1. Д. 24.
7. ГАРБ. Ф. 349. Оп. 1. Д. 4.
8. ГАРБ. Ф. 349. Оп. 1. Д. 12.
9. ГАРБ. Ф. 1778. Оп. 1. Д. 10.
10. Государственный архив Забайкальского края (ГАЗК). Ф. 1(о). Оп. 1. Д. 6898.
11. Забайкальская новь. — 1909. 19 февр.
12. Обзор Забайкальской области за 1904 год. — Чита, 1905.
13. Обзор Забайкальской области за 1907 г. — Чита, 1908.
14. Обзор Забайкальской области за 1909 г. — Чита, 1910.
15. Паликова Т. В. Социальное, экономическое и культурное развитие городов Забайкальской области во второй половине XIX — начале XX в. : дис. … д-ра ист. наук : 07.00.02. [Место защиты: Бурят. гос. ун-т]. — Улан-Удэ, 2012. — 495 с.

References

1. Gosudarstvennyi arkhiv Respubliki Buryatiya (GARB). F. 10. Op. 1. D. 1081.
2. GARB. F. 10. Op. 1. D. 1585.
3. GARB. F. 10. Op. 1. D. 1619.
4. GARB. F. 10. Op. 1. D. 1709
5. GARB. F. 10. Op. 1. D. 1921.
6. GARB. F 338. Op. 1. D. 24.
7. GARB. F. 349. Op. 1. D. 4.
8. GARB. F. 349. Op. 1. D. 12.
9. GARB. F. 1778. Op. 1. D. 10.
10. Gosudarstvennyi arkhiv Zabaikal'skogo kraya (GAZK). F. 1(o). Op. 1. D. 6898.
11. Zabaikal'skaya nov'. — 1909. 19 fevr.
12. Obzor Zabaikal'skoi oblasti za 1904 god. — Chita, 1905.
13. Obzor Zabaikal'skoi oblasti za 1907 g. — Chita, 1908.
14. Obzor Zabaikal'skoi oblasti za 1909 g. — Chita, 1910.
15. Palikova T. V. Sotsial'noe, ekonomicheskoe i kul'turnoe razvitie gorodov Zabaikal'skoi oblasti vo vtoroi polovine XIX — nachale XX v.: dis. … d-ra ist. nauk : 07.00.02. [Mesto zashchity: Buryat. gos. un-t]. — Ulan-Ude, 2012. — 495 p.

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN TOWNS OF TRANSBAIKAL IN THE SECOND HALF OF THE 19th — THE BEGINNING OF THE 20th CENTURY

Tatyana V. Palikova
Dr. Sci (History), A/Prof.
Department of General History
Buryat State University
E-mail: palikova@mail.ru

The article is devoted to the topical issue of medical care organization in Transbaikalian towns in the second half of the 19th — the beginning of the 20th century. Having defined the level of medicine development by the middle of the century as unsatisfactory, we outline several factors of negative attitude of the population in the region towards medical care: the use of conventional treatments, the shortage of medical personnel at all levels, a lack of facilities and resources at medical institutions. Reconstructing the process of medical care organization during the mentioned period, we note its forward development, expressed in the gradual overcoming of the mistrust of townspeople towards professional medicine. Public trust increased with the improvement of urban skills and adoption of elementary health habits, especially by schoolchildren. Such factors as the increasing municipal support for hospitals and pharmacies, growth in the number of medical institutions and medical personnel, gradual medical specialization, and implementation of new service technologies has played not the least role in this process.
Keywords: medical assistance for population, Transbaikalian towns, the second half of the 19th — the beginning of the 20th century.