

*И. В. Егорышева, Е. В. Шерстнева,
С. Г. Гончарова*

**Медицина городских
общественных
самоуправлений в России**

УДК 616:93
ББК 5г
Е81

Рецензенты:

С. Н. Кабанова — доктор медицинских наук;
В. М. Остапенко — доктор медицинских наук.

Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Гончарова С. Г.

Е81 Медицина городских общественных самоуправлений в России.— М.: «Шико», 2017.— 176 с.
ISBN 978-5-900758-86-2

Монография посвящена истории одной из форм муниципального здравоохранения России — медицине городских самоуправлений, получившей развитие в конце XIX—начале XX вв. Авторами проанализированы истоки и особенности развития городской медицины, ее отличия от земской медицины, рассмотрены лечебная и санитарная деятельность городских самоуправлений, их вклад в благоустройство городов, показана роль Всероссийского союза городов в организации помощи раненым и беженцам, борьбе с эпидемиями в годы Первой мировой войны.

ББК 5г
УДК 616:93

ISBN 978-5-900758-86-2

© Егорышева И. В.,
Шерстнева Е. В.,
Гончарова С. Г., 2017

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Истоки медицины городских самоуправлений в России (XVIII — первая половина XIX вв.)	8
Глава 2. Становление и особенности развития городской медицины в пореформенной России	17
2.1. Ситуация в городах после отмены крепостного права и реформа городского самоуправления 1870 г.	17
2.2. Особенности развития городской медицины	23
2.3. Городская медицина и медицинская общественность	35
2.4. Состояние городской медицины перед Первой мировой войной	45
Глава 3. Городская лечебная помощь	49
3.1. Особенности развития лечебного дела в городской медицине	49
3.2. Становление городской внебольничной помощи	52
3.3. Развитие городского больничного дела	57
3.4. Проблемы организации родовспоможения в городах	67
3.5. Участие городских самоуправлений в развитии новых видов лечебной помощи (скорая помощь, ночные дежурства врачей)	74
3.6. Деятельность городских общественных самоуправлений в сфере лекарственного обеспечения населения.	78
Глава 4. Санитарная деятельность городских самоуправлений	85
4.1. Санитарные организации городов	85
4.2. Противоэпидемическая деятельность	98
4.3. Деятельность городских санитарных организаций в области водоснабжения и канализации	109
4.4. Организация санитарно-пищевого надзора	119
4.5. Санитарно-ветеринарный надзор	127
4.6. Школьно-санитарный надзор	128
4.7. Развитие жилищной санитарии в городах, углубление специализации санитарного дела	134
4.8. Санитарная статистка в городах	139

Глава 5. Всероссийский союз городов в годы Первой мировой войны (1914—1917)	145
5.1. Роль Всероссийского союза городов в организации помощи больным и раненым воинам	145
5.2. Деятельность Всероссийского союза городов в борьбе с эпидемиями	150
5.3. Организация медико-санитарной помощи беженцам	154
Заключение	161

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы здравоохранения в России приобретают в последние годы все большую важность. Поддержание здоровья населения в стране стало стратегической задачей с точки зрения национальной безопасности в связи с неблагоприятной демографической ситуацией и ростом заболеваемости. В настоящее время проблема организации здравоохранения как системы приобрела особую значимость. Современный этап характеризуется повышением роли субъектов Федерации и местных органов власти в решении проблем охраны здоровья населения, что и определяет интерес к истории становления и развития муниципального здравоохранения в нашей стране.

В России становление муниципального здравоохранения связано с проведением двух реформ местного самоуправления — земской (1864) и городской (1870). Традиционно большее внимание отечественные исследователи уделяли медицине земских самоуправлений — оригинальной системе организации доступной медицинской помощи сельскому населению. В то же время медицина городских самоуправлений до сих пор остается малоизученной темой. Если на краеведческом уровне некоторые исследователи касались этой проблемы, то обобщающих работ по истории городской медицины России до сих пор не имеется.

Термин «городская медицина» вошел в употребление в конце XIX в. Под городской медициной понимали лечебную помощь и санитарные мероприятия, организуемые на средства городских самоуправлений.

Уже в конце XIX в. появились публикации, посвященные городским самоуправлениям. Однако социальные аспекты деятельности городских дум и управ были затронуты лишь в работах И. И. Дитятина, С. А. Приклонского, Г. И. Шрейдера. Советскими историками данная проблема практически не разрабатывалась. Интерес к этой теме вновь возник в связи с переосмыслением истории России и развернувшейся в современном обществе дискуссией о роли местного самоуправления в системе государственного устройства. Наибольшего внимания заслуживает работа В. А. Нардовой «Городское самоуправление в России в 60-х — начале 90-х годов XIX в.» (Л., 1984). Из научных исследований последних лет следует отме-

тить работы Л. В. Вяликовой, Н. Д. Судавцова, А. Б. Асташова, посвященные деятельности земских и городских самоуправлений в годы Первой мировой войны.

Однако внимание авторов традиционно оставалось сосредоточенным на организационных и общественно-политических аспектах деятельности городских дум и управ в различные исторические периоды — с 60-х годов XIX в. до начала и в годы Первой мировой войны. Вопросы организации лечебно-санитарного дела в городах, как правило, не попадали в поле зрения историков.

Первой попыткой обобщения и статистического анализа развития городской медицины в России следует признать работу П. А. Грацианова «Очерк лечебно-санитарной организации в городах» (1899), основанную на материалах 61 города. Особое внимание автор уделил вопросам финансирования лечебно-санитарной деятельности. Изучение состояния городской медицины продолжили А. А. Чертов и Д. Н. Жбанков, результатом чего стало издание двух сборников (1903 и 1915 гг.), отражавших состояние лечебно-санитарной организации и постановку лечебной и санитарной деятельности в городах России. Кроме того, в 1915 г. была опубликована статья Д. Н. Жбанкова «Некоторые итоги устройства городского лечебно-санитарного дела», где был проанализирован материал по 224 российским городам. В ней были отражены такие важные моменты, как состояние лечебно-санитарных городских организаций к началу Первой мировой войны, виды лечебной и направления санитарной деятельности, уровень их развития, вопросы финансирования, указаны препятствия на пути совершенствования городской медицины. Перечисленные выше работы до настоящего времени остаются основными источниками по проблеме истории городского лечебно-санитарного дела. Других обобщающих исследований до настоящего времени не предпринималось, имелись лишь отдельные очерки начала XX в., посвященные истории лечебно-санитарной организации Москвы (Л. Грановский, В. П. Успенский), санитарной организации Петербурга (А. Н. Оппенгейм).

Отдельные сведения о лечебных учреждениях, подведомственных городским самоуправлениям, можно найти в работах В. А. Базанова, В. И. Селиванова и Е. Ф. Селиванова, М. Я. Яровинского, Е. Л. Коноплевой, З. М. Агеевой и Л. И. Пекарской и ряда других исследователей.

Санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая деятельность городских лечебно-санитарных органов и учреждений частично освещена в работе Е. И. Лотовой «Интеллигенция и вопросы общественной гигиены» (М., 1962) и в написанной ею главе сборника «Очерки истории русской общественной медицины» (М., 1965), в монографии Е. И. Лотовой и Х. И. Идельчик «Борьба с инфекционными болезнями в

СССР 1917—1967. Очерки истории» (М., 1967), в работе И. Д. Страшуна «Русская общественная медицина между двумя революциями. 1907—1917 гг.» (М., 1964). Материал о развитии санитарной статистики в городах содержится в очерках О. В. Грининой и Е. Я. Белицкой, помещенных в книге «Очерки истории отечественной санитарной статистики», вышедшей в 1966 г. под редакцией А. М. Меркова, в монографии «Санитарно-эпидемиологическая служба и ее руководители», вышедшей под редакцией Г. Г. Онищенко в 2003 г.

В выполненных в последние годы юридических и исторических исследованиях по проблемам местного самоуправления деятельность муниципалитетов в медицинской и санитарной сфере не представлена. Такая попытка впервые предпринята в настоящем исследовании Отдела истории медицины ННИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

В работе использован широкий круг источников: медицинское законодательство, отчеты городских самоуправлений, статистические материалы по городской медицине, материалы правительственных комиссий по вопросам оздоровления городов, труды Пироговских съездов, медицинская периодика и др. Центральное место в ряду источников занимают сборники по городскому врачебно-санитарному делу А. А. Чертова (1903) и Д. Н. Жбанкова (1915).

В настоящем исследовании рассмотрена предыстория городской медицины (первые попытки введения медицины городских самоуправлений предпринимались еще в середине XVIII в.), изучены законодательная база и способы финансирования городской медицины, рассмотрена деятельность городских лечебных учреждений разных типов и постановка санитарного дела в городах, показана роль медицинских обществ и представителей медицинской науки в совершенствовании организационных форм и практической деятельности учреждений городской медицины. В исследовании проведены исторические параллели между развитием городской и земской медицины, выявлены особенности развития медицины городских самоуправлений.

ИСТОКИ МЕДИЦИНЫ ГОРОДСКИХ САМОУПРАВЛЕНИЙ В РОССИИ (XVIII — ПЕРВАЯ ПОЛОВИНА XIX вв.)

Термин «городская медицина» возник в русской литературе в конце XIX в. по аналогии с земской, фабричной медициной. Под городской медициной подразумевались медицинское обслуживание населения и санитарные мероприятия, осуществляемые и финансируемые городскими самоуправлениями. Термин этот использовался в дореволюционной литературе и употребляется в настоящее время в исторических исследованиях. Зачатки городской медицины появились уже в XVIII в., что было связано с зарождением элементов городского самоуправления в России.

Следует отметить, что примеры городского самоуправления встречались еще в глубокой древности. Многие земледельческие общины Финикии, Греции и Италии, развившиеся в мощные торгово-промышленные городские общины, пользовались правом самоуправления и государственной независимостью. Впоследствии правом самоуправления пользовались многие города римских провинций, причем их самостоятельность сочеталась уже с подчинением государству. В средние века, когда стали возникать отдельные городские республики (ганзейская, итальянская и др.), самоуправление в них постепенно приняло такую же форму, как и в римских городах, когда элементы самоуправления сосуществовали одновременно с подчинением государству. В древней истории России также имелись примеры городского самоуправления — в Новгороде и Пскове, управлявшихся на демократических началах. Но со времени правления Ивана IV подобных примеров уже не встречалось.

В 1699 г. Петр I, желая предоставить городскому сословию полное самоуправление по западному типу, приказал учредить в Москве Бурмистерскую палату (позднее — Главный магистрат), а в городах — магистраты, ведавшие сбором налогов и благоустройством. В состав этих учреждений входили лица, избранные населением. Основное назначение этих органов состояло в сборе налогов и раскладке податей и повинностей между членами торгово-промышленного сословия. Ни права расходовать собранные суммы, ни своего имущества у мест-

ных органов самоуправления первоначально не было. Эта реформа, положившая начало городскому самоуправлению в России, не коснулась Сибири, потому что там «людишки худые, скудные» и им «в сборе денежной казны верить нечему» [2].

Позднее Регламентом Главному магистрату 1721 г. и инструкциями Городовым магистратам 1724 г. функции местных органов самоуправления были расширены. Помимо сбора налогов, магистраты должны были заботиться о заведении школ, сиротских и смиренных домов, госпиталей, домов для призрения нищих, создавать «домы, где от разных болезней бедных людей лечат и в призрении имеют» [9]. В то же время заведение этими учреждениями возлагалось на органы полицейской власти. Однако эта идея в то время не была реализована.

Несмотря на то что магистраты были заимствованы из Европы, где они были независимыми общинно-городскими учреждениями, в России они оказались правительственными органами, хотя и были построены на выборном начале. После смерти Петра I указом от 1727 г. магистраты были подчинены губернаторам и воеводам, отчего выбранные городом бурмистры окончательно потеряли всякую самостоятельность.

В царствование Петра I городское население России насчитывало лишь 328 тыс. человек — 3,0% от всего населения страны. К концу века, в 1796 г., число жителей городов выросло до 1,3 млн человек, что составляло 4,1% [4]. Уже в начале XVIII в. на городскую службу стали определять военных врачей, «которые хотя к полевым службам не в состоянии, но к пользованию больных еще способны». В дальнейшем это нашло подтверждение в Указе Сената от 10 мая 1737 г., в соответствии с которым в городах Европейской России вводилось 56 штатных должностей городских врачей, не считая Москвы и Петербурга, где уже существовала должность штадт-физика, содержавшегося на государственные средства. Городским лекарям жалованье и квартиру должны были оплачивать городские магистраты [10]. Многие города уклонялись от содержания врачей, и Сенат неоднократно издавал указы о своевременной выплате им жалованья, угрожая взысканием штрафов [11].

Как писал известный историк медицины XIX в. Я. А. Чистович, «Россия в эти годы вела войну с Турцией, содержала большое число войск и так нуждалась в лекарях, что Медицинская канцелярия не только не могла найти ни одного лекаря для городов, но, напротив, по городам собирала всех более или менее годных к полевой службе и посылала в армию» [18]. В результате в 1756 г. вместо 56 предусмотренных Указом городских лекарей было только 26. Я. А. Чистович приводит

перечень имен первых городских лекарей с указанием времени их назначения на должность [18]:

Стародуб	Joh. Gergekopfts (1740)
Переяславль-Рязанский	Август Тейбель (1741)
Иркутск	Joh. Christ Wachsmann (1742)
Нижний Новгород	Никита Сканщикова (1742)
Тула	Михаил Шидловский (1745)
Углич	Лев Емельянов (1746)
Белгород	Nicol. Klarck (1748)
Владимир	Joh. Zederkopff (1750)
Вологда	Christoph. Greffendorff (1750)
Кострома	Joh. Locher (1750)
Севск	Иосиф Шумлянский (1751)
Сумы	Joh. Jac. Huort (1751)
Галич	Karl Teschleff (1752)
Тверь	Philipp Storr (1752)
Суздаль	Crist. Friedr. Sonderr (1753)
Тамбов	Иван Даев (1753)
Елец	Василий Пекарев (1753)
Переславль-Залесский	Friedr. Rampau (1753)
Калуга	Heinr. Schowe (1753)
Арзамас	Christoph. Schultz (1754)
Великий Устюг	Ignat. Hademann (1754)
Ярославль	Pet. Nowy (1755)
Острогжск	Логин Новиков (1755)
Новгород	Georg Gnad (1755)
Харьков	Heinr. Grunenthal (1756)
Ахтырка	Nicol. Such (1756)

Первые городские врачи внесли посильный вклад в дело борьбы с эпидемиями и организацию родовспоможения в городах.

В середине XVIII в. функции санитарного надзора в городах осуществляли органы полицейского управления во главе с воеводами. По свидетельству историка С. М. Соловьева, в царствование Елизаветы Петровны Сенат неоднократно констатировал «слабое и нерадетельное смотрение» городских властей за порядком. «Язвительный смрад» стоял даже на улицах таких городов, как Киев [16]. Магистраты часто отказывались выполнять предписания полиции о мерах против распространения эпидемий. В результате Сенат приказывал магистратам помогать воеводам и «в точном к прекращению болезни послушании быть» [3]. В 1752 г., когда императрица Елизавета собралась посетить Москву, Сенат вынужден был сам организовывать очистку и приведение в порядок города. Генерал-прокурор докладывал в Сенате о лавках в Китай-городе, заваленных навозом и грязью, счищаемой с улиц, непроходимой

грязи на Соборной площади в Кремле перед зданием Коллегии, горах щебня и мусора перед Грановитой палатой и кремлевскими соборами, из-за чего трудно было передвигаться по Кремлю [17, с. 203]. Неудивительно, что при таком отношении магистратов к вопросам городской гигиены санитарная полиция по указу Екатерины II 1775 г. «Учреждения для управления губерний Всероссийской империи» была передана в руки городничего или коменданта, а не городских властей.

Учрежденные в губернских городах согласно этому указу приказы общественного призрения, создававшие приюты, богадельни и лечебные учреждения, функционировали независимо от городских самоуправлений и лишь в середине XIX в. стали привлекать городского голову к участию в попечительных и больничных советах. При этом городские управы губернских городов оказывали финансовую поддержку приказным учреждениям и отчисляли в пользу приказов штрафы, получаемые с горожан.

Согласно штатному расписанию, определенному указом 1775 г., в каждом уезде должны были быть уездный доктор, лекарь, два подлекаря и два лекарских ученика. В то же время должности губернских и городских врачей не были предусмотрены.

В 1797 г. были учреждены губернские врачебные управы, включавшие врачебного инспектора, акушера и оператора. Весь этот медицинский персонал находился на казенном обеспечении. Два десятилетия спустя, в указе Государственного совета от 17 октября 1817 г., было дано новое штатное расписание губернского медицинского персонала, в котором были перечислены инспектор, акушер, оператор и уездные врачи, но городские врачи по-прежнему в нем отсутствовали.

Основным законодательным документом, регулировавшим устройство городского общественного управления вплоть до начала 70-х годов XIX в., являлась изданная Екатериной II в 1785 г. «Жалованная грамота городам». Этот документ окончательно определял понятие о городе как о юридическом лице. Структура городского самоуправления складывалась из выборных органов: собрания городских представителей, собиравшегося один раз в три года, а также избираемой им Общей и Шестигласной думы (по одному представителю от каждого разряда обывателей), на которую возлагалось заведование всем городским хозяйством, и городского головы. Регулярно функционирующим органом являлась Шестигласная дума, заседавшая еженедельно и решавшая все текущие вопросы [12].

Уже в первой половине XIX в. городское самоуправление, номинально всесословное, стало купеческо-мещанским. Городские думы, превратившиеся в слепых исполнителей распоряжений губернаторов и городничих, не имели права решать самостоятельно даже мелкие хозяйственные вопросы [7].

По признанию Министерства внутренних дел, за редким исключением, исполнительные функции городского общественного управления фактически находились в руках чиновников, поскольку купцы, избравшиеся в думы, не были подготовлены к такой деятельности и даже не обладали достаточной грамотностью. Служба на городских выборных должностях была непрестижна и обременительна. Как писал министр внутренних дел С. С. Ланской в представлении в Государственный совет 31 марта 1858 г., «Лица городского общества прибегают к различным, иногда даже противозаконным средствам, чтобы только уклониться от должностей даже самых почетных, например, городского головы, они жертвуют для сего значительные суммы денег в благотворительные заведения, нанимают вместо себя других из своего общества, представляют свидетельства о болезни, не являются на службу по целым годам и высылаются на оную через посредство полиции» [7, с. 288]. Все это не способствовало решению проблемы медицинского обслуживания горожан.

В начале XIX в. уже во всех губернских городах имелись больницы приказов общественного призрения. Здесь же в основном размещались госпитали военных ведомств, а также лечебные учреждения, «состоящие под высочайшим покровительством». Лечебные учреждения, состоящие в ведомстве императрицы Марии Федоровны, содержались на средства приказов общественного призрения, пожертвования, государственные ассигнования, но также и на городские средства. Так, основанная в 1833 г. 1-я Градская больница в Москве, формально состоявшая в ведомстве императрицы Марии Федоровны, полностью содержалась на средства городской думы. И это был не единичный случай.

Медицинское обеспечение жителей уездных и прочих (заштатных) городов России находилось на гораздо более низком уровне. Эти города, согласно Уставу об общественном призрении, имели право с дозволения властей создавать лечебные учреждения на общих основаниях. В польских, прибалтийских и некоторых украинских губерниях (Полтавской и Черниговской) благотворительные учреждения содержались на городские средства.

В 1826 г. Министерство внутренних дел подготовило положение о больницах, согласно которому в ведении приказов общественного призрения находились только лечебные учреждения в губернских городах. Больницы в уездных и прочих городах должны были финансироваться и управляться городскими самоуправлениями. В связи с этим положением в 20—30-е годы XIX в. в первую очередь были созданы уездные городские больницы, которыми руководили уездные врачи, совмещая эту работу с прочими многочисленными функциями, включавшими не только непосредственное оказание медицин-

ской помощи горожанам, но и организацию борьбы с эпидемиями, судебно-медицинские обязанности, освидетельствование рекрутов и пр.

С 1817 г. в отдельных городах России вновь появляется должность городского врача, которого по добровольному решению обывателей город мог содержать на свои средства. Позднее в разъяснениях Министерства внутренних дел от 15 января 1836 г. говорилось уже не о добровольном, а об обязательном содержании городских врачей: «Как во время частых, иногда продолжительных отлучек из города уездного врача, лежащие на нем служебные по городу обязанности все не соблюдаются, в особенности же жители города и больные в градских и тюремных больницах остаются безо всякого врачебного надзора и пособия, то Министерство внутренних дел признало необходимым назначить во все города сверх уездных городских врачей с назначением из городских доходов равного с уездными врачами жалованья. В тех городах, где доходов таковых за необходимыми расходами недостаточно на производство этим врачам жалованья, назначить оное из сумм приказов общественного призрения» [14].

В функции городских врачей входило руководство городскими больницами, судебно-медицинская экспертиза, проведение санитарных мероприятий, борьба с эпидемиями. В отсутствие уездных городские врачи должны были заменять их [15].

Переписка Медицинского департамента Министерства внутренних дел с губернской администрацией свидетельствует, что все городские власти без исключения высказывались за то, чтобы иметь городских врачей, но при условии, чтобы жалованье врачам шло не из городских средств, а от казны. Однако министерство, невзирая на сопротивление местной администрации, в середине 30-х годов XIX в. стало направлять врачей на городскую службу на вышеуказанных условиях. Интересно, что направляемые министерством в города врачи принимали присягу в губернских врачебных управах.

Из-за дефицита врачебных кадров должности городских врачей не были полностью замещены до середины XIX в. В 1827 г. в соответствии со штатным расписанием неоставало 22 уездных и городских врачей [1]. В 1834 г. московский губернатор сообщал в Министерство внутренних дел, что уездные больницы губернии обслуживаются уездными штаб-лекарями, а персонал больниц состоит из двух нижних чинов инвалидных команд.

Для поддержания необходимого профессионального уровня городских и уездных врачей Министерство внутренних дел особыми циркулярами рекомендовало врачебным управам выписывать через Медицинский департамент выходившие в свет наиболее ценные для практикующих врачей медицинские из-

дания [14]. Если города не имели средств на эти расходы, то, по неоднократным разъяснениям министерства (1832, 1833, 1847, 1850, 1852), врачебные управы могли обращаться в Медицинский департамент с ходатайствами о высылке книг за государственный счет.

Значительная часть городских больниц создавалась на средства частных благотворителей. Разрешение на создание лечебниц за счет благотворителей давалось лишь в том случае, когда жертвуемой суммы было достаточно не только на устройство, но и на содержание учреждения. Размещались они, как правило, не в специально построенных, а в приспособленных к нуждам лечебных учреждений домах, принадлежавших государству или пожертвованных богатыми горожанами. В уездных городских больницах число коек в среднем составляло от 10 до 25, а в прочих, «заштатных», — от 10 до 15 [16].

Лечение в городских больницах было платным. Собственных врачей имели лишь немногие уездные больницы. Чаще всего городскими больницами заведовали городские и уездные врачи. В провинциальных психиатрических больницах собственные врачи встречались лишь в исключительных случаях.

Архивные документы 30—40-х годов XIX в., касающиеся городских больниц Московской губернии, свидетельствуют о частых конфликтах между врачами и городской администрацией на почве недостатка вспомогательного медицинского персонала, отсутствия необходимых лекарств и грубого вмешательства властей в организацию работы больниц. К чести врачей следует отметить, что они неизменно занимали принципиальные позиции, отстаивая интересы своих пациентов [21].

К началу 50-х годов XIX в., помимо приказных губернских больниц, существовало еще 450 небольших городских [16]. Систематические проверки Министерства внутренних дел выявляли крайне неудовлетворительное состояние городских больниц. Многие из них были заполнены больными военного звания, за лечение которых двойную плату исправно платило военное министерство, в то время как городские жители в некоторых местностях вовсе не принимались в больницы. В то же время в ряде городов больницы пустовали из-за высокой стоимости лечения и невозможности получить в больнице квалифицированную медицинскую помощь. Вследствие огромной занятости городских врачей больницы находились в ведении фельдшеров, из которых лишь немногие получали образование в фельдшерских школах [6].

Министр внутренних дел А. А. Закревский (1831) в докладе Николаю I писал: «Больницы сии в некоторых городах помещаются в несоответствующих строениях, не имеют необходимо нужных помещений, худо снабжены потребными для боль-

ных вещами и во многом терпят недостаток; в иных городах и доньше вовсе оных не устроено» [14, с. 53]. Материалы ревизий, осуществляемых чиновниками Министерства внутренних дел в 40-е годы XIX в., свидетельствуют, что ситуация в городских больницах со временем лишь ухудшилась. Согласно донесениям, в городских больницах не соблюдалась должной чистоты, здания больниц были ветхие, сырые и требовали ремонта, не везде велась необходимая больничная документация. Так, в Саранской больнице не было скорбных листов, а в Нолинской отсутствовала опись госпитального имущества (Вятская губерния) [14, с. 84—108].

Следует отметить, что развитие врачебно-санитарного дела в городах сдерживалось не столько пассивностью и беспорядком местных органов самоуправления, сколько скудостью городского бюджета вследствие значительных обязательных расходов (на содержание городского управления, полицейских и пожарных команд, учебных и богоугодных заведений, на мероприятия по наружному благоустройству городов и др.). К этому следует добавить, что из городского бюджета оплачивалось и лечение полицейских. Часто больные военнослужащие оставлялись на попечение городских властей, которые должны были обеспечить их лечение на свои средства. Поэтому рекомендации министерства о различных «улучшениях» медицинского обслуживания горожан не могли быть реализованы.

Городские больницы находились в распоряжении городских властей только в течение четверти века. Попытки министерства административными мерами, без каких-либо затрат из государственных средств навести порядок в городских лечебных учреждениях не давали положительных результатов, и в 1851 г. городские больницы были переданы в подчинение приказам общественного призрения, обладавшим в это время значительными средствами [8].

Таким образом, деятельность городских самоуправлений в области здравоохранения до середины XIX в. выражалась, главным образом, в содержании в отдельные периоды городских врачей и городских больниц (1826—1851). И все же, наряду с приказными лечебными учреждениями и врачебными управами, городские больницы во главе с городскими врачами заложили основы гражданского здравоохранения в России, подготовили почву для его дальнейшего развития.

13 февраля 1846 г. правительство в порядке эксперимента утвердило положение, разработанное только для Петербурга, об общественном управлении и избирательных правах. Оно установило для избирателей высокий имущественный ценз — годовой доход в 100 рублей с недвижимых имуществ, денежных капиталов или товаров, двухлетний ценз оседлости и возрастной ценз, составлявший 21 год. В результате при населе-

нии столицы свыше полумиллиона количество избирателей в 1862 г. составило только 7005 человек. В 1862 г. эта система была введена в Москве, а в 1863 г. — в Одессе.

Обследование, проведенное в 1867 г., обнаружило немало городов, где к этому времени исчезла шестигласная дума, т. е. не осталось никаких органов городского самоуправления, введенных в царствование Екатерины II, а их делами ведала городская полиция [19].

О реальной ситуации в области управления городским хозяйством свидетельствует одна из последних резолюций Николая I о постановке городского хозяйства столиц: «Настоящие хозяева по столицам суть военные генерал-губернаторы, которые об нуждах столицы должны относиться непосредственно ко мне и, по моему разрешению, уже относиться к подлежащим министрам; так учреждено было и впредь быть должно; а министрам не следует вмешиваться в хозяйство столицы, помимо генерал-губернаторов...» [20].

В середине XIX в. правительство остро сознавало необходимость кардинальных перемен в области организации здравоохранения, что нашло отражение в докладе Медицинского департамента (1862) министру внутренних дел, в котором существовавшая система здравоохранения была подвергнута резкой критике [5]. Последовавшие реформы 60—70-х годов XIX в. оказали влияние на все стороны общественной жизни России, в том числе и на здравоохранение. Земская (1864), а затем и Городская (1870) реформы открыли новые возможности для развития общественной медицины России.

Таким образом, вводившаяся с XVIII в. система городских самоуправлений не получила достаточного развития в дореформенной России прежде всего из-за отсутствия необходимой юридической и экономической базы. Городская медицина в этот период нашла выражение лишь в создании института городских врачей и небольших городских больниц, существовавших в ведении городских властей всего лишь в течение четверти века (1825—1851), уровень медицинского обслуживания в которых не удовлетворял ни Министерство внутренних дел, ни само население. Городское благоустройство и санитарные мероприятия осуществлялись исключительно местными правительственными органами.

Глава 2

СТАНОВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГОРОДСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ПОРЕФОРМЕННОЙ РОССИИ

2.1. Ситуация в городах после отмены крепостного права и реформа городского самоуправления 1870 г.

К началу 60-х годов в Европейской России и Сибири насчитывалось более 700 городских поселений (60 губернских и областных городов, 506 уездных, 125 заштатных и 47 посадов).

Реформа 1861 г. оказала огромное влияние на городской быт. В города из деревни хлынули разбогатевшие кулаки, а также обедневшие помещики, которым больше нечего было делать в деревне. Здесь же осела и образовала многочисленный городской пролетариат масса бывших дворовых людей и безземельных крестьян, потянувшихся в город на заработки. О стремительном росте городского населения в пореформенной России свидетельствуют следующие данные [12] (табл. 1).

Таким образом, городское население России с 1851 г. к концу XIX в. выросло в 4,8 раза, а доля его среди всего населения страны увеличилась более чем на 5%. Особенно выраженным этот процесс был в больших городах [12] (табл. 2).

Резкие различия в экономике городов России в конечном счете сыграли заметную роль в уровне развития городской медицины. Среди городов России особенно выделялись обе столицы, имевшие всероссийское экономическое и культурное значение. Москва являлась цитаделью русской национальной промышленности. Здесь преобладало текстильное производст-

Таблица 1. Распределение населения между городом и деревней в России во второй половине XIX — начале XX вв.

Годы	Городское население	
	тыс. человек	%
1851	3482	7,8
1867	8157	10,6
1897	16 785	13,0
1911	22 719	13,7

Таблица 2. Рост населения больших городов России в конце XIX в.

Города	1897 г.	1867 г.	% увеличения
С.-Петербург	1 267 000	539 000	136,7
Москва	1 035 000	351 000	194,8
Одесса	405 000	118 000	240,4
Рига	282 000	77 000	264,6
Киев	240 000	68 000	261,7
Харьков	174 000	60 000	236,0
Тифлис	160 000	60 000	163,3
Вильна	159 000	69 000	129,7
Ташкент	156 000	69 000	95,6
Саратов	137 000	84 000	62,5
Казань	137 000	63 000	206,9
Екатеринослав	21 000	19 000	508,0
Ростов-на-Дону	119 000	29 000	310,0
Астрахань	113 000	42 000	163,8
Баку	112 000	13 000	702,0

во. Петербург стал центром машиностроения в России, и в нем сильно ощущалось влияние иностранного капитала. В таких крупных городах России, как Одесса, Киев и Ростов-на-Дону, торговля преобладала над промышленностью.

Немалое количество уездных городов (Руза, Верей, Суздаль и др.), не получивших промышленного развития, оказались не включенными в сеть железных дорог и по-прежнему сохраняли свой дореформенный облик. Некоторые губернские города со слабо развитой промышленностью (Новгород, Псков, Владимир и др.) оставались не столько экономическими, сколько административными центрами. При этом большинство русских городов составляли очень небольшие поселения.

Увеличение численности городского населения произвело переворот в потребностях и условиях общественной жизни города. Быстрый рост городов усложнял проблемы городского управления. Как писал известный публицист С. А. Приклонский, «города стали быстро застраиваться, чтобы удовлетворить потребность в жилье новых пришельцев. Где прежде были сады, огороды, обширные дворы, там теперь выстроены новые дома. Вместо старых, небольших одноэтажных домов теперь построены новые в 5—6 этажей с подпольным жильем — эти дома-исполины, убийцы общественного здоровья... Теснота в городах сделалась ужасная, и все это на старой почве, которая в течение целых столетий пропитывалась нечистотами... Кладбища, которые прежде были далеко за городом, теперь уже очутились в городской черте и совершенно переполнены трупами от чрезмерно увеличившегося населения. Городские свалки нечистот, по той же причине, принимают в

себя ежегодно в несколько раз большую, чем прежде, массу разлагающихся органических веществ...» [32, с. 317].

Показательно, что водопровод до 1861 г. существовал только в Москве, а примитивная канализация — в Петербурге, Риге, Вильне, Феодосии, Старой Руссе. Коммунальное хозяйство охватывало обычно лишь центр города, а окраины оставались неблагоустроенными.

Резко обострившиеся проблемы городского хозяйства, неудовлетворительное санитарное состояние городов и, как следствие, непрекращающиеся эпидемии — все это настоятельно требовало реформ городского самоуправления. 20 марта 1862 г. было опубликовано «высочайшее повеление» «безотлагательно приступить к улучшению общественного управления во всех городах Империи», явившееся следствием многочисленных ходатайств о реформе городского управления на всесословных началах. Составленный в 1864 г. проект после длительного обсуждения в различных инстанциях, наконец, был рассмотрен в Государственном совете и 16 июня 1870 г. утвержден Александром II [5].

«Городовое положение» 1870 г. вводило в городах бессловные органы — городские думы, формировавшиеся на основе имущественного ценза. Оно предоставило избирательное право городским жителям, которые, будучи русскими подданными, имели 25 лет от роду, а также владели в пределах города какой-нибудь недвижимой собственностью или уплачивали в пользу города сбор со свидетельств: купеческого, промыслового, приказчиьего первого разряда или с билета на содержание промышленного заведения. Таким образом, после почти вековой постепенной деградации городское самоуправление возродилось.

Однако в основу реформы были заложены ограничения, сдерживавшие развитие городского самоуправления. В зависимости от размеров уплачиваемого налога городские избиратели делились на три курии по количеству платимых ими прямых налогов в пользу города, каждая из которых избирала равное число гласных в городскую думу. На практике это означало, что тысячи избирателей третьего разряда получали столько же представителей, сколько сотни избирателей второго разряда и десятки избирателей первого разряда. Из-за имущественного ценза, лежащего в основе избирательной системы, судьба городского управления оказалась в руках небольшой группы крупных торговцев и домовладельцев.

В результате избирательных прав была лишена вся разнородная группа квартиранимателей — городской пролетариат, большая часть городской интеллигенции, офицеров и даже представителей дворянства, арендовавших жилье. Таким образом, избирательная система устранила от участия в городском управлении категории городских жителей, наиболее способ-

ных к общественной деятельности. «Городовое положение» также лишало избирательных прав женщин. Обладая необходимым имущественным цензом, они могли передавать свой голос родственникам-мужчинам. На первых выборах в городские думы в 46 городах доля избирателей составила лишь 5,6% населения, а в самых крупных городах с населением свыше 50 тыс. — лишь 4,4% [25, с. 60].

Состав земских собраний был более прогрессивным по сравнению с городскими думами. В отличие от городской, земская администрация в основном состояла из представителей интеллигенции и хорошо образованного дворянства, являвшегося во второй половине XIX в. социальной базой либерального движения [31, с. 85—86].

Согласно исследованию В. А. Нардовой, проведенному по 40 губернским городам, в городских думах к купечеству принадлежало большинство гласных — 53,7%. Представители дворянства, духовенства и разночинцы совокупно составляли лишь 33,2%. К мещанам, ремесленникам и крестьянам относились 13,1% [25, с. 80].

В «Альбоме городских голов Российской империи» (Пг., 1903) представлены сведения о 315 городских головах, среди которых в начале XX в. 109 человек являлись выходцами из купечества, 12 — банкирами и предпринимателями, 25 — почетными гражданами, 101 — бывшими чиновниками (большинство из них — юристы), 17 — офицерами в отставке, 29 — дворянами, 22 — представителями интеллигенции, в том числе 9 — врачами. Таким образом, в начале века в руководстве органов городского самоуправления в России наблюдается преобладание торгово-промышленного и чиновничьего элемента [1].

Как многократно указывалось в медицинской печати и на съездах врачей, состав городских дум напрямую влиял на политику ведения городского хозяйства. Так, городские общественные управления имели право устанавливать сборы с домовладельцев на определенные городские надобности, однако гласные городских дум, являясь крупными плательщиками городских сборов, чаще всего не были склонны к увеличению собственного налогового бремени в пользу малоимущих обывателей.

Городские органы самоуправления подразделялись на распорядительные (городская дума) и исполнительные (городская управа, состоящая из 2—6 человек в зависимости от величины города). Принцип разграничения распорядительной и исполнительной власти был нарушен тем, что во главе городской думы и управы был один и тот же городской голова, что не позволяло думе опротестовать неверное постановление управы.

В 1892 г. была проведена городская контрреформа, в результате которой было существенно ограничено избиратель-

ное право: избирательных прав были теперь лишены и домовладельцы, имущество которых оценивалось ниже 3 тыс. рублей. Не имели права участвовать в выборах и владельцы винных лавок, священнослужители, должники по городским сборам. Административное утверждение стало требоваться для всех должностных лиц, избираемых думой [52, с. 270].

Правом избрания гласных думы пользовались не только отдельные лица, но и учреждения — благотворительные, научные, учебные, правительственные в случае, если они являлись владельцами недвижимого имущества в пределах городских поселений, а также товарищества и компании, содержащие в городах промышленные предприятия.

К «Городовому положению» были приняты дополнения в 1906 г., а также был издан закон от 1 мая 1912 г., в которых содержались указания, касавшиеся в первую очередь санитарных мероприятий [37].

«Городовое положение» в городских поселениях страны вводилось постепенно. Под действие закона 1870 г. первоначально подпадали только города внутренних русских губерний, Сибири и Бессарабской области. Распространение «Городового положения» на города западных и прибалтийских губерний произошло позднее: в городах Закавказского края — в 1874 г., в западных губерниях — в 1875 г. и в прибалтийских губерниях — в 1877 г. К 1892 г. реформа была осуществлена только в 621 из 707 городов, подпавших под действие закона.

Компетенция органов городского самоуправления ограничивалась хозяйственными вопросами. В ведение городского общественного управления входили заведование капиталами и имуществом города, сборами и повинностями, заботы о внешнем благоустройстве города (содержание в исправности улиц, водопроводов, удаление нечистот и пр.), обеспечение продовольствием и охрана здоровья жителей, призрение бедных, устройство и содержание благотворительных и лечебных учреждений, противопожарные меры, развитие народного образования, местной промышленности и торговли.

К предметам ведения городских общественных управлений относилось также «участие в мероприятиях по охранению народного здоровья, развитие средств врачебной помощи городскому населению, изыскание способов к улучшению местных условий в санитарном отношении, а также участие в пределах, указанных в уставе врачебном, в ветеринарно-полицейских мероприятиях» [44, с. 119—137].

Крайне отрицательную роль в развитии городского лечебно-санитарного дела играло отсутствие точной регламентации обязанностей городских учреждений в сфере народного здоровья. Сам текст закона 1870 г., гласящий, что города «принимают участие в мероприятиях по охранению народного здоровья», давал право предполагать, что основные мероприятия

должны выполняться кем-то другим [26, С. 81]. Положение 1892 г. не внесло никаких изменений в этот вопрос, и врачебно-санитарная деятельность для городских самоуправлений не стала неременной обязанностью, что играло отрицательную роль в развитии городской медицины. Губернатор имел право приостановить исполнение постановлений городской думы в случае, если постановление не соответствовало закону, государственным интересам или нарушало интересы местного населения.

Городским управлениям было предоставлено право разрабатывать и издавать (с согласия губернатора) обязательные постановления, в том числе касающиеся санитарных вопросов [44, с. 122—123]. Но городские управления не располагали ни юридической, ни фактической возможностью настоять на исполнении собственных обязательных постановлений: в их распоряжении не было никакой принудительной власти и возможности привлекать к суду нарушителей постановлений — все это зависело лишь от доброй воли полиции и губернатора.

Определив довольно широкое поле деятельности городских самоуправлений, «Городовое положение» предоставляло им очень слабые финансовые возможности, охраняя собственников городских земель, домовладельцев, фабрикантов и торговцев от мало-мальски значительного нажима местного налогового пресса. Источниками финансирования деятельности городских самоуправлений были сборы с населения. «Положения» 1870 и 1892 гг. устанавливали сборы с недвижимых имуществ, с документов на право торговли и промыслов, с трактирных заведений, постоянных дворов и продовольственных лавок, с извозного и перевозного промыслов, с владельцев лошадей, экипажей и собак, сборы при совершении юридических актов и пр.

Были определены обязательные расходы городов (на содержание городского суда, полиции и пожарной части, воинский постой, отопление и освещение тюремных зданий, содержание в порядке улиц, мостов, мест общественного пользования и др.). И только после уплаты обязательных расходов городские управления имели право тратить по собственной инициативе оставшиеся средства на местные нужды, именуемые необязательными расходами, к которым были отнесены начальное обучение, оздоровление города, организация медицинской части, благотворительность, развитие мелких промыслов.

Доходы городов не могли поспеть за ростом потребностей. Наиболее трудное финансовое положение существовало в городских поселениях, где не было крупных промышленных предприятий и развитой торговли. Так, в начале 80-х годов XIX в. в Киевской и Черниговской губерниях обязательные расходы превышали всю сумму обыкновенных городских доходов.

2.2. Особенности развития городской медицины

К сожалению, из-за того что в России не существовало центров, объединяющих как земские, так и городские организации, в настоящее время невозможно получить достоверные и достаточно полные статистические данные о финансировании городской медицины в целом по стране, наличии медицинских кадров, числе коек, которые отражали бы состояние городской медицины в различных регионах России.

Функции объединяющего центра в вопросах общественной медицины со временем взяло на себя Пироговское общество, издавшее сборник по земской медицине (1894) и два сборника — по городской (1903, 1915). Из-за того что не все города присылали запрашиваемые сведения, современным исследователям приходится довольствоваться неполными данными. В отчетах Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел также нет исчерпывающих сведений о медицине городских самоуправлений [29]. В данные о числе городских лечебных учреждений и наличии коек включались и сведения по земским больницам, располагавшимся в городах.

По сравнению с земствами городские самоуправления тратили на врачебно-санитарную часть значительно меньшие средства. Если крупные города тратили на здравоохранение около 5% своего бюджета, то земства — до одной трети [7, с. 181].

По данным, полученным из 161 города Европейской России, приведенным в докладе А. А. Чертова на VIII Пироговском съезде, к началу XX столетия расходы на врачебно-санитарные нужды в 4 городах (Москва, Петербург, Рига и Одесса) составили от 15 до 20% общего бюджета, в 7 городах — от 10 до 15%, в 28 городах — от 5 до 10%, в 90 городах — от 1 до 5%, в 16 — менее 1%, в 16 городах — ни одной копейки [48, с. 52—55].

В 1915 г. Пироговское общество выпустило «Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России» (составитель — Д. Н. Жбанков), содержащий данные уже по 224 городам, относящиеся к 1914 г. Анализируя полученные с мест материалы, Д. Н. Жбанков разделил города на три группы по численности населения: 33 наиболее крупных города с населением свыше 100 тыс. жителей, 54 города с населением от 54 до 100 тыс. и остальные 137 с населением от 10 до 50 тыс. Согласно его подсчетам, перед началом Первой мировой войны на лечебную, санитарную и ветеринарную деятельность города первой группы в среднем тратили 23,2% своих доходов — от 52 до 400 тыс. рублей. Наибольшие показатели были в Москве (51,8 млн рублей), в Петербурге (42,4 млн рублей) и Одессе (8,5 млн рублей), а наименьшие — в Омске (661,0 тыс.

рублей), Иваново-Вознесенске (530,4 тыс. рублей) и Витебске (421,5 тыс. рублей).

Во второй группе городов доля расходов на врачебно-санитарное дело составляла в среднем 15,7% (от 1 млн до 120 тыс. рублей). И, наконец, в третьей группе малых городов — 12,5 % (от 748 тыс. рублей до 17 тыс. рублей) [16, с. 476].

В медицинской печати того времени часто подчеркивалось, что городская медицина, начало которой было положено на пять лет позже земской, развивалась не столь динамично, как земская медицина [11].

Свыше 30% городов приступили к организации лечебной помощи только в начале XX в. Принципы развития земской медицины, формы и методы ее работы вполне определились уже к концу 80-х годов XIX в., и далее в основном шел уже не качественный, а количественный рост, в то же время активное развитие городской медицины началось в основном в первые годы XX в.

Если земская медицина была единственной формой врачебной помощи для населения необъятных пространств сельской России, то в городах, наряду с учреждениями, принадлежавшими городским управлениям, существовали медицинские учреждения других ведомств, частные лечебницы и, наконец, врачи, занятые частной медицинской практикой [9]. Наличие врачебных сил и лечебных заведений в городах создавало иллюзию обеспеченности населения врачебной помощью и отчасти задержало развитие городской медицины. Со временем, однако, стало выясняться, что в городах далеко не все обстоит благополучно по сравнению с деревней. Оказалось, что большое число городов не несет почти никаких расходов на здравоохранение и пользуется земскими больницами. Особенно очевидным это стало во время эпидемии холеры 1892—1893 гг.

Выше уже говорилось о ряде отрицательных факторов, тормозивших деятельность городских самоуправлений: системе представительства в городских думах, ограниченности в правах городских самоуправлений, скудости городских бюджетов, отсутствии точной регламентации обязанностей городских учреждений в сфере охраны народного здоровья и пр. Однако, кроме уже перечисленных, имелось достаточно много объективных причин для различий в темпах развития городской и земской медицины.

Успехам земской медицины способствовало то важное обстоятельство, что при создании в губерниях земских организаций к ним отошли лечебные учреждения приказов общественного призрения, в том числе крупные губернские больницы и психиатрические лечебницы. И хотя большинство приказных лечебных учреждений было в запущенном состоянии, они послужили базой, на которой начала развиваться земская меди-

цина. Навести порядок в лечебных учреждениях было гораздо легче, чем создавать новые больницы. К земствам отошли и остатки приказных капиталов. В то же время подавляющее большинство уездных городов, не говоря уже о более мелких городских поселениях, не обладало средствами не только для строительства, но и для содержания собственных больниц.

Как и города, земства имели обязанности по содержанию дорог, перевозов, строительству мостов, но они исполнялись не столько путем определенных денежных затрат, сколько трудом крестьянских обществ.

Положительное значение для развития земской медицины имело и то, что земские врачи пользовались большим авторитетом как специалисты и могли влиять на принимаемые административные решения. Доказательством этому являлись губернские съезды земских врачей, фактически определявшие направления деятельности земства в области здравоохранения в губернии. Земский участковый врач пользовался значительно большей самостоятельностью по сравнению с городским врачом. Несмотря на нередкие конфликты земских врачей с местными властями, административный контроль их деятельности все же был неизмеримо слабее, чем в городах.

Социальный статус городских врачей был заметно ниже: значение городских врачей не выходило за рамки положения наемных служащих городских управлений. По многочисленным свидетельствам, их часто даже не приглашали на заседания, посвященные медико-санитарным проблемам. Редким исключением являлась московская городская санитарная организация, где существовали многочисленные врачебные комиссии, выступавшие в роли экспертов. Из-за низкой оплаты врачебного труда в городах врачами широко практиковалось совместительство, не принятое в земстве. Городские власти очень долго были убеждены, что врачей достаточно обеспечивает частная практика и потому повышать жалованье городских врачей не обязательно.

Залогом успехов земской медицины являлась также атмосфера коллегиальности, в которой протекала вся земско-медицинская работа. Ярким примером коллективной созидающей деятельности являлись Московская и Херсонская губернские земские врачебно-санитарные организации. Губернские съезды земских врачей, наряду с Пироговскими съездами, всесторонне освещали текущие вопросы земско-медицинского строительства, привлекая также к участию врачей соседних губерний (часто вопреки запретам губернской администрации).

Становление земской медицины совпало с расцветом народнического движения в России, когда передовая молодежь, расценивая деятельность в земских организациях как служе-

ние народу, самоотверженно работала в неимоверно трудных условиях русской деревни. Все это в целом способствовало развитию земской медицины. Ею гордились и называли любимым детищем русского общества. В то же время редкий автор упускал возможность отметить отставание городской медицины от земской.

По мере расширения сферы деятельности городской медицины стали выявляться и ее организационные отличия от земской, что проявилось, главным образом, в крупных городах, где городская медицина получила свое наиболее полное развитие. В силу исторических обстоятельств санитарно-статистические бюро в земских губерниях возглавляли всю врачебно-санитарную деятельность. Городская медицина, в отличие от земской, управлялась городскими комиссиями. Всевозможные врачебные советы играли при думках совещательную роль.

Благодаря широко организованному обмену опытом земская медицина в различных губерниях развивалась достаточно однообразно. Городскую медицину, которая к началу Первой мировой войны находилась еще в стадии становления, напротив, отличало чрезвычайное разнообразие форм и уровней развития.

Составитель первого сборника по городской медицине, санитарный врач А. А. Чертов справедливо отмечал, что исходным пунктом земской медицины была участковая амбулатория. Присоединение к ней стационара с несколькими койками, родильного отделения и заразного барака превращало ее в земскую лечебницу. Карточная регистрация амбулаторных больных послужила основанием статистики заболеваемости населения. Изучение характера общей и эпидемической заболеваемости легло в основу санитарных мероприятий и вызвало к жизни земскую санитарную организацию. Таким образом, земская медицина развивалась от лечебной медицины к санитарно-профилактической [49].

В городах амбулатория не играла такой организующей роли. Основным звеном городской медицины, особенно в крупных городах, была больница. Санитарная и лечебная части городской медицины были мало связаны между собой. Санитарные организации в городах возникли независимо от городских лечебных учреждений в связи с опасностью появления какой-либо эпидемии. Становление городской санитарии шло в направлении ее специализации и в крупных городах достигло успеха, однако санитарная статистика в городах значительно отставала от земской.

При всех различиях, между земской и городской медицинской существовали и общие черты. В первую очередь, это стремление к обеспечению доступности медицинской помощи малоимущему населению. Состоятельные горожане и поме-

щики редко бывали пациентами земских и городских лечебных учреждений, предпочитая пользоваться услугами частной медицины. В передовых земствах, где радиус сельских участков постепенно сокращался, а также в городах с развитой врачебно-санитарной организацией проблема доступности медицинской помощи в начале XX в. уже решалась довольно успешно.

К этому времени многие земства вводили бесплатное лечение. Плата за лечение в городских больницах была посильна и составляла в среднем от 40 копеек до 1 рубля 40 копеек в сутки, а амбулаторная помощь в большинстве городов была бесплатной или чисто символической. В нескольких городах существовал больничный сбор (1 рубль 25 копеек в год), который платили рабочие, ремесленники, мелкие торговцы, что обеспечивало право на бесплатную медицинскую помощь.

Провозглашенный земской медициной принцип соответствия врачебно-санитарного дела современному уровню науки в городской медицине находил выражение не только в хорошей постановке больничной помощи, но и в работе городских санитарных станций и лабораторий, где нередко работали профессора и преподаватели медицинских факультетов. Характерно, что врачи московских городских больниц принимали участие в XII международном медицинском конгрессе, проходившем в 1897 г. в Москве, а также публиковали свои работы в медицинской периодической печати. С начала XX в. профилактический характер носила вся городская санитарная деятельность.

Отношения между земскими и городскими организациями были весьма сложными. После издания «Городового положения» 1870 г. встал вопрос о разграничении сфер деятельности земств и городов в вопросах медицинского обслуживания населения. Чаще всего конфликты возникали на почве экономических взаимоотношений. Налоги (с земель, жилых домов, фабричных, заводских, торговых и т. п. помещений), которые платили города в земских губерниях в пользу земства, давали весьма значительные суммы — до 25% окладного бюджета в среднем. Большую долю в земском бюджете городские сборы составляли там, где промышленность была наиболее развита (Московская губерния — 66,2%, Петербургская — 59,8%, Владимирская — 51,8%, Екатеринославская — 43,6%, Ярославская — 32,8%, Харьковская — 28,9% и т. д.) [3]. После издания «Городового положения» 1870 г. эти налоги не были отменены. Уплачивая земские сборы, городские управления, естественно, рассчитывали на возмещение затрат в виде свободного пользования земскими лечебными заведениями, с чем земская администрация не всегда была согласна. В ряде случаев городские власти выделяли земству специальные субсидии на лечение горожан в земских больницах.

Многие земские врачи, недовольные тем, что земские городские больницы были заполнены в основном городскими жителями, требовали закрытия дорогостоящих губернских земских больниц с целью переориентации земской медицины на сельские участковые больницы, более доступные сельскому населению.

Особенно острые дискуссии были о том, кто должен организовывать борьбу с эпидемиями. Из-за отсутствия во многих городах санитарных организаций губернские земства в целях предупреждения распространения эпидемий в уездах были вынуждены проводить в городах противоэпидемические мероприятия и организовывать здесь временные инфекционные больницы.

П. Лоцилов в статье «Общий взгляд на земскую и городскую медицину» приводит типичный пример таких взаимоотношений. Когда в 1903 г. в Казани широко распространилась эпидемия брюшного тифа, губернская земская больница была заполнена инфекционными больными. На совещании земских и городских общественных учреждений решено было совместно открыть временную инфекционную больницу. Город обязался взять на себя наем и содержание помещения, а также приглашение врача, уездное земство — снабжение продовольствием больных, а губернское земство — обеспечение больницы инвентарем и фельдшерским персоналом. Однако больница так и не была открыта. В результате губернское земское собрание вынуждено было на собственные средства организовать в городе инфекционную больницу на 150 коек [22]. В медицинской периодике конца XIX — начала XX вв. содержатся описания множества подобных эпизодов.

Земства и города многократно обращались в Министерство внутренних дел с просьбами о разграничении полномочий и разрешении многочисленных конфликтов, возникающих на почве неопределенности в законодательстве [21]. Но правительство, опасавшееся объединения либеральных сил в русском обществе, не спешило законодательным путем разрешить спорные вопросы и положить конец распрям между земствами и городами.

Поскольку ситуация с течением времени не менялась, все большее признание получала мысль о необходимости добровольного сотрудничества между земскими и городскими самоуправлениями, главным образом в области профилактики инфекционных заболеваний. В 1879 г. земским и городским самоуправлениям было разрешено проводить чрезвычайные собрания для разрешения спорных ситуаций [35]. Д. Н. Жбанков приводил несколько вариантов сотрудничества земств и городских управлений, когда они делили между собой расходы по борьбе с эпидемиями или пациентов по видам заболе-

ваний, иногда город давал помещение и оборудование для временных инфекционных больниц, а земство брало на себя все остальное [16, с. 450].

Только начало Первой мировой войны заставило земские и городские организации координировать свои действия. В первые дни войны для помощи больным и раненым воинам были созданы всероссийские Земский союз и Союз городов, источником денежных средств которых служили ассигнования местных земских и городских организаций, пожертвования и государственные субсидии. Общие задачи, особенно в борьбе с эпидемиями, стоявшие перед этими организациями, обусловили, наконец, их тесное сотрудничество [46].

К специфике городской медицины можно отнести и то обстоятельство, что параллельно с учреждениями, принадлежавшими городским и земским управлениям, в городах существовали медицинские учреждения других ведомств, которые также обслуживали гражданское население, успешно конкурируя с муниципальными учреждениями. Свою медицинскую службу имели почти все министерства и ведомства. В неземских губерниях в конце XIX в. еще оставались лечебные учреждения приказов общественного призрения, находившиеся в ведении Министерства внутренних дел. В непосредственном ведении Министерства внутренних дел находились окружные психиатрические больницы.

Обширной сетью медицинских учреждений, в том числе 15 больницами, располагало Ведомство императрицы Марии. Согласно положению 1866 г., предприниматели должны были устраивать больницы на крупных предприятиях при норме 10 коек на 1000 рабочих. Собственные лечебные учреждения имели Российское общество Красного Креста и некоторые благотворительные общества.

В начале XX в. в России начала быстро развиваться частная медицина, особенно в крупных городах. Достаточно сказать, что в 1904 г., по данным «Календаря для врачей», в Петербурге числилось 54, а в Москве — 73 частных медицинских учреждения (стационары, амбулатории, водолечебницы, химико-бактериологические институты и пр.) [20].

Показательна табл. 3, отражающая ситуацию в городах в первом десятилетии XX в. [13].

Таким образом, количество коек в городских и земских учреждениях, размещавшихся в городах, составляло половину (51%) всех коек, принадлежавших гражданским ведомствам.

После введения городского положения в городах по-прежнему оставалась правительственная должность городского врача, выполнявшего медико-полицейские, судебные и санитарные функции. Городовые врачи в небольших городах, кроме исполнения всех этих обязанностей, заведовали больницей и оказывали лечебную помощь неимущим горожанам. Они,

Таблица 3. **Распределение гражданских лечебных учреждений в городах России по ведомственной принадлежности (1907)**

Ведомства и учреждения	Город	
	боль- ницы	койки
1. Земские и городские общественные управления	701	57 457 (51,0%)
2. Фабричные, промышленные и торговые лечебные учреждения	577	3823 (3,4%)
3. Приказы и советы общественного призрения	156	9740 (8,6%)
4. Сельская врачебная часть, войсковые и областные леч. учреждения	1	200 (0,2%)
5. Управление земского хозяйства	76	3426 (3,0%)
6. Прочие ведомства М. В. Д.	60	4578 (4,0%)
7. Придворное и Удельное ведомство, Гос. коннозаводство	16	802 (0,7%)
8. Министерство юстиции (Тюремное ведомство)	398	7049 (6,3%)
9. Ведомство Министерства путей сообщения	127	1953 (1,7%)
10. Министерство народного просвещения	73	2829 (2,5%)
11. Главное управление земледелия и землеустройства	11	172 (0,15%)
12. Министерство торговли и промышленности (и Горного ведомства)	6	137 (0,12%)
13. Министерство финансов	29	81 (0,07%)
14. Духовное ведомство (и монастыри)	198	3281 (2,9%)
15. Ведомство учреждений Императрицы Марии	62	4058 (3,6%)
16. Красный Крест	69	1927 (1,7%)
17. Общественные, благотворительные и частные лечебные учреждения	642	11 125 (9,9%)
Всего...	3002	112 638

как и все состоящие в губернии медицинские работники, подчинялись местным губернским врачебным управлениям.

Несмотря на то что должности городских, как и уездных, врачей считались правительственными, городские врачи в значительной степени зависели от городских властей. Находясь на правительственной службе, городской врач получал минимальное жалование из казны и доплату от городских управлений, размеры которой зависели от усмотрения городского головы [33, с. 260]. На II Пироговском съезде (1887) приводился факт, когда после того, как городской врач забраковал испорченную рыбу в лавке городского головы, жалование его уменьшили на 300 рублей [4, с. 378]. Из-за низкого жалования (800—1000 рублей в год), которое не могло обеспечить достойного существования, городские санитарные врачи

вынуждены были заниматься частной практикой, отвлекаясь от своих непосредственных обязанностей.

Ввиду того что деятельность городских самоуправлений в области здравоохранения не была регламентирована законодательными актами (являясь лишь правом, а не обязанностью), организационные формы врачебно-санитарной деятельности в городах России были весьма многообразны. Разнообразие форм зависело также и от различных финансовых возможностей городских управлений, размеров городов, уровня развития промышленности и торговли. Немаловажной причиной разнообразия в постановке городского врачебно-санитарного дела было и отсутствие объединяющего центра, а также специальных съездов городских врачей, подобных земским, на которых шел активный обмен передовым опытом. В Петербурге и Москве, где местные самоуправления тратили наибольшие суммы на организацию врачебно-санитарной помощи населению, существовали наиболее интересные формы организации этой деятельности. Но они также имели существенные различия.

В Петербурге, как и в большинстве русских городов, врачебно-санитарная организация зародилась на почве экстренных противоэпидемических мероприятий. Несмотря на введение в Петербурге Городового положения еще в 1862 г., врачебное дело в столице долго находилось в руках правительственных учреждений (больницы — в руках Попечительного совета, а санитарная часть — в ведении полиции). Лишь 8 февраля 1878 г. городская дума учредила исполнительную комиссию для заведования городскими больницами по случаю тифозной эпидемии в столице. Через год, в связи с опасностью проникновения в Россию Ветлянской чумы, город реорганизовал исполнительную комиссию в постоянную Комиссию общественного здоровья. По ее почину в 1882 г. в Санкт-Петербурге возник институт думских врачей для бесплатного лечения неимущего населения [14]. Город был разделен на 12 санитарных округов, которыми ведали окружные санитарные попечители из членов комиссии (они же — гласные думы). Уже к 1884 г. в ведении Комиссии общественного здоровья состояли врачебно-санитарный надзор за учащимися городских начальных училищ, врачебная помощь на дому для бедных, санитарный надзор, постоянная барачная больница, городские родильные приюты. В этом же году после 16-летних хоатайств к городским общественным управлениям Петербурга отошли городские больницы (ранее управлявшиеся попечительным советом), одновременно в ведение города перешел и надзор за развитием заразных болезней в городе. В 1886 г. Комиссия общественного здоровья разделилась на две части: санитарную и больничную исполнительные комиссии, независимые друг от друга [27, 35].

Иначе было организовано управление врачебно-санитарным делом в Москве. Успехам московской врачебно-санитарной организации способствовало то обстоятельство, что в 80-е годы в число гласных вошло значительное число интеллигенции. Председателем комиссии «о пользе и нуждах общественных» стал прославившийся впоследствии адвокат Ф. И. Плевако, в юридической комиссии председательствовал другой адвокат, брат известного путешественника В. М. Пржевальский, вопросами призрения занимался профессор всеобщей истории и либеральный общественный деятель В. И. Герье. Городским головой в 1885—1893 гг. являлся богатый фабрикант, талантливый организатор Н. А. Алексеев [19]. При нем были заложены основы успешного развития городского хозяйства Москвы.

В 80—90-е годы в Москве было развернуто широкое муниципальное строительство. Вопреки практике Лондона, Парижа, городов США, отдававших свои предприятия концессионерам, Москва пошла путем собственной хозяйственной деятельности. Строительство водопровода, бойни, сооружение канализации осуществлялись непосредственно самим городом, что обеспечивало более серьезный контроль за качеством строительства.

Чрезвычайно сложная система городского управления врачебно-санитарным делом в Москве начала формироваться во второй половине 80-х годов XIX в., когда в ведение городского управления от приказов наконец перешел ряд лечебных учреждений. До этого момента Москва имела также ряд собственных больниц. Все вопросы, касающиеся врачебно-санитарной части, решались городской думой по докладам городской управы с заключением комиссии общественного здоровья, состоявшей из 15 гласных думы. В исполнительном органе — городской управе — один член управы заведовал санитарным отделом, в компетенцию которого входили все дела, касающиеся организации лечебной помощи населению и улучшения санитарных условий в городе. Кроме того, при городской управе имелись совещательные органы. Прежде всего, это учрежденный в 1896 г. Врачебный совет для предварительного обсуждения и разработки вопросов и дел по врачебно-санитарной части. Врачебный совет под председательством члена управы состоял из 4 врачей (гласных городской думы), 19 главных врачей городских больниц, 6 избранных больничных врачей, 10 избранных санитарных, амбулаторных, училищных врачей, начальника врачебного управления, заведующего санитарным бюро губернского земства.

С 1908 г. при городской управе Москвы существовало совещание заведующих (лечебной частью, санитарной частью и санитарно-статистическим бюро) во главе с членом управы. В функции совещания входило «представление Городской упра-

ве о нуждах всего лечебно-санитарного дела в городе и выяснение мероприятий, могущих удовлетворить эти нужды, а также составление общего плана оздоровления города» [24]. Совещание заведующих и врачебный совет фактически дублировали друг друга.

В структуру управления врачебно-санитарным делом Москвы входил также ряд медицинских комиссий. Старейшей из них была санитарная комиссия (с 1884 г.). В 1892 г. было образовано еще несколько комиссий: амбулаторных, больничных врачей, врачей-акушеров, психиатров, училищных врачей, школьно-амбулаторных врачей, а в 1902 г. — ветеринарных врачей и фармацевтов. Заключение комиссий передавались во врачебный совет или непосредственно в городскую управу. Все эти комиссии играли роль только совещательных органов и могли представлять лишь рекомендации врачебной управе [2, с. 1106—1107].

Способы управления врачебно-санитарным делом в городах России отличались огромным разнообразием. В небольших городских поселениях всеми вопросами здравоохранения обычно непосредственно ведала дума. Иногда врачебно-санитарные проблемы курировал один из членов управы. В крупных городах, чаще всего при управе, имелся совещательный орган, именуемый врачебно-санитарным или санитарным советом (комиссией). Входящие в него, наряду с гласными думы, городские врачи были полноправными членами (Баку, Иркутск, Нижний Новгород, Саратов) или пользовались только совещательным голосом (Витебск, Екатеринодар, Казань, Николаев, Одесса, Харьков, Царицын). В некоторых городах в этот орган входили также представители врачебной администрации, полиции, медицинских обществ (Одесса, Омск, Тула, Астрахань). В ряде городов образовывались (как в Москве) врачебные комиссии или совещания из врачей, занимавшиеся определенными конкретными проблемами, например больничным делом или школьной гигиеной. В начале XX столетия стали создаваться городские санитарные бюро, функции которых зачастую не ограничивались только кругом санитарных проблем, а иногда (при отсутствии других органов) даже включали руководство лечебными учреждениями, как это случилось в земских организациях.

Во время крупных эпидемий создавались временные санитарно-исполнительные комиссии из представителей общественных самоуправлений, врачебной инспекции, администрации. Растущее в конце XIX в. в обществе стремление к демократизации всех сторон русской жизни, а также недостаток медицинского персонала для решения острых проблем городской медицины стали почвой для развития идеи привлечения местных общественных сил к участию в работе санитарных попечительств.

Эта идея прежде всего стала воплощаться в крупных городах. Первоначально она реализовывалась в виде избрания отдельных попечителей из местной знати. Однако эта практика не дала результатов. Лишь с 1897 г. начинается создание санитарных попечительств на общественных началах. Первые попытки создания городских санитарных попечительств были предприняты в 1892 г. в Казани и Саратове, а затем в 1897 г. в Петербурге, Одессе, Нижнем Новгороде и др. Попечительства образовывались в различных частях города, в соответствии с полицейскими участками и потому получили наименование участковых попечительств. В состав попечительств, как правило, входили представители населения, гласные городской думы, санитарные или думские врачи, работающие на участках. В круг задач попечительств входило участие в решении санитарно-культурных и благотворительных проблем.

Наиболее эффективно санитарные попечительства работали начиная с 1896 г. в Одессе. Им принадлежали большие заслуги в борьбе с эпидемией чумы, в улучшении условий труда на промышленных предприятиях, упорядочении ночлежных приютов, в проведении ряда санитарных мероприятий по благоустройству города. Не случайно в постановлении IX Пироговского съезда говорилось: «Организация участковых санитарных попечительств наиболее соответствует целям общественного санитарного надзора, при обязательном участии в них общественного врача с обязанностями санитарного» [42, с. 414].

Положение и инструкции для санитарных попечительств, разработанные по инициативе санитарного врача З. Г. Френкеля Вологодским земским собранием, использовались не только земскими, но и городскими организациями разных губерний. Однако на фоне революционных событий, когда всякая общественная инициатива стала пресекаться полицией, большинство попечительств было закрыто. В связи с эпидемией холеры, начавшей распространяться в 1907 г., снова возникла мысль о привлечении общественности к решению санитарных проблем. Среди городских попечительств наиболее активно работали Одессы, Костромы, Баку и Оренбурга, выполнявшие санитарно-благотворительные и санитарно-просветительные функции [10].

Говоря об особенностях развития городской медицины, нельзя обойти молчанием роль благотворительности в создании ряда лечебных учреждений, особенно в крупных городах. Наиболее ярким примером являлась Москва, где проживали многие влиятельные и просвещенные представители русского торгово-промышленного капитала. Многие лечебные учреждения Москвы были построены на благотворительные средства и затем подарены городу. В ряде случаев основатели после передачи лечебных учреждений городу продолжали их

финансировать. Так, больница для хронических больных (на 238 коек) была не только построена (1887), но и содержалась на средства братьев Бахрушиных. На тех же основаниях (по завещанию В. А. Алексеевой) была создана небольшая Алексеевская глазная больница на 54 койки (1900), имевшая специальное детское отделение. Как правило, больницы носили имена их основателей.

На средства П. Г. фон Дервиз на земле, купленной городом, в 1876 г. была построена детская больница Св. Владимира (265 коек). А. К. Медникова построила и подарила городу больницу для неизлечимо больных с богадельней при ней (1903). В 1902 г. на пожертвования В. Е. Морозова была открыта детская больница (400 коек), а на средства И. Д. Баева — Дом призрения для неизлечимо больных на 200 коек. Крупные пожертвования горожан позволили открыть в 1894 г. и психиатрическую больницу им. Н. А. Алексеева на 400 коек за Серпуховской заставой, на Канатчиковой даче. В 1908 г. началось строительство новой городской больницы на 500 коек, на которую по духовному завещанию К. Т. Солдатенкова было пожертвовано 1,2 млн рублей. Первые отделения больницы стали функционировать с декабря 1910 г.

Аналогичные примеры можно найти и в других городах. Однако для провинциальной благотворительности более характерным было основание и содержание богаделен, что требовало значительно меньше средств.

Частные лечебные учреждения, где существовали довольно высокая плата за лечение (до 125 рублей в месяц за лечение в стационаре) и более комфортные условия содержания больных, удовлетворяли потребность в медицинской помощи состоятельных горожан. Определенную часть государственных служащих и учащихся обслуживали ведомственные медицинские учреждения. В то же время подавляющую часть пациентов городских лечебных учреждений составляли малообеспеченные горожане. В Москве, по данным «Сборника по городскому врачебно-санитарному делу» (1915), свыше половины пациентов приходилось на домашнюю прислугу, рабочих, ремесленников, поденщиков, безработных [15, с. 19].

2.3. Городская медицина и медицинская общественность

Проблемы городской медицины начали привлекать внимание медицинской общественности и правительственных органов лишь с конца 80-х годов XIX в.

В январе 1886 г. в Петербурге при Министерстве внутренних дел была создана Комиссия по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России под председательством С. П. Боткина, которая обратилась к пред-

ставителям медицинской науки, государственной и общественной медицины с просьбой присылать свои соображения, касающиеся необходимых реформ в области здравоохранения. В течение 1886—1888 гг. Комиссия получила около ста ответов, среди которых были письма, затрагивающие в числе прочих проблемы городской медицины [33].

По мнению ряда авторов писем, для снижения уровня заболеваемости и смертности в России в первую очередь необходимо было обратить внимание на оздоровление городов и промышленных центров как рассадников инфекционных заболеваний (И. С. Иванов). Сюда в поисках заработка стекались массы сельского населения и, возвращаясь в родные места, распространяли инфекционные заболевания [33, с. 243]. Медицинская общественность довольно низко оценивала деятельность городских самоуправлений в области здравоохранения. В письмах говорилось о необходимости организации бесплатной медицинской помощи для беднейшего городского населения, о создании местных санитарных комитетов из городских врачей, представителей городской думы и муниципальной администрации (В. Смидович) [33, с. 70—72]. Подчеркивалось, что санитарная власть должна находиться в руках врачей-гигиенистов, обладающих специальными знаниями и соответствующей лабораторной техникой (И. В. Поляк) [33, с. 255]. Высказывалось мнение, что санитарные, городские и уездные врачи должны получать «определенное обеспеченное содержание из Государственного казначейства» и не зависеть от капризов думских заправил» (Горелейченко) [33, с. 263]. Санитарный врач из Ростова-на-Дону В. Чугин настаивал на необходимости ведения в городах статистики по причинам смертности.

По поручению Комиссии секретарь Комиссии В. А. Аболенский на основании материалов Центрального статистического комитета о движении населения в Европейской России (1867—1879), санитарно-статистических исследований и отчетов земских врачей подготовил доклад «О смертности и причинах ее в важнейших городах России». Было установлено, что в 28 из 78 рассмотренных городов смертность превышала рождаемость. Как говорилось в докладе, «на всем пространстве России санитарного благоустройства нет нигде. Вследствие этого во всех губерниях Империи имеются города, вымирающие или составляющие обширные кладбища для пришлового населения. Причины вымирания суть разнообразные болезни, которые в свою очередь являются неизбежным результатом крайне неудовлетворительного в санитарном отношении состояния городов» [33, с. 331]. При обсуждении доклада предлагалось проведение в городах комплекса санитарных мероприятий, подчеркивалась связь высоких показателей смертности с неблагоприятными экономическими условиями жизни

большинства городского населения, звучала резкая критика в адрес городских дум: «Городские думы, коим закон предоставил право издавать обязательные санитарные постановления и наблюдать за их исполнением, совсем не пользуются этим правом» [33, с. 336].

Таким образом, материалы Боткинской комиссии свидетельствуют о том, что медицинская общественность в конце 80-х годов XIX в. на повестку дня уже ставила вопрос о состоянии врачебно-санитарного дела в городах, считая это одной из важнейших проблем здравоохранения России, и требовала активных действий со стороны городских управлений.

Боткинская комиссия положила начало обсуждению правительственными комиссиями необходимости реорганизации врачебно-санитарного дела в России. В работе этих комиссий принимали участие многие авторитетные ученые и организаторы медицинского дела в России. Вопросы городской медицины рассматривались также на Совещании по вопросам распределения основных задач в области врачебного и санитарного дела в городах между правительственными органами и местными учреждениями и упорядочении положения городских врачей под председательством товарища Министра внутренних дел князя А. Д. Оболенского (1901) и в 1905—1906 гг. в образованной при Медицинском совете Комиссии по разработке проекта устройства врачебно-санитарной части в Империи под председательством В. К. Анрепа, а затем Л. Н. Малиновского [18].

Эти и последующие комиссии под председательством сенатора С. Е. Крыжановского (1910—1911) и академика Г. Е. Рейна (1912—1916) признавали необходимым возложить заботы о санитарном благоустройстве и обеспечении населения врачебной помощью главным образом на земские организации и городские самоуправления, законодательно оформив их как обязательные. Комиссия князя Оболенского предлагала установить минимальные требования санитарного благоустройства (число врачей, больничных коек, дезинфекционных приспособлений и пр.) [18]. Для разработки законодательного нормирования деятельности земств и городов Министерство внутренних дел циркуляром от 6 апреля 1902 г. № 12 специально запрашивало мнение губернаторов.

Принцип самой широкой автономии земств и городов был положен в основу проектов наиболее либерально настроенной комиссии В. К. Анрепа — Л. Н. Малиновского, работавшей в годы первой русской революции. Через несколько лет в совещании сенатора Крыжановского также было единогласно принято постановление об обязательной повинности земств и городов в организации медико-санитарной помощи населению [34].

В вопросе о роли правительственных органов по отноше-

нию к медицине общественных самоуправлений точки зрения комиссий не вполне совпадали. Комиссия А. Д. Оболенского полагала, что к компетенции правительственных органов должен быть отнесен общий надзор за постановкой врачебно-санитарного дела. Комиссия С. П. Боткина помимо постоянного надзора рекомендовала установить содействие правительства общественным учреждениям в осуществлении оздоровительных работ и санитарных мероприятий [17].

Мнение комиссии В. К. Анрепа о роли правительства сводилось к оказанию практической помощи общественным учреждениям, но в то же время к предоставлению правительству права вмешательства в случаях, когда деятельность или бездействие местных органов угрожают санитарному благополучию населения. Принципиальным было требование комиссии, чтобы активное вмешательство центрального правительственного органа и способы его были строго регламентированы законом [45].

Таким образом, правительственные комиссии признавали обязанность местных самоуправлений заниматься проблемами здравоохранения под контролем государства. Однако ни одна из комиссий не попыталась разрешить наболевшую проблему разграничения функций городских и земских самоуправлений. Работы комиссий так и не получили законодательного завершения. Этому постоянно мешали обстоятельства внутренней или внешней политики и, что немаловажно, сопротивление общественности, не без основания тревожившейся за судьбы земской и городской медицины, опасавшейся «мелочного вмешательства в ее сферу» (Е. А. Осипов, Ф. Ф. Эрисман) [33, с. 178].

Особенно резкий протест вызывала идея нормирования сверху земской и городской медицины. Противостояние медицинской общественности правительственным проектам продолжалось ровно 30 лет.

Процессы эволюции городской медицины в России нашли отражение в постановке ее проблем на съездах и в трудах Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова (Пироговского общества). В историко-медицинской литературе много говорилось о том, что Пироговские съезды являлись объединяющим и методическим центром земской медицины. В то же время вопрос о роли Пироговского общества в развитии городской медицины до сих пор остается неосвещенным. Как писал известный деятель общественной медицины К. И. Шидловский, один из двух секретарей Пироговского общества (совместно с Д. Н. Жбанковым), «задача Пироговских съездов и подготовительных к ним совещаний заключается... в отыскании и указании более правильных путей и организационных форм, ведущих к укреплению и дальнейшему развитию тех начал, которые составляют незыблемую основу нашего вра-

чебно-санитарного строя. По отношению к городской медицине такую основой являются решения, принятые IX Пироговским съездом» [28].

В самой постановке проблем городской медицины на съездах Пироговского общества наглядно отразилась ее эволюция в России в конце XIX — начале XX вв. Первыми сообщениями по проблемам городской медицины явились выступления на заседаниях секции общественной медицины на II съезде (1887) херсонского врача М. И. Гошкевича (о неудовлетворительном служебном и материальном положении городских врачей) и Д. Н. Жбанкова (о положении врачебной помощи и врачей в городах) [4]. На следующем съезде проблемы городской медицины вообще не прозвучали.

На IV Пироговском съезде (1892), который проходил в разгар эпидемии холеры, охватившей свыше 70 губерний России, на обсуждение были поставлены задачи городских санитарных организаций (П. П. Белоусов), в том числе меры по профилактике инфекционных заболеваний в больших городах (Н. Н. Дворяшин). Известный санитарный врач М. С. Уваров предложил считать основными направлениями санитарной работы городских санитарных организаций санитарно-статистические исследования, изучение факторов, пагубно влияющих на здоровье городского населения, осуществление санитарного надзора и противоэпидемическую деятельность [40, с. 278].

Бездействие городских властей во время эпидемии холеры 1892—1893 гг. вызвало серьезное беспокойство медицинской общественности, в результате чего на V Пироговском съезде (1894) состояние городской медицины стало уже предметом широкого обсуждения [41]. Д. Н. Жбанков в докладе «Об организации городами врачебной помощи для городского населения» показал, что во время эпидемии холеры городские самоуправления, по его данным, не тратили средств ни на лечебную помощь, ни на вывоз нечистот, переложив все обязанности на земские организации. Присутствовавшие на съезде санитарные врачи (В. И. Долженков, В. И. Сахновский, А. П. Виноградов и П. А. Грацианов) говорили о невозможности создания в большинстве городов собственных больниц из-за недостатка средств у городских управ.

Съезд поддержал предложение Д. Н. Жбанкова об издании сборника по городской медицине, аналогичного изданному Пироговским обществом «Земско-медицинскому сборнику» (1891—1894). Сбор сведений о состоянии городской медицины оказался чрезвычайно сложным из-за малочисленности городских врачей и отсутствия поддержки со стороны городских управ. Только в 1903 г. подготовленный А. А. Чертовым «Сборник сведений о городской медицине в Европейской России» был, наконец, издан на средства Пироговского общества.

Вопрос о структуре городской врачебно-санитарной службы впервые был поднят на VII Пироговском съезде (1899) Н. И. Долгополовым в докладе «Об устройстве городской врачебной помощи» [36, с. 673—674]. Организационные аспекты городской медицины стали центральной проблемой, обсуждавшейся на VIII (1902) и IX (1904) Пироговских съездах.

Большой интерес на VIII съезде вызвал доклад А. А. Чертова «К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах» [48]. В нем были подведены итоги развития городской медицины к началу XX в. и представлены относительно достоверные статистические данные. К сожалению, на 478 обращений, разосланных Пироговским обществом в городские управы с просьбой представить материалы для сборника по городской медицине, откликнулись лишь 258 городов Европейской России (30 губернских, 196 уездных, 32 заштатных, безуездных, посадов и местечек). По-видимому, городским управам, проигнорировавшим запрос пироговцев, просто нечего было сказать. Но даже те данные, которые удалось получить и проанализировать А. А. Чертову, уже говорили о многом.

Как оказалось, только 32 города (12,4% от числа ответивших) располагали собственными городскими больницами. В подавляющем большинстве городов отсутствовала постоянно действующая санитарная организация, и только угроза надвигающейся эпидемии заставляла городские управы проводить санитарные мероприятия. Несмотря на то что, по данным А. А. Чертова, обязательные санитарные постановления принимались в 70% городов, контроль за их исполнением практически не осуществлялся.

VIII Пироговский съезд стал школой организации городского здравоохранения. Врачи делились передовым опытом по различным аспектам городской медицины. В докладах говорилось о принципах построения городской санитарной службы (В. Ф. Ставровский), о городской бесплатной амбулаторной помощи (И. П. Чулков), об опыте работы санитарных попечительств в г. Одессе (М. А. Богомолец).

Впервые на VIII Пироговском съезде прозвучал доклад об организации школьного надзора в больших городах, подготовленный группой училищных врачей г. Москвы (Д. Д. Бекарюков). Независимость врачей от школьной администрации и возможность действовать по собственной инициативе в Москве была обеспечена тем, что врачи училищного отделения получали жалованье не от дирекции школ и училищ, а непосредственно из общего городского бюджета [23].

Свидетельством растущего интереса к проблемам муниципального здравоохранения явилось создание на следующем — IX Пироговском съезде (1904) самостоятельной подсекции го-

родской медицины, которая провела 4 заседания [42]. Особое внимание на съезде было уделено проблемам городской санитарной организации: опыту организации школьного санитарного надзора в Петербурге (В. Г. Матвеева), работе городских дезинфекционных камер (В. А. Левашов), расширению городской канализации (Ф. С. Бурчак), состоянию ночлежных приютов (В. И. Биншток), созданию санитарных попечительств (Г. И. Ростовцев, В. Ф. Ставровский) и др.

Наиболее остро был поднят вопрос о необходимости введения в городах статистики причин смертности, что прозвучало в докладе видного отечественного статистика В. И. Гребенщикова. Профессор Н. В. Петров доложил разработанную Русским обществом охранения народного здоровья номенклатуру причин смертности. Съезд поручил Правлению Пироговского общества разработать при участии В. И. Гребенщикова регистрационную карту учета смертности для городов.

На IX съезде много говорилось и о недостаточном финансировании городской медицины. Варшавский санитарный врач И. В. Поляк показал, что по количеству расходов на городскую санитарную на первом месте находятся Англия и Германия и что даже наиболее благополучная Москва тратит в 5 раз меньше, чем Бирмингем. По словам автора многочисленных работ по проблемам городской санитарии П. А. Грацианова, ассигнования на санитарную должны были быть отнесены к числу обязательных расходов городских управлений.

Комиссия по организационным вопросам общественной медицины при Правлении Пироговского общества представила IX съезду подготовленный по поручению VIII съезда документ — «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах». В нем был обобщен передовой опыт ведущих городских врачебно-санитарных организаций России, подробно рассмотрены основные направления врачебно-санитарной деятельности городских управлений и наиболее рациональные формы работы.

Было рекомендовано, чтобы городская врачебно-санитарная организация включала следующие элементы:

- городскую больницу,
- амбулатории и помощь на дому,
- городских санитарных врачей (школьно-санитарных, торгово-санитарных, фабрично-санитарных),
- участковые санитарные попечительства,
- городской санитарный совет,
- санитарное бюро,
- городскую химико-бактериологическую станцию,
- дезинфекционную лабораторию.

Согласно решению съезда, этот документ в качестве рекомендаций был разослан в городские организации и был принят на местах как методическое руководство, он оказал

существенную помощь в дальнейшем строительстве городской медицины [42, вып. 3, с. 76—83].

К сожалению, это, главным образом, касалось крупных промышленно развитых городов, обладавших средствами для развития городской медицины. Неслучайно на съездах чаще всего звучали голоса представителей врачебно-санитарных организаций Петербурга, Москвы, Одессы, Харькова, Варшавы.

Политическая ситуация в России нашла отражение в решениях Пироговских съездов, которые, начиная с IX съезда, приобрели ярко выраженный оппозиционный характер. На фоне разворачивающихся в стране революционных событий Пироговские съезды пропагандировали идеи коллегиальности управления городской медициной, широкого привлечения общественных сил к решению санитарных проблем, демократизации городского самоуправления. Как говорилось в постановлении IX съезда по вопросам городской медицины, «необходимо признать, что правильное и широкое развитие ее возможно прежде всего при условии изменения городского положения в смысле расширения избирательных прав городского населения, т. е. при введении в городские думы представителей всех слоев и групп населения» [42, вып. 4, с. 317—325]. По мнению выступившего на съезде П. А. Грацианова, среди причин отставания городской медицины немало значение имеет также бесправное положение врачей на службе у городских управлений, которых не приглашали даже на заседания, посвященные врачебно-санитарным вопросам [42, вып. 4, с. 182—183].

Собравшийся в обстановке нарастающей политической напряженности Чрезвычайный Пироговский съезд по борьбе с холерой (21—23 марта 1905 г.) провозгласил в своих резолюциях, что «никакая культурная и мирная работа невозможна при существующем строе» [30, с. 209—211]. Антиправительственные выступления звучали и на X Пироговском съезде (1907) [8]. В докладах Л. Б. Грановского, Н. П. Васильевского, В. Ф. Ставровского, Б. Л. Богопольского много внимания было уделено социально-экономическим факторам, определяющим заболеваемость беднейших слоев городского населения.

Пироговское общество в эти годы, решительно отвергая какую-либо противоэпидемическую государственную деятельность, предлагало санитарно-эпидемические проблемы решать исключительно силами земских и городских самоуправлений с широким привлечением общественности. Учитывая то обстоятельство, что земские губернии составляли лишь половину страны, а санитарная служба в большинстве городских поселений не была сколько-нибудь развита, такая установка была достаточно утопичной. Полное отрицание пользы правительственной противоэпидемической деятельности также не имело под собой почвы. Достаточно вспомнить плодотворную

работу учрежденной в 1897 г. Противочумной комиссии, особенно в области изучения механизмов распространения опасных инфекций, производства сывороток, подготовки кадров эпидемиологов и санитарных врачей, предотвращения распространения эпидемии чумы на юге России и пр.

XI Пироговский съезд (1910) носил уже более деловой характер. Большое внимание на съезде было уделено различным формам оказания врачебной помощи, в том числе организации врачебных ночных дежурств в ряде городов. Как показал харьковский врач Л. Рохлин, ночные дежурства были необходимы не только для оказания помощи в несчастных случаях и при внезапных заболеваниях, но и потому, что значительное число горожан было лишено возможности лечиться днем «во избежание потери времени для заработка». Положения доклада Л. Рохлина были разосланы в медицинские общества, городские и земские управления.

Большой интерес вызвал доклад А. И. Шингарева «О финансовом положении городов». По его данным, городской бюджет Парижа превышал бюджет всех русских городов, вместе взятых. Если в Англии 60% средств, выделяемых на здравоохранение, шло на профилактику и 40% на лечебную медицину, то в России только 3% средств выделялось на предупредительную медицину и 97% — на лечебную [43, т. 2, с. 183].

Особенно острой была дискуссия о так называемом принудительном оздоровлении городов. В прениях принимали участие известные гигиенисты и общественные врачи (С. Н. Игумнов, И. С. Вегер, Н. М. Никольский, Г. А. Фальборк, И. Д. Астрахан, З. Г. Френкель, Д. Я. Дорф и др.), врачи — члены Государственной Думы (М. Я. Капустин и М. В. Челноков).

Чтобы объективно оценить позицию Пироговского общества, необходимо осветить историю этого вопроса. Вспышка эпидемий тифов и холеры в 1907—1910 гг. на фоне недостаточной активности городских властей в борьбе с эпидемиями заставила правительство обратить серьезное внимание на проблемы здравоохранения. В ноябре 1907 г. при Медицинском совете Министерства внутренних дел была создана комиссия по упорядочению санитарного состояния городов [38, с. 67]. Инициатором принудительного оздоровления городов, неблагополучных в санитарном отношении, стало Главное управление по делам местного хозяйства Министерства внутренних дел. В первую очередь это относилось к Петербургу, пострадавшему от эпидемии холеры, и ряду городов Поволжья (Астрахань, Царицын, Саратов, Самара). В городах, где органы самоуправления не в состоянии были самостоятельно решить санитарно-эпидемиологические проблемы, правительство должно было брать на себя их решение, но за счет города. Главное управление по делам местного хозяйства Министерства внутренних дел на заседании вышеупомянутой комиссии

предложило в случае бездеятельности города в вопросах санитарного благоустройства заменять городское управление назначенной правительством управой.

Пироговское общество, критиковавшее городские самоуправления, восприняло идею принудительного оздоровления как посягательство на права общественных учреждений, грозящее гибелью городской медицине: «...законопроект принудительного оздоровления является... прямо вредным, ибо в корне подрывает принцип самоуправления и оскорбляет общественную совесть явным недоверием к этому принципу» [43, т. 2, с. 183].

Общество призвало губернские управы присылать материалы о своей деятельности в санитарной сфере. В ответах городских управ говорилось о нежелательности принудительного оздоровления: представители городских управлений не хотели оказаться под жестким контролем государства, но не возражали против его финансовой поддержки. Сказывался печальный столетний опыт общения местных учреждений с Министерством внутренних дел, когда без учета местных особенностей и реальных потребностей все губернии должны были выполнять одни и те же циркуляры высшей власти, предназначенные как для промышленно развитой, густонаселенной Европейской России, так и для малонаселенных регионов.

Организационным аспектам городской санитарной организации много внимания было уделено на Пироговском совещании по санитарным и санитарно-статистическим вопросам (1912) и на XII Пироговском съезде (1913). В эти годы остро стоял вопрос о необходимости создания городских санитарных бюро. Если земская санитарная статистика к этому времени достигла огромных успехов, то в городах это направление развивалось крайне слабо. На совещаниях и в изданиях Пироговского общества подчеркивалось, что городское санитарное бюро должно быть центральным исполнительным органом всей врачебно-санитарной организации. В круг его деятельности должны входить организация съездов, анализ статистических материалов, отчетов и обзоров о деятельности врачебно-санитарных учреждений.

На XII Пироговском съезде был поднят вопрос о необходимости созыва съездов городских врачей по аналогии с земскими губернскими съездами для рассмотрения актуальных проблем городского врачебно-санитарного дела. Собравшийся в 1916 г. внеочередной Пироговский съезд по врачебно-санитарным вопросам в первую очередь был посвящен деятельности городских и земских управлений по организации помощи раненым и беженцам, борьбе с эпидемиями, работе Земского союза и Союза городов, созданных в начале войны.

Таким образом, Пироговские съезды послужили школой для городской медицины, создали условия для конструктив-

ного обсуждения наиболее актуальных ее проблем и обмена опытом. Нельзя переоценить значение Пироговских съездов для городской медицины еще и потому, что городские врачи, в отличие от земских, не проводили собственных съездов.

2.4. Состояние городской медицины перед Первой мировой войной

К началу Первой мировой войны в состоянии городской медицины произошли заметные положительные сдвиги. Заметно быстрее городская медицина развивалась в земских губерниях. Бюджет русских городов, равнявшийся в 1901 г. 117 млн рублей, в 1910 г. перешел за 200 млн. Рост городских доходов с конца XIX в. был обусловлен упорядочением земельного хозяйства, созданием доходных городских сооружений и предприятий. Соответственно росли и ассигнования на городскую медицину. Занимавшие поначалу в городских росписях последние места ассигнования на здравоохранение и образование с 1906—1908 гг. передвинулись на первые два места [51, с. 66]. По затратам на здравоохранение лидировала Москва.

В то же время в городах оставалось по-прежнему много острых проблем, вызывавших беспокойство врачей. Высокие показатели смертности городского населения, по мнению Н. П. Васильевского, анализировавшего материалы о состоянии городской медицины, представленные на Всероссийской гигиенической выставке 1913 г., были связаны с недостаточной развитостью городских врачебно-санитарных организаций многих городов, скудостью ассигнований на санитарные мероприятия. Неблагополучная ситуация в городах Европейской России была им проиллюстрирована следующей таблицей [2] (табл. 4).

Аналогичные показатели приводились в журнале Пироговского общества «Общественный врач». Согласно этим данным, Кострома, Нижний Новгород, Царицын, Омск, Тверь и другие города в первое десятилетие XX в. имели смертность на 1000 населения (от 40 до 43,4%) в 3—4 раза большую, чем Стокгольм, Амстердам (от 12 до 14%). Смертность в городах в 1908 г. составляла: в Петербурге — 29,0, в Москве — 27,7, в Одессе — 20,1. Во всех прочих городах в среднем она составляла 32 на 1000 населения. В то же время в Германии смертность была равна 16, а в Англии и Скандинавских странах — 14 [28, с. 73].

Развитие врачебно-санитарного дела в городах привело к появлению местных периодических изданий, освещавших многочисленные вопросы врачебно-санитарной практики. К числу старейших изданий относились «Известия Московской го-

Таблица 4. Коэффициенты смертности 33 городов Европейской России в первом десятилетии XX в.

Кострома	43,4	Ревель	25,7
Нижний Новгород	42,9	Владикавказ	25,7
Царицын	42,3	Чернигов	25,2
Омск	41,6	Бутам	24,2
Тверь	39,7	Плоцк	22,9
Екатеринодар	37,3	Рига	21,7
Рязань	35,3	Варшава	20,7
Таганрог	35,2	Седлец	20,7
Пенза	33,0	Одесса	19,9
Саратов	32,8	Симферополь	19,7
Ростов-на-Дону	32,2	Севастополь	19,1
Архангельск	31,7	Ялта	19,0
Херсон	31,3	Ковно	18,9
Тула	28,5	Петергоф	16,8
Москва	28,0	Гатчина	13,7
С.-Петербург	25,8	Царское Село	11,3

родской думы» (1877). В конце 70-х — начале 80-х годов XIX в. возникли «Известия» Киевской, Петербургской, Ростовской городских дум. В 1913 г. было уже 27 печатных органов, издаваемых городскими общественными учреждениями, причем 6 из них — в Сибири [39, с. 411—419]. К 1913 г. было уже 25 периодических врачебно-санитарных изданий городских управлений. Из них лишь несколько насчитывали свыше 10 лет существования («Сведения о врачебно-санитарной организации г. Одессы» — с 1898 г., «Московская врачебно-санитарная хроника» — с 1902 г., «Сведения о врачебно-санитарной организации Н.-Новгорода» — с 1902 г.). В последние предвоенные годы стали выходить врачебно-санитарные хроники Томска, Уфы, Симферополя (1907), Баку (1908), Севастополя, Ташкента (1909), Иркутска, Оренбурга (1910), Саратова, Пятигорска, Владивостока, Пензы (1912), Иваново-Вознесенска (1913). В ряде городов городскими управами издавались санитарно-статистические отчеты.

Как указывал А. Н. Сысин, городская врачебно-санитарная печать носила более практический оттенок по сравнению с земской печатью. На страницах городских врачебно-санитарных хроник рассматривались разнообразные актуальные вопросы практической санитарии. Видное место в этих изданиях занимали меры по борьбе с эпидемиями — устройство ночлежных домов, организация дезинфекции и изоляции, обсуждались отдельные практические мероприятия («капля молока», «детские колонии», «попечительства», муниципализация аптечного дела), конкретные вопросы городского благоустройства (устройство холодильников, борьба с дымом, о бойнях и пр.). Лишь в редких случаях на страницах этих изданий

обсуждались общие планы оздоровления городов, публиковались материалы обобщающего характера. Очень мало внимания уделялось вопросам организации и постановки лечебного дела. В качестве полезного начинания А. Н. Сысин отмечал появление на страницах городских хроник отчетов о деятельности санитарных врачей, отчетов санитарных станций и химико-бактериологических городских лабораторий.

К сожалению, полных данных, касающихся отдельно городской медицины, не существует. Согласно официальным отчетам, в 1907 г. земские и городские общественные управления России имели 2327 лечебных учреждений с 86,4 тыс. коек. Из них в городах находился 701 стационар с 57,5 тыс. коек, что составляло, соответственно, 33,6% всех гражданских лечебных заведений и 51,5% коек [13, с. 73].

Как уже указывалось выше, попытка Пироговского общества получить исчерпывающие данные о состоянии городской медицины также не дала ожидаемых результатов. Для подготовки нового «Сборника по городскому врачебно-санитарному делу» Пироговское общество начиная с 1912 г. четыре раза рассылало обращения в 308 городских управ, но к началу 1914 г. получило ответы лишь из 224 городов.

Сборник был подготовлен Д. Н. Жбанковым и издан только в 1915 г. Наиболее полные данные о состоянии городской медицины на пике ее развития перед началом Первой мировой войны содержатся в уже упоминавшейся работе Д. Н. Жбанкова «Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела» (1915), которая была написана по материалам, присланным с мест для сборника по городской медицине [16, с. 449—485].

В начале XX в. неоднократно предпринимались попытки получить разрешение правительства на созыв общегородских съездов. Однако разрешение было получено лишь в связи с началом Первой мировой войны. Собравшийся 8—9 августа 1914 г. в Москве общегородской съезд основал Всероссийский союз городов для организации помощи больным и раненым воинам, который возглавил московский городской голова М. В. Челноков. В качестве руководящих органов были созданы Главный комитет и городские комитеты при управах.

Союзом городов в годы войны была создана широкая сеть лазаретов для эвакуированных раненых, санитарные поезда и ряд госпиталей для работы в непосредственной близости к фронту. Учреждения Союза городов оказывали также медицинскую и продовольственную помощь беженцам, обеспечивали жильем, принимали меры по предупреждению распространения эпидемий [46, с. 75—88]. Союз городов выступал сообща с аналогичной земской организацией — Земским союзом. Финансирование этой деятельности осуществлялось из

городских средств, на пожертвования и, в том числе, на государственные средства.

Таким образом, стремительный рост городов после отмены крепостного права в России и резко обострившиеся проблемы городского хозяйства обусловили проведение в 1870 г. реформы городского самоуправления. Неравномерность развития медицины городских самоуправлений являлась следствием резких различий в экономическом положении городов России. Развитие городской медицины осложняли ограниченность финансовых средств, несовершенство законодательства — отсутствие точной регламентации обязанностей городских учреждений в сфере охраны народного здоровья. Несмотря на то что городская медицина по уровню своего развития существенно отставала от земской, их объединяло стремление к достижению доступности медицинской помощи для населения, к соответствию современному уровню развития науки. Пироговские съезды послужили школой для городской медицины. Подготовленный Пироговским обществом документ «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах» (1904) явился результатом обобщения передового опыта городской медицины и стал по существу руководством для городских самоуправлений и врачей. Темпы развития городской медицины заметно ускорились с начала XX столетия: увеличилось финансирование, выросло число медицинских учреждений, развивались новые формы медицинской помощи, начали издаваться городские медицинские периодические издания.

ГОРОДСКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

3.1. Особенности развития лечебного дела в городской медицине

Одной из важнейших проблем городской медицины являлась организация лечебной помощи населению. Если состоятельные горожане имели возможность пользоваться услугами частной медицины, а служащие различных ведомств — ведомственными лечебными учреждениями, то основная масса неимущего населения города была фактически лишена медицинской помощи. Лечебные учреждения благотворительных организаций существовали, главным образом, в крупных городах и могли лишь отчасти удовлетворить эту потребность. С неуклонным ростом городского населения в пореформенной России проблема эта все более обострялась.

В подавляющем большинстве городов лечебная помощь населению, организуемая городскими самоуправлениями, стала развиваться лишь с 80—90-х годов XIX в. Как уже было сказано, характерной чертой городской лечебной помощи была крайняя неравномерность ее развития и многообразие форм, что зависело от экономического положения городов, доброй воли городских управ, а также наличия лечебных учреждений других ведомств. К началу XX в. $\frac{3}{4}$ городов России все еще не имели собственных лечебных учреждений. В небольших городах, составявших большинство городских поселений России, чаще всего врачевальная помощь (если она осуществлялась), финансируемая городскими самоуправлениями, ограничивалась небольшими приемными покоем и амбулаторной помощью, а в самых маленьких городских поселениях — только одним врачом на службе у городского самоуправления.

К началу XX в. у городских врачей уже вполне сложилось представление о том, какой должна быть городская лечебная помощь, о чем свидетельствует подготовленный правлением Пироговского общества к IX съезду документ «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах». В нем говорилось: «Развитие средств врачебной помощи городскому населению должно отвечать всем условиям вполне

гуманной постановки лечебного дела и, в случаях возникновения эпидемических болезней, удовлетворять требованиям их прекращения или предупреждения дальнейшего их распространения. Средствами городского общественного управления должна быть обеспечена населению: а) больничная помощь, б) амбулаторная, в) на дому у больных и г) акушерская. Помощь эта должна быть общедоступной и бесплатной для всего населения» [27, с. 77].

«Основные начала» были восприняты многими городскими самоуправлениями как методическое руководство, о чем неоднократно говорилось в городских отчетах, вошедших в сборник по городской медицине 1915 г.

Наиболее полные данные об объеме городской лечебной помощи содержатся в сборниках по городской медицине, изданных Пироговским обществом. Однако следует напомнить, что в сборнике, составленном А. А. Чертовым по городской медицине Европейской России (1903), содержатся материалы по 258 городам, а в последнем сборнике (1915), составленном Д. Н. Жбанковым, — лишь по 224 городам. Надо полагать, что не приславшие свои материалы города не имели собственных развитых врачебно-санитарных организаций. Не были получены сведения даже из таких крупных сибирских городов, как Тобольск и Якутск, из Западного края не представила сведения Лодзь и др.

Как уже говорилось во второй главе, города в «Сборнике» Д. Н. Жбанкова были разделены на три группы по численности населения: 1) города с населением свыше 100 тыс. (33 города), 2) города с населением 50—100 тыс. (54 города), 3) города с населением менее 50 тыс. (137 городов). В работе «Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела» Д. Н. Жбанков представил городскую лечебную помощь по трем группам городов [12, с. 451] (табл. 5).

В 107 городах отсутствовали самостоятельные амбулатории, а в 53 небольших городах не существовало больниц и оказывалась только амбулаторная помощь. Собственных городских врачей, оказывавших лечебную помощь населению, имели 147 городов. В прочих городах обязанности оказания медицинской помощи были возложены на правительственных городских врачей. Наибольшее число городских врачей «по лечебной части» было в следующих больших городах: в Петрограде — 440, Москве — 436, Варшаве — 343, Одессе — 95, Риге — 79, Харькове — 56, Киеве — 45.

С учетом врачей лечебных учреждений различных ведомств, благотворительных и частных больниц фактическое число врачей в больших городах намного превышало эти цифры. В пересчете на число жителей получалось, что в Варшаве один городской лечащий врач приходился на 2300 жителей, в Москве — на 3200, в Петрограде — на 3800, в Харькове — на

Таблица 5. Городская врачебная помощь населению (по состоянию на 1913—1914 гг.) по данным «Сборника по городской медицине»

	Во скольких городах							
	I группа (свыше 100 тыс. насе- ления)		II группа		III группа		все 3 группы	
	есть	нет	есть	нет	есть	нет	есть	нет
Организована городская врачебная помощь	32	1	41	13	19/53	65	92/53	79
Имеются общие город- ские больницы	28	5	25	29	28	109	81	143
Имеются заразные бара- ки, больницы, отделения	32	1	31	23	37	100	100	124
Имеются больницы, от- деления для душевно- больных	8	25	4	50	2	135	14	210
Имеются родильные приюты, отделения	24	9	19	35	21	116	64	160
Имеются приюты для «хроников»	15	18	7	47	—	137	22	202
Имеются приюты для богадельни	27	6	30	24	67	70	124	100
Имеются приюты для самостоятельной амбу- латории	29	4	34	20	54	83	117	107
Имеются врачи по ле- чебной части	32	1	43	11	72	65	147	77
Имеется аптека с правом вольной продажи	9	24	12	42	12	125	33	191
Организована помощь на дому	16	17	8	46	10	127	34	190
Организована скорая по- мощь	12	21	1	53	—	137	13	211
Организованы ночные дежурства врачей	16	17	2	52	2	135	20	204

4200. В остальных городах ситуация была значительно хуже. Так, в Витебске один городской врач приходился на 100 тыс. жителей. В 35% городов перед Первой мировой войной городская врачебная часть совершенно отсутствовала.

Даже накануне Первой мировой войны, когда городская медицина достигла своего наибольшего развития, в 73 городах имелись только зачатки городской врачебной помощи, в том числе во многих больших городах (в Минске, Витебске, Перми, Симферополе, Пензе, Владимире, Рязани, Чернигове, Иваново-Вознесенске, Херсоне, Тамбове, Архангельске и т. д.). Согласно материалам сборника о состоянии городской

медицины, перед Первой мировой войной в 35% городов, в числе которых были даже такие крупные города, как Орел, Калуга, Могилев, Кременчуг, Житомир и др., городские самоуправления даже не приступали к организации врачебной помощи.

Поскольку в сборниках представлены не все русские города и перечни их в изданиях 1903 и 1915 гг. не совпадают, цифры эти лишь намечают сложившуюся в начале XX в. общую тенденцию роста показателей развития городской лечебной помощи.

Рассмотрим, как формировалась лечебная помощь населению по отдельным ее видам в рамках городской медицины.

3.2. Становление городской внебольничной помощи

Как уже было сказано в предыдущей главе, приказные больницы в подавляющем большинстве были переданы земским организациям. Финансирование строительства и содержания больниц в конце XIX в. было не под силу большинству городских самоуправлений. Поэтому развитие лечебного дела первоначально шло по линии обеспечения населения внебольничной помощью.

Наибольший интерес представляет опыт Санкт-Петербурга, где в начале 80-х годов XIX в. сложился институт думских врачей, послуживший примером для ряда других городских самоуправлений. Представители беднейших слоев столицы получали медицинскую помощь в «Попечительствах о бедных» Императорского Человеколюбивого общества, расположенных в Петербурге по участковому типу, и других благотворительных организациях. Однако в конце XIX в. даже крупные столичные благотворительные организации были не в состоянии обеспечить медицинской помощью огромные массы населения, хлынувшего на заработки в города после отмены крепостного права, а также неуклонно растущее число рабочих городских промышленных предприятий.

Организация внебольничной амбулаторной помощи городскому населению явилась одним из первых мероприятий городской Комиссии общественного здоровья, инициаторами создания которой выступили проф. С. П. Боткин и д-р Г. И. Архангельский. Внебольничная амбулаторная помощь, в частности помощь на дому, была организована в Петербурге в связи с эпидемиями тифа и оспы, а затем — дифтерии и скарлатины в конце 70-х — начале 80-х годов XIX столетия. Городская комиссия общественного здоровья признала в 1881 г. необходимым организовать медицинскую помощь посредством приглашения местных врачей, которые за незначительную плату лечили бы у себя на дому больных, причем плату

врачам и аптекам за беднейших жителей приняла бы на себя городская казна [18, с. 1075].

Деятельность так называемого института думских врачей началась с конца 1882 г. «Положение о думских врачах», разработанное С. П. Боткиным совместно с Г. И. Архангельским и В. И. Лихачевым, вменяло в обязанность оказание больным, проживающим в пределах городского участка, бесплатной амбулаторной медицинской помощи и помощи на дому. Врачам предписывалось выявлять заразных больных. В их обязанность входило обслуживание начальных учебных заведений, вакцинация и ревакцинация оспы. Согласно «Положению», думским врачам запрещались любая частная практика и совместительство.

Городская территория Петербурга была распределена на участки между 19 думскими врачами. Врачи должны были в своих квартирах в утренние часы принимать проходящих больных своего участка, а затем оказывать медицинскую помощь на дому тяжелобольным. Думские врачи снабжали больных рецептами на особых бланках, по которым лекарства отпускали в частных аптеках с оплатой за счет города. Часть лекарств бесплатно выдавалась неимущим пациентам из аптек врачей, регулярно пополнявшихся городским аптечным складом.

Во время эпидемий штат думских врачей усиливали дополнительными кадрами. Благодаря введению бесплатной медицинской помощи удавалось своевременно выявлять очаги заразных заболеваний и принимать необходимые меры. Немалую роль сыграли думские врачи и в санитарном просвещении населения, знакомя его с правилами гигиены.

По сведениям А. А. Липского, за 20 лет думские врачи в Петербурге обслужили 850 тыс. больных на дому и сделали 1 млн 340 тыс. визитов. Квартиры (амбулатории) думских врачей посетили свыше 3 млн проходящих больных, сделавших до 4 $\frac{1}{2}$ млн посещений. В общей сложности думскими врачами оказано за 20 лет 6 млн «медицинских пособий» [18, № 50 с. 1101—1102]

Думские врачи настаивали на перемещении приема пациентов из частных квартир в амбулатории. В 1902 г. городская дума наконец постановила открыть 6 городских амбулаторий, где вели прием 19 думских врачей, но несколько врачей вынуждены были еще вести прием у себя на дому. В амбулаториях уже становилось возможным оказание специализированной медицинской помощи [14, с. 219]. В помощь думским врачам иногда назначались фельдшеры, которые помогали при приемах больных, изготавливали необходимые лекарства. Самостоятельное лечение больных или выдача лекарств фельдшерам воспрещались.

В 1908 г. при 6 городских амбулаториях думских врачей

Таблица 6. Показатели деятельности городских амбулаторий в Петербурге (1909)

Думскими врачами принято новых больных	213 866
Больными сделано посещений	322 859
Визитов к больным на дом сделано	118 889
Врачами специалистами принято больных	29 321
Больными сделано посещений	59 914
Дежурными врачами принято больных	1 197
Визитов на дом сделано в ночное время	6 184

были открыты бесплатные приемы по женским болезням — по 2 раза в неделю [42, с. 1666]. В амбулаторных лечебных учреждениях становилось вполне реальным введение ночных дежурств врачей, которые оказывали медицинскую помощь приходящим больным. К 1910 г. число городских амбулаторий возросло до 11 и постепенно стало соответствовать числу административных частей города. Оказание амбулаторной медицинской помощи снижало обращаемость городского населения в больницы [25, с. 6]. О масштабах деятельности петербургских городских амбулаторий можно судить по следующим данным за 1909 г. [7, с. 12] (табл. 6).

Городская участковая медицинская помощь по типу петербургской, но в меньшем объеме, в конце XIX в. была организована в нескольких городах: Харькове, Киеве, Одессе, Казани. В 1903 г. бесплатная городская амбулатория открылась в Оренбурге.

Московская городская управа, в отличие от петербургской, не практиковала приемы населения на дому у врачей, а сразу стала развивать систему амбулаторного обслуживания населения. Распространение эпидемии сыпного тифа в Москве в конце 1886 г. привело к открытию двух временных амбулаторий при ночлежных домах (Мясницкая на Хитровом рынке и Пресненская). Это позволило своевременно выявлять эпидемических больных в тех районах города, где имелись ночлежные дома. Число лиц, обратившихся по поводу самых различных болезней, возрастало так быстро, что городское управление приняло решение сохранить амбулаторные пункты, превратив их в постоянные, и приступить к созданию сети подобных лечебных учреждений (табл. 7) [20, с. 42—43].

Таким образом, в течение 15 лет в городе было открыто четырнадцать амбулаторий. Ряд амбулаторий был устроен на окраинах Москвы. Они располагались в наемных помещениях, где большинство жителей принадлежало к беднейшим слоям населения. Ежемесячно во всех городских амбулаториях обслуживалось до 15 тыс. больных, в том числе до 2500 детей моложе 10 лет. Бедные больные получали бесплатные лекарства. Популярность амбулаторий у населения Москвы неуклон-

Таблица 7. Становление амбулаторной помощи в Москве (1887—1902)

Годы открытия амбулаторий	Названия вновь открытых амбулаторий
1887	1) Мясницкая; 2) Пресненская
1889	3) Лефортовская; 4) Рогожская
1891	5) Сушевская
1892	6) Мещанская
1893	7) Таганская
1897	8) Специальная для больных с венерическими на- кожными болезнями
1898	9) Тверская
1902	10) Бутырская; 11) Даниловская; 12) Дорогомиллов- ская; 13) Грузинская; 14) Серпуховская

Таблица 8. Масштабы деятельности городских амбулаторий в Москве (1887—1910)

	1887	1890	1895	1900	1905	1910
Число больных	7 206	53 746	189 437	244 602	425 459	646 701
Сделано посе- щений	14 407	101 995	403 067	543 085	925 071	1 323 942

но росла, о чем свидетельствует увеличение числа пациентов и сделанных ими посещений (данные представлены в табл. 8) [20, с. 42—43].

Объем медицинской помощи, оказываемой населению, зависел также от степени распространения эпидемий в городе в отдельные периоды. За 24 года (1886—1910) зарегистрированными амбулаториями заразные больные составляли свыше 15% всех принятых больных. Амбулаториями в больницы для стационарного лечения было направлено около 35 тыс. заразных больных.

Одновременно с ростом числа амбулаторий увеличивались численность обслуживавшего их медицинского персонала и расходы на содержание [20, с. 44] (табл. 9).

На каждом приеме обычно работало 2—3 врача и 2—3 фельдшера, и потому каждая амбулатория с двукратными (утренним и вечерним) приемами больных имела штат из 4—5 человек. В некоторых амбулаториях проводился одновременно прием 4—5 врачами. С течением времени в амбулаториях стала оказываться и специализированная помощь, в том числе производились несложные хирургические вмешательства.

Оказание врачебной помощи производилось также в амбулаториях при городских больницах. Амбулатории в Москве

Таблица 9. Кадровое обеспечение и расходы на содержание городских амбулаторий в Москве (1887—1910)

	1887	1890	1895	1900	1905	1910
Количество амбулаторий	2	4	7	9	14	14
Число врачей	2	8	15	28	46	60
Число фельдшеров и фельдшерниц	2	4	19	28	52	66
Число служащих	2	4	7	11	23	31
Расходы на содержание амбулаторий в рублях	5000	14 000	44 000	76 000	168 000	245 000

существовали при 1-й Градской, Сокольнической, Глазной им. А. А. и В. А. Алексеевых, детской больнице им. В. Е. Морозова и других городских больницах. Кроме общих амбулаторий при больницах в Москве стали создаваться специализированные амбулатории (детские, для лечения глазных болезней, для больных венерическими болезнями, стоматологическая).

Амбулаторная помощь постепенно развивалась и в других городах, и к 1913 г. в российских губернских городах было уже 49 самостоятельных амбулаторий, а в уездных — 51. Бесплатная амбулаторная помощь была организована в 22 городах России [5, с. 1087].

Врачи-пироговцы искали наиболее рациональные организационные формы врачебной внебольничной помощи городскому населению, что стало предметом обсуждения в ходе работы «Секции земской и городской медицины» на VIII Пироговском съезде (1902), где был заслушан доклад И. П. Чулкова «Типовые организации городской внебольничной бесплатной врачебной помощи».

Накопленный в течение двух десятилетий опыт городской внебольничной помощи нашел отражение в «Основных началах желательного врачебно-санитарного строя в городах», где говорилось, что «Внебольничная врачебная помощь должна быть по возможности децентрализована. Город должен быть разделен на врачебные участки с амбулаторией в центре... амбулатории должны помещаться в городских, вполне приспособленных, помещениях и снабжены достаточным запасом медикаментов, необходимыми инструментами и прочими медицинскими средствами для исследования и лечения больных. Прием больных в амбулаториях должен быть бесплатным, с бесплатной выдачей лекарств или оказанием другого пособия — в утренние или вечерние (по местным условиям) часы. Кроме врача, амбулатория должна иметь достаточно подготовленный и служительский персонал».

Также определилось и представление о статусе и функциях думских врачей: «Думский врач, заведующий амбулаторией, должен состоять исключительно на городской службе и быть достаточно обеспечен, чтобы не совмещать другой службы или не искать платной практики; он должен подавать бесплатную помощь больным и на дому в случаях тяжелых и при острых инфекционных заболеваниях, почему-либо не могущих быть изолированными в заразные отделения больницы. При всех случаях острозаразных заболеваний думский врач озабочивается принятием мер по предупреждению возможности передачи заразы и сообщает об этих случаях городскому санитарному надзору» [27, с. 76—82).

Накануне Первой мировой войны 117 российских городов имели самостоятельные амбулатории. Больше всего их было в Петербурге и Одессе (по 20), в Москве и Риге (по 14), в Киеве (11), Баку (7), в Самаре, Саратове, Харькове (по 6), Тифлисе (5).

Городские амбулатории не всегда были в состоянии удовлетворить потребность населения в медицинской помощи. Как писал в своем отчете заведующий смоленской городской амбулаторией врач И. Н. Шевердин, «запись посетителей по некоторым болезням приходилось ежедневно ограничивать ввиду того, что врачи не в силах принять всех желающих. Помещение мало, ожидальня всегда бывает переполнена настолько, что негде повернуться, больные сидят и на лестнице, и в коридоре, и на полу» [16, с. 74].

В значительном числе средних и мелких городов амбулаторный прием производился земскими, городскими (правительственными) врачами, работавшими по совместительству на службе у городов. Как писал Д. Н. Жбанков, существовавшая амбулаторная помощь не могла удовлетворить население, тем более что прием ограничивался 1,5—3 часами. По его словам, «...происходит не прием, а прогон больных перед глазами врача». Население 143 городов вынуждено было пользоваться услугами лечебных учреждений земств и других ведомств [12, с. 453].

3.3. Развитие городского больничного дела

Обеспечение населения городов стационарной помощью было наиболее сложной проблемой для городских самоуправлений, так как требовало серьезных капиталовложений. Для покрытия части расходов городских самоуправлений на больничную помощь в ряде городов (Петербург, Москва, Одесса, Харьков) был установлен так называемый больничный сбор (по закону 1890 г.), взимавшийся с малоимущих слоев населения и дающий право на бесплатное лечение в больницах. В Москве этот сбор составлял 1 рубль 25 копеек в год со всех

лиц (без различия пола и звания), занимавшихся в черте города каким-либо ремеслом, работой по найму в качестве прислуги, торговлей вразнос, извозным промыслом и т. д. Лица, не уплатившие больничного сбора, не пользовались правом бесплатного лечения в больницах, за исключением инфекционных и венерических больных.

Плата за оказание стационарной помощи в городских больницах была различной и составляла чаще всего от 40 копеек до 1 рубля в день за койку, но иногда она была и выше: в Кутаиси, например, она составляла 3 рубля в день [8, с. 640].

Больничный сбор лишь в незначительной степени покрывал расходы на содержание больниц. В Москве его доля в расходах составляла менее 10%, а основным источником финансирования являлись городские ассигнования. Стоимость лечения в московских больницах составляла от 4 рублей 20 копеек до 6 рублей 60 копеек в месяц. Довольно высокой была плата за психиатрическую помощь. В московской Преображенской больнице она составляла 6 рублей 60 копеек в месяц, а в психиатрической больнице им. Н. А. Алексеева — 15 рублей, а за улучшенные условия — 25 рублей в месяц. В некоторых больницах имелось небольшое число платных мест для состоятельных больных, желавших пользоваться улучшенными условиями.

Больные острозаразными заболеваниями, сифилисом и венерическими болезнями в городских больницах лечились бесплатно, независимо от уплаты больничного сбора. Городская управа обычно освобождала от платы за лечение несостоятельных больных, представивших свидетельство о бедности от полиции [44, с. 40].

Неоднократно упоминавшиеся «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах» свидетельствуют о том, что пироговцы с неодобрением относились к практиковавшемуся в городах больничному налогу: «Больничный налог, как налог личный, распространяющийся не на все население и затрудняющий пользование больничной помощью для пришлого рабочего люда, должен быть признан несправедливой и нежелательной формой обложения» [27, с. 77].

Первые городские больницы были открыты в столицах, а также в Екатеринодаре (1868), Севастополе (1869), Баку (1875), Екатеринбурге (1876), Саратове (1878), Харькове (1879).

Перед Первой мировой войной наибольшее число городских больниц — 19 — было в Москве. На втором месте был Петербург, содержавший 14 лечебниц разных типов. В Варшаве было 9 больниц, в Харькове — 4, Одесса и Рига имели по 3 больницы, Иваново-Вознесенск, Иркутск, Казань, Самара,

Саратов, Тифлис, Наманган — по 2 больницы. В остальных городах, располагавших собственными лечебными учреждениями, было по одной больнице. [13, с. 18, 424—441].

В 1902 г. на VIII Пироговском съезде в докладе «К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах» А. А. Чертов указывал: «...наличное число коек, обыкновенно, далеко не соответствует численности городского населения, что вызывает, с одной стороны, значительное переполнение больниц, неблагоприятно отражающееся на всем строе больничного дела, и с другой — немалое число отказов в приеме, за недостатком свободных мест» [44, с. 52].

Несмотря на неполноту данных, не позволяющих с достаточной достоверностью сопоставлять материалы первого и второго Пироговских сборников, можно заметить тенденцию возрастания в начале XX в. числа лечебных учреждений и объема городской лечебной помощи. Если в первом сборнике по городской медицине А. А. Чертов указал 32 города, располагавших собственными больницами, то Д. Н. Жбанков в 1915 г. насчитал уже 81 город, имевший общие больницы. Если в конце XIX в. только 26,2% городов предоставляли населению врачебную помощь на городские средства (в той или иной форме), то к началу Первой мировой войны число таких городов достигло почти 64,8%.

Как показали материалы сборника 1915 г., в городах, за исключением столиц и некоторых больших городов, общая обеспеченность койками все же была очень мала. Лучше всего были обеспечены Петроград (1 койка на 140 жителей), Москва (1 на 180), а также Екатеринодар, Одесса, Рига, Ростов-на-Дону, Варшава, Николаев, Нижний Новгород и Харьков (1 койка на 300—400 человек). Наименьшая обеспеченность наблюдалась в Гродно (1 койка на 5800 жителей), Симферополе (1 на 5600), Ставрополе (1 на 4000) и Пензе (1 на 3400). В действительности же эти соотношения в некоторых городах были еще более удручающими, так как в официальные показатели были включены койки заразных барачков, многие из которых работали только во время эпидемий [12, с. 451—452].

Большинство городских больниц поначалу размещалось не в специально выстроенных, а в приспособленных зданиях. Так, московская 2-я городская больница им. кн. Щербатова была устроена в 1866 г. в помещении бывшей суконной фабрики [11, с. 171—175]. Старые здания не всегда соответствовали больничным нуждам. Как говорилось в отчете этой больницы за 1902 г., «помещение приемного покоя тесно; это особенно чувствуется зимой, когда на прием в больницу является большое количество больных с провожатыми. Для осмотра больных в приемном отделении имеется одна кушетка, другой же кушетки или кровати негде поставить и потому часто слабых больных приходится класть на скамейках. При приемном

покое отделены три очень маленьких кабинета для осмотра в них больных скарлатинных и дифтеритных, и один для общих больных. Эти кабинеты крайне тесны, очень плохо освещены и не имеют собственного отопления, а нагреваются общей печкой из приемного покоя» [4].

К началу XX столетия строительство специальных зданий для городских больниц стало уже обычным явлением. Этот вопрос широко обсуждался на IV съезде русских зодчих в 1911 г. Как говорилось на съезде, «современная больница должна строиться архитектором при непрестанно ближайшем участии врача, лиц администрации и т. д. На обязанности врача лежит разъяснение всех медико-санитарных требований, их, так сказать, защита; на архитекторе же лежит облечение этих требований в строительные формы, причем, он отнюдь не должен только подчинять архитектуру медицинским требованиям, он должен ее по возможности с ними согласовывать» [40, с. 347].

Перед Первой мировой войной общие (многопрофильные) больницы имелись (согласно материалам «Сборника по городской медицине») только в 28 больших, 25 средних и 28 малых городах. Из крупных городов общих больниц не имели Вильна, Витебск, Двинск, Минск и Ревель.

Ввиду того что в литературе и источниках сведения о московских и петербургских городских больницах представлены более подробно, рассмотрим, как формировалась и функционировала в них лечебная стационарная помощь. Согласно отчету московского городского управления, представленному в сборнике Д. Н. Жбанкова, в 1914 г. в его ведении находилось 8 общих и 11 специальных больниц (из них две — психиатрические) [13, с. 18].

Москва значительно раньше других городов приступила к организации стационарной помощи горожанам. Положение о городском общественном управлении было введено в ней еще в 1862 г., т. е. за 8 лет до издания «Городового положения». По сравнению с другими городами она находилась в более благоприятных условиях, так как большую часть ее лечебных учреждений составляли больницы, перешедшие в 1887 г. в городское подчинение от приказов общественного призрения [43, с. 87—88].

Ряд лечебных учреждений был создан самим городом. Так, 2-я городская больница им. кн. А. А. Щербатова была основана в 1867 г. как временная инфекционная больница. Со временем в ней появились терапевтическое и хирургическое отделения. Впоследствии она стала клинической базой Высших женских медицинских курсов. В 1898 г. на городские средства была построена и Сокольническая инфекционная больница.

В 1887 г. из ведомства императрицы Марии в ведение городских властей перешла 1-я Градская больница (536 коек),

Таблица 10. Показатели развития стационарной городской помощи в Москве (1890—1910 гг.)

Годы	Количество штатных коек	Число принятых больных
1890	3767	38 682
1895	4182	39 868
1900	4708	43 413
1905	5135	54 329
1910	7130	72 391

которую город фактически содержал со времени ее открытия в 1833 г. В этом же году произошла передача городскому управлению Преображенской психиатрической больницы. В ведение города перешли также больницы при Покровской общине сестер милосердия и при Александровской общине сестер милосердия «Утоли моя печали» (160 коек), консультантами в которой работали профессора и приват-доценты Московского университета (А. А. Остроумов, А. А. Бобров, С. П. Федоров, Г. И. Россолимо и др.) [20, с. 33—34].

Многие лечебные учреждения Москвы были построены на благотворительные средства и затем подарены городу. В ряде случаев основатели после передачи лечебных учреждений городу продолжали их финансировать. Так, городская больница для хронических больных была выстроена и содержалась на капитал, пожертвованный братьями Бахрушиными (1887). На тех же основаниях была создана и функционировала Алексеевская глазная больница (1900).

В 1876 г. на капитал в 400 тыс. рублей, пожертвованный городу П. Г. фон Дервиз, была построена и открыта детская больница Св. Владимира (256 коек). Крупные пожертвования горожан позволили открыть в 1894 г. психиатрическую больницу им. Н. А. Алексеева на 400 коек. В 1902 г. была открыта вторая детская больница имени В. Е. Морозова на пожертвованный им капитал; в 1903 г. на средства А. К. Медведниковой была построена больница для неизлечимо больных им. И. и А. Медведниковых. В 1908 г. началось строительство городской больницы на 500 коек, на которую по духовному завещанию К. Т. Солдатенкова было пожертвовано 1,2 млн рублей. Первые ее отделения открылись в 1910 г. Тогда же была открыта построенная на средства Л. И. Тимистера больница для послеродовых больных [20].

В периоды эпидемий городом открывались временные больничные отделения. Для удобства госпитализации больных и равномерного их распределения существовала диспетчерская, державшая телефонную связь с больницами [10, с. 51].

За 20 лет (1890—1910) количество штатных коек в больницах Москвы и число лечившихся в них больных возросло поч-

ти в два раза, о чем свидетельствуют данные табл. 10 [20, с. 36].

Во многих российских городских больницах оказывалась хирургическая помощь. Лечение больных до 80-х годов XIX в. было, как правило, консервативным. С внедрением асептики и антисептики хирургические операции в городских больницах стали проводиться довольно широко.

В качестве примера можно привести хирургическую деятельность московской 1-й Градской больницы. В ней было создано хирургическое отделение, имевшее в своем составе чистые и гнойные палаты. Здесь производились овариотомии, трепанации черепа, трахеотомии, операции по поводу онкологических заболеваний, лапаротомии, уретротомии, операции на прямой кишке, ампутации, вылушивания костей и прочие [1, с. 14.; 2, с. 1—3].

Выдающийся хирург и ученый, профессор Московского университета П. И. Дьяконов так описывал хирургическое отделение 1-й Градской: «Операций производится всего около 500 в год; из них больших (чревосечений) до 150. В хирургическом отделении 125 кроватей, из них чистых 85 (45 мужских и 40 женских кроватей, из последних 30 — гинекологических) и 40 из области малой хирургии (29 мужских и 11 женских). Операции проводятся ежедневно (кроме воскресений и больших праздников). Начало в 9 час. утра. Общее обезболивание ведется хлороформом в сочетании с морфием и атропином; в исключительных случаях — эфиром. Местное — кокаином с адреналином (при наложении желудочного свища и почти всегда при грыжесечениях). Руки хирурга моются с лизоформом, сулемой, эфиром, спиртом. Накануне операции больному делается мыльная ванна и накладывается формалиновый компресс; в день операции поле моется зеленым мылом с лизоформом, сулемой, эфиром и спиртом. На рану во время операции накладывается сухая марля без химических противопаразитных средств (обмывается только солевым раствором); повязка также без химических противопаразитных». По данным П. И. Дьяконова, кроме заведующего, в хирургическом отделении больницы работали 3 хирурга-ординатора и 3 экстерна [9, с. 10].

В 1-й Градской велись также исследования по травматологии, о чем свидетельствует диссертация врача 1-й Градской Ф. В. Духанина «Статистика переломов 1 Московской городской больницы (1885—1894)».

В 1909 г. во всех московских больницах было произведено 12 918 хирургических операций (10 910 общехирургических и 2008 гинекологических) [10, с. 37].

Переход 1-й Градской больницы в распоряжение городских властей повлек за собой долгожданные работы по ее благоустройству: прежде всего в 1889 г. был построен одноэтажный хирургический корпус. В конце XIX в. больница имела хирурги-

ческое, терапевтическое, и сифилитическое отделения. В больнице имелся отдельный корпус на 108 коек, построенный для неизлечимо больных, где содержались пациенты с параличом, эпилепсией, психически больные. По данным отчетов больницы, во второй половине 1900 г. 47,2% всех коек было занято больными венерическими больными [2, с. 1]. Часть больных сифилисом находилась в Серпуховском филиале больницы на Шаболовке. Гинекологическое отделение появилось в 1-й Градской только в конце XIX в. До этого больница имела лишь смотровую для больных женщин и беременных, находившуюся в ведении палатных ординаторов и повивальной бабки [41, с. 68]. Следует также отметить, что в 1-й Градской больнице уже в конце XIX в. существовали неврологические палаты. В 1909 г. на базе 1-й Градской была основана факультетская терапевтическая клиника Высших женских курсов. Первым руководителем ее был выдающийся клиницист и педагог профессор Э. В. Готье. Размещалась факультетская терапевтическая клиника первоначально в бывшем каретном сарае, а с 1911 г. — в специально построенном здании, возводимомся при активном содействии Э. В. Готье.

Еще с 70-х годов XIX в. здесь использовались физиотерапевтические методы лечения, которые, однако, ограничивались лишь водными процедурами. Больница имела собственную лабораторию, которая обеспечивала нужды не только больницы, но и двух городских амбулаторий (Серпуховской и Даниловской).

С 1872 г. при больнице существовало благотворительное общество для помощи нуждающимся больным. Оно снабжало немощных больных небольшой суммой денег и одеждой при выписке, покупало протезы больным, помещало одиноких больных в богадельни, детей на время болезни родителей определяли в приюты и в воспитательный дом, для бедных иногородних больных покупались железнодорожные билеты [41, с. 77].

При большинстве московских больниц был организован амбулаторный прием, который вели специалисты — хирурги, терапевты, гинекологи, а в некоторых — невропатологи и отоларингологи. Как правило, больницы были переполнены, и потому несложные хирургические операции выполнялись в амбулаториях.

В ведении Петербургского городского самоуправления в начале XX в. находилось 12 больниц, из которых 5 относились к категории общих больниц: Обуховская, Александровская, Петропавловская, Св. Марии Магдалины и Выборгская. Наряду с общими в столице существовали детская и заразная барачная больницы, две больницы для страдающих венерическими заболеваниями и сифилисом — Алафузовская и Калининская и три больницы психиатрические — Св. Николая Чудотворца, Св. Пантелеймона.

Таблица 11. Распределение больных в московских городских больницах по отдельным заболеваниям (1905—1910)

Острозаразные болезни	37,1%
Болезни органов пищеварения	9,1%
Сифилис и венерические болезни	7,6%
Болезни женских половых органов	6,4%
Бугорчатка	6,1%
Травмы, термические и химические повреждения	5,3%
Болезни органов дыхания	4,8%

Наибольшее беспокойство городских врачей вызывали нескончаемые эпидемии. В «Основных началах желательного врачебно-санитарного строя в городах» говорилось: «Городская больница должна иметь отделения для заразных больных со всеми необходимыми приспособлениями для выдерживания выздоравливающих, для приема маленьких детей с матерями и т. п. ...Больница должна иметь в своем распоряжении специальные экипажи для перевозки слабых и заразных больных из квартир, выезжающие по вызовам практикующих, санитарных и думских врачей» [27, с. 77].

Острозаразные больные, как правило, составляли треть пациентов городских больниц. Это подтверждают данные о распределении больных по отдельным заболеваниям в московских больницах в период 1905—1910 г. [20, с. 37] (табл. 11).

Подобная ситуация наблюдалась и в больницах других городов. Так, в городских больницах Петербурга в 1912 г. из 150 448 коечных больных 60 858, или 40% пациентов, составляли заразные больные [13, с. 1].

Перед началом Первой мировой войны заразные больницы, специальные бараки или отделения при общих больницах существовали лишь в 100 городах, а в 124 городах отсутствовали. По подсчетам Д. Н. Жбанкова, максимальное число коек для инфекционных больных имелось в Петрограде (2550), Москве (1825), Риге (400), а в остальных больших городах оно составляло от 23 до 250 [12, с. 452].

Инфекционные больницы в Москве и Петербурге создавались на средства городских самоуправлений. В 1866 г. в Москве была открыта 2-я Градская (Щербатовская) больница как специальная инфекционная, но со временем она расширила свои функции. В начале XX в. в больницу принимались больные, страдавшие различными заболеваниями, за исключением оспенных, психических, женщин, страдающих сифилисом, и детей моложе 12 лет (кроме больных дифтерией и скарлатиной). Однако основным профилем 2-й Градской больницы все же оставались инфекционные болезни. Так, в 1900 г. из 5488 пациентов больницы 2140 составляли инфекционные, в 1905 г. из 5781 больного 2817 составляли заразные [29, с. 59;

4, с. 73]. Больные с острыми инфекциями строго изолировались, палаты инфекционных отделений дезинфицировались карболовой кислотой, сулемой, формалином.

С 1906 г. поступление больных с острыми инфекциями в больницу уменьшилось, так как детей с инфекционными заболеваниями стали направлять в детскую Морозовскую больницу, а взрослых острозаразных больных — в Сокольническую инфекционную больницу (505 штатных коек), открывшуюся в этом году. Сокольническая больница была построена в основном на городские средства и соответствовала современным нормам. В ней было 12 корпусов на 505 коек, 415 из которых предназначались для инфекционных больных. В больнице имелись электролечебница, водолечебница, рентгеновский кабинет, две лаборатории, дезинфекционная камера [20, с. 127—128].

Для борьбы с венерическими заболеваниями город имел специальную Мясницкую больницу на 409 коек и две амбулатории. При Мясницкой больнице находилось центральное городское бюро по надзору за проституцией, которое было передано городу от врачебно-полицейского комитета в 1889 г.

Для лечения туберкулезных больных в Москве существовали специальные отделения при Старо-Екатерининской и Бахрушинской больницах, имевшие в совокупности 98 коек [20, с. 29—31].

В Петербурге так же, как и в Москве, на средства городского самоуправления в 1882 г. была построена инфекционная больница на 500 мест, получившая со временем название Городской барачной больницы им. С. П. Боткина. Она состояла из 22 барачков, предназначенных для больных с определенными заболеваниями и для выздоравливающих. Попечителем больницы был назначен С. П. Боткин. По его инициативе в 1883 г. была организована перевозка инфекционных больных в специальной санитарной карете, что получило признание врачей. В 1900 г. при больнице было построено здание дезинфекционной камеры [39, с. 34—35].

В больнице в разное время работали известные врачи и ученые: В. Н. Сиротинин, Н. П. Гундобин, Ф. И. Пастернацкий. В 90-е годы XIX в. ее почетным гостем был немецкий патолог Рудольф Вирхов. В 1909 г. ее посетили И. И. Мечников и Д. К. Заболотный. Именно здесь впервые началось применение противодифтерийной сыворотки. В больнице было сделано несколько научных открытий. Так, Н. П. Васильев изучал здесь желтушный лептоспироз, получивший название «болезни Вейля — Васильева» [3, с. 38—39]. Лечение венерических больных в столице осуществляли городские Алафузовская и Калинкинская больницы.

Детские больницы были редким явлением среди городских лечебных учреждений. По данным «Сборника по городскому врачебно-санитарному делу» (1915), они существовали в Мо-

скве (Владимирская и Морозовская), Петербурге, Иркутске, Нижнем Новгороде, Туле, Харькове, Ярославле. Главным образом, это были детские инфекционные больницы.

Детская городская больница в Петербурге была построена в 1869 г. на средства принца П. Г. Ольденбургского. Активное участие в ее создании принимал выдающийся педиатр К. А. Раухфус. В разработанном им проекте впервые в истории больницы дела в России заразное отделение размещалось в отдельном корпусе, а медицинский персонал, обслуживавший детей с заразными заболеваниями, был изолирован от других сотрудников. Для подготовки врачей-педиатров при больнице был создан институт врачей-ассистентов, также были открыты фельдшерские курсы и специальная «школа нянь». На Международной выставке в Париже в 1878 г. больница получила золотую медаль как лучшая в мире. В ней было открыто первое в России детское хирургическое отделение. Больница стала клинической школой, в которую стремились попасть на стажировку врачи со всей России [3, с. 33—35].

Первая в Москве детская больница Св. Владимира была построена по планам К. А. Раухфуса городским управлением в 1876 г. на средства, пожертвованные фон-Дервиз. В больнице имелись отделения для детей, больных тифом, корью, скарлатиной, дифтерией, оспой, сифилисом. Бесплатно в больницу принимались только дети «недостаточных московских обывателей». Ежегодно в больнице лечилось от 1020 (1877) до 3068 (1916) детей [45, с. 62—63].

Интересно, что больница была премирована в 1878 г. на Парижской выставке, а в 1882 г. — на Всероссийской выставке за последовательное проведение изоляции больных. Больница принимала заразных, терапевтических и хирургических больных. В 1914 г. в ней числилось 313 коек. В больнице работало 15 врачей, 23 фельдшера, 8 сестер милосердия, 88 сиделок. При больнице существовало благотворительное общество, оказывавшее помощь неимущим пациентам.

Детская Морозовская больница на 340 коек была открыта в 1905 г. Перед Первой мировой войной она располагала уже 420 койками. В больнице существовали терапевтическое, хирургическое, дифтеритное отделения, а также отделения для заразных и для сомнительных больных. При больнице имелись амбулатория, кабинет для бактериологических и микроскопических исследований, аптека [19]. По данным на 1910 г., в ней работало 20 врачей, из них 7 — в амбулатории при больнице. В этом году было принято около 8 тыс. больных детей. Средняя продолжительность лечения составляла 20,6 дня [20].

Говоря о городских специализированных больницах, нельзя не упомянуть московскую Глазную больницу им. В. А. и А. А. Алексеевых, построенную в 1900 г. на средства, завещанные В. А. Алексеевой. В ней содержалось 68 коек и 7 от-

дельных комнат для платных больных. Больница была устроена в соответствии с современными требованиями. В ней имелось электрическое освещение, центральное водяное отопление, вентиляция. При больнице существовала лаборатория. Амбулатория больницы принимала в день до 800 пациентов. В этой больнице велось преподавание глазных болезней Высшими женскими курсами [20, с. 125—126].

Согласно данным Д. Н. Жбанкова, городские больницы или отделения для душевнобольных имелись только в 8 больших городах — двух столицах, Варшаве, Одессе, Риге, Ростове-на-Дону, Ташкенте и Тифлисе, в четырех средних — Благовещенске, Владикавказе, Либаве и Хабаровске и в двух малых — Ейске и Уральске. Государственные окружные и губернские земские психиатрические больницы оставались главными в деле оказания медицинской помощи душевнобольным.

Московская Преображенская психиатрическая больница перешла в ведение городского самоуправления в 1887 г. Постоянная переполненность этой больницы, имевшей всего 280 штатных коек, заставила городское управление обратить особенное внимание на призрение душевнобольных. В результате ряда пристроек больница расширилась и к 1914 г. располагала 510 койками.

По инициативе городского головы Н. А. Алексеева были собраны пожертвования на строительство новой психиатрической больницы на Канатчиковой даче, и в 1894 г. в ней были уже открыты первые два отделения на 250 коек, к 1914 году в ней было уже 583 койки. Больница была построена за городом. При ее создании преследовалась цель обеспечить наиболее благоприятные условия для пациентов. Кроме спален, в каждом из 7 отделений больницы существовали комнаты для дневного пребывания больных, общие столовые, комнаты для свидания с родственниками, отдельные комнаты для спокойных и беспокойных больных. Больница со всех сторон была окружена садами для прогулок пациентов. При больнице имелись лечебные мастерские, библиотека [20].

Петербургское городское самоуправление также имело психиатрическую больницу Св. Николая Чудотворца (1540 коек) в центре столицы, а в окрестностях Петербурга — больницу Св. Пантелеймона (700 коек) и больницу-колонию для душевнобольных на Новознаменской даче (810 коек). В 1914 г. общее число психиатрических коек в ведении петербургского городского самоуправления, включая койки в двух отделениях при других лечебных учреждениях, составляло свыше 4 тыс.

3.4. Проблемы организации родовспоможения в городах

По данным, полученным Д. Н. Жбанковым в результате обработки материалов «Сборника по городскому врачебно-са-

нитарному делу в России» (1915), родильные приюты, принадлежавшие городским самоуправлениям, имелись лишь в 64 городах России. В 160 городах акушерская помощь не была организована. Наибольшее число коек для рожениц существовало в Москве (565), Петербурге (465), Варшаве (86), Киеве (80), Одессе (50). В остальных же городах число коек колебалось от 4 до 40. В Петербурге в 1912 г. в родильных приютах было принято только 39% родов жительниц столицы и ее пригородов [12, с. 452].

В начале XX столетия городские самоуправления, кроме родильных приютов и отделений в больницах, имели родильные дома. Первенство в этом вопросе принадлежало Москве, где имелось 4 родильных дома. В остальных 10 крупных городах имелось по одному родильному дому или специализированному отделению. Наибольшее число коек в родильных домах было в Москве (313), Петербурге (118), Варшаве (85), Киеве (80). В остальных общее число родильных коек составляло от 10 до 35. Показатели в городах с меньшим числом населения выглядят еще скромнее. Таким образом, родовспоможение в городской медицине еще находилось в стадии становления.

Первопроходцем в деле оказания медицинской помощи неимущим роженицам был Петербург. Начиная с 80-х годов XIX в. в столице формировалась сеть бесплатных родильных приютов. В начале XX в. они уже имелись при каждой из городских частей, и к 1915 г. в Петербурге насчитывалось 15 родильных приютов на 347 коек. Акушерские отделения в целом на 118 коек существовали при Обуховской и Петропавловской больницах [13, с. 1].

В Москве, начиная с 1880 г., по распоряжению городской думы были открыты четыре бесплатных родильных приюта на три кровати каждый. В 1888 г. при Мясницкой больнице был создан родильный приют для рожениц, больных сифилисом. Приюты обслуживались повивальными бабками. В 1892 г. московская городская управа постановила пригласить по одному врачу-акушеру в каждый родильный приют для обеспечения возможности оперативного вмешательства. Акушерские отделения были открыты также в Старо-Екатерининской (1890) и Бахрушинской (1895) больницах. К началу 1903 г. в различных частях города было устроено уже 12 родильных приютов.

В начале XX в. в родильные приюты при московских Бахрушинской и Старо-Екатерининской больницах были расширены и получили наименование родильных домов, был также построен родильный приют им. акушера Якубовского. В родильных домах и приютах в начале столетия было организовано постоянное дежурство врачей. Врачебный совет городского управления в 1903 г. выступил с предложениями, чтобы аку-

Таблица 12. Динамика развития родовспоможения в городских лечебных учреждениях Москвы (1880—1910)

Год	Количество кроватей	Число обратившихся рожениц	Число принятых рожениц	% принятых	% отношения числа принятых рожениц к числу всех рождений в Москве
1880	18	301	301	100,0	1,8
1885	24	2 687	1 915	71,0	6,2
1890	45	5 490	4 259	77,6	12,6
1895	86	10 045	8 114	80,8	26,8
1900	141	14 649	12 159	83,0	34,1
1905	414	19 844	18 021	90,8	46,1
1910	521	32 629	31 269	95,8	Около 60,0

шерская помощь охватывала не только роды, но также беременность и послеродовой период. В связи с этим при больницах и родильных домах предлагалось устройство отделений для послеродовых больных, приютов для беременных и выздоравливающих родильниц из беднейшей части населения. Количество коек было увеличено до 414 в 1905 г.

В 1906 г. был открыт городской образцово-показательный родильный дом на 55 коек, построенный на средства А. А. Абрикосовой, в котором впервые стали отделять новорожденных в специальные детские палаты. При родильном доме были созданы первые в городе женская и детская консультации. С открытием в Москве Высших женских курсов Родильный дом имени А. А. Абрикосовой стал клинической базой для подготовки врачебных кадров. Здесь в качестве консультантов работали такие видные специалисты, как А. И. Абрикосов, В. Н. Розанов, Г. Н. Сперанский [6, с. 265—266].

В 1907 г. был открыт родильный дом им. С. В. Лепехина на 63 койки, также созданный на пожертвованные средства. Все родильные дома находились в специально выстроенных зданиях, были обеспечены большим штатом персонала, постоянным дежурством врачей [13, с. 23—24].

В 1910 г. была открыта больница для послеродовых больных им. Л. И. Тимистера на 34 койки, куда матери принимались вместе с детьми. При больнице имелось патологоанатомическое отделение, функционировала амбулатория, для нуждающихся в искусственном вскармливании детей была устроена молочная кухня [20, с. 97—99]. Общее же количество коек в родовспомогательных учреждениях города составило в 1914 г. 565 коек [13, с. 424]. Медицинская помощь во всех перечисленных выше приютах роженицам оказывалась бесплатно. О том, как в период с 1880 по 1910 г. росла акушерская помощь в Москве, свидетельствуют данные табл. 12 [20, с. 53—55].

Таблица 13. Обеспеченность Московских городских лечебных учреждений медицинским персоналом

Больницы	Количество кроватей		
	на 1 врача	на 1 лицо фельдшер. персон.	на 1 лицо служител. персон.
Общие	25,2	16,3	4,5
Детские	17,6	8,1	4,1
Психиатрические	41,6	14,1	2,1
Для неизлечимых	52,0	37,1	5,4

В 1910 г. помощью городских родовспомогательных учреждений воспользовались около 60,0% всех рожениц Москвы. За 1909 г. было произведено 4004 акушерских операции. Персонал всех родильных домов и приютов насчитывал в 1910 г. 39 врачей, 116 акушерок и 174 сиделки.

Штатный персонал всех московских городских больниц состоял в 1910 г. из 231 врача, 279 фельдшеров и фельдшерниц и 130 сестер милосердия, 59 провизоров и их помощников, 1538 сиделок и служителей при больных, 190 разного рода служащих и 885 рабочих. О нагрузке на медицинский персонал в московских больницах свидетельствуют данные табл. 13 [20, с. 38].

В состав врачебного персонала больниц, кроме главного доктора, входили старшие врачи, ординаторы или, в некоторых больницах, ординаторы-ассистенты (последние — из молодых врачей, работающих под руководством старших). Уход за больными лежал на фельдшерах, а в некоторых больницах — на сестрах милосердия; в помощь среднему персоналу назначались сиделки и служители. Списки служащих, приводимые в ежегодных отчетах больниц, свидетельствуют о том, что штаты крупных больниц к началу XX в. были довольно велики и превышали 200 человек.

Больницы Петербурга, как и московские больницы, также характеризует большое число медицинского персонала. В самой большой петербургской Обуховской мужской больнице, в которой, по данным на 1910 г., числилось 959 штатных и 505 сверхштатных мест, имелось 65 штатных и сверхштатных врачей, 21 фельдшер, 89 сестер милосердия, 8 массажистов, 8 фармацевтов, 7 аптекарских учениц, 699 сиделок, 125 палатных служителей, 29 служащих в администрации больницы, 255 низших служащих.

В петербургской Александровской больнице, имевшей 900 коек, работало 35 врачей, 6 фельдшеров, 2 акушерки, 51 сестра милосердия, 224 сиделки, 77 палатных служителей, 189 низших служащих [7, с. 6—7]. В общей сложности в Петербурге штатный персонал всех больниц составлял 285 вра-

чей, 965 лиц среднего персонала, 1654 лиц по уходу за больными и 1220 прочей прислуги [13, с. 18].

По материалам московских хозяйственных отчетов, жалование медицинского персонала московских больниц в начале XX в. было невелико: палатный ординатор получал 1100—1200 рублей в год, фельдшер — в среднем 450 рублей. Жалование главного врача составляло 2400 рублей, смотрителя — 1800 рублей в год. Для сравнения следует отметить, что жалование земского участкового врача в этот же период составляло 1300—1500 рублей.

Многие городские больницы в Москве и Петербурге служили клинической базой медицинских факультетов университетов. Большим авторитетом в Москве пользовалась 1-я Градская больница. До постройки клинического городка на Девичьем поле она являлась одной из основных клинических баз университета. 2-я Градская больница с 1907 г. стала клинической базой Высших женских курсов.

Городские больницы играли огромную роль в повышении квалификации врачей. В конце XIX — начале XX в. в городских больницах с целью повышения квалификации под руководством старших врачей работали врачи-ассистенты, которые, помимо проводимого в стенах лечебных учреждений обследования и лечения своих пациентов, дежурили в палатах. В Петербурге к Обуховской больнице прикомандировывались земские, военные и военно-морские врачи. Так, в Обуховской больнице на 40 штатных врачей приходилось 25 сверхштатных, в Александровской больнице это соотношение составляло 26 к 9, в Петропавловской — 25 к 9, в Барачной больнице им. С. П. Боткина — 17 к 8, в Калининской — 12 к 4 [7, с. 6—8]. В Петербурге врач-ассистент имел возможность в течение трех лет пройти через все отделения городской больницы, он в обязательном порядке участвовал в больничных конференциях, где делались доклады, сопровождавшиеся демонстрациями больных. Работа ассистентов позволяла хотя бы отчасти снизить нагрузку на ординаторов больниц. В 1894 г. в петербургской Мариинской больнице были учреждены трехлетние курсы усовершенствования врачей, на которые стали принимать женщин [17, с. 10].

Система повышения квалификации в Москве подробно описана в юбилейном сборнике московской городской Екатерининской больницы (М., 1926) [21].

Больницы городских самоуправлений обслуживали главным образом малоимущие слои населения. Согласно переписи, проведенной в Москве среди пациентов больниц в декабре 1910 г., по роду деятельности наибольшую долю пациентов — 21,1% — составляли поденщики, лица без определенных занятий и безработные, домашняя прислуга составляла 12,3%, ремесленники-рабочие — 9,4%, фабричные рабочие — 10,1%,

Таблица 14. Переполненность городских больниц (Петербург, 1907)

Больницы	Число штатных кроватей	Число наличных больных
Обуховская с отделениями	1513	2216
Александровская	730	1099
Петропавловская	620	1049
Св. Марии Магдалины	315	506
Выборгская	300	248
Барачная	326	372
Детская	650	665
Алафузовская	507	689
Калинкинская	507	773
Св. Н. Чудотворца с отделениями Екатериногофским и Василеостровским	1225	1448
Св. Пантелеймона	700	697
На Новознаменской даче	750	803
Всего...	8143	10 460

служащие в торговых предприятиях — 7,9% и т. д. Согласно данным переписи, пригородные больные составляли 10,0% от общего числа, приезжие из других губерний — 6,5% [20, с. 37].

Серьезной проблемой для городских самоуправлений была постоянная нехватка мест в городских больницах, из-за чего часто приходилось отказывать больным. В Москве в 1904 г. 1-я Градская больница отказала в приеме 2073 больным [2, с. 1—3]. 2-я Градская (Щербатовская) больница, основным профилем которой были инфекционные заболевания, также вынуждена была часто отказывать в приеме из-за отсутствия мест (в 1900 г. было отказано 1213 больным, в 1905 г. — 1277 больным) [4]. В стационарах число больных постоянно превышало количество штатных коек.

Как говорилось в отчете Московской городской управы за 1903 г., отсутствие свободных мест в Старо-Екатерининской больнице часто ставило врачебный персонал в затруднительное положение: «Провожатые, оставив больных, старались уйти незамеченными, а непринятые больные не желали покидать приемный покой» [45, с. 67].

Вследствие того что всякий приезжий, уплативший больничный сбор (1 рубль 25 копеек), приобретал формальное право занимать койку в больнице, сложилась ситуация, при которой в Москву за получением высококвалифицированной и доступной помощи стали стекаться больные из ближайших губерний, что обостряло проблему дефицита мест в лечебных учреждениях. Масса лиц с травматическими повреждениями доставлялась в московскую городскую Басманную больницу с пяти расположенных близ нее вокзалов. Особенно были переполнены терапевтические и хирургические отделения, в связи

с чем в больницах постоянно ощущался недостаток кроватей и больничного белья.

Петербургское городское управление также сталкивались с проблемой переполнения больниц. По данным за 1907 г., фактическое число больных намного превышало запланированные штатные койки [24, с. 1637] (табл. 14).

К началу 1910 г. в петербургских больницах было уже 8533 штатных места и 2071 сверхштатное [7, с. 5].

С проблемой нехватки мест в больницах сталкивались все города. Например, в 1912 г. больница в Баку, рассчитанная всего на 325 штатных коек, фактически обслуживала 430 пациентов [13, с. 53].

Городская комиссия по организации больничного дела в Петербурге вынуждена была постоянно пересматривать нормы общехозяйственных расходов, а также планировать строительство новых больниц. Городская управа, чтобы удовлетворить потребность населения столицы в больничной помощи, вынуждена была платить больницам других ведомств и частным лечебным заведениям за лечение в них горожан. Расходы городских самоуправлений на содержание больниц неуклонно росли, что подтверждают данные о динамике расходов на больницы московского городского управления [20, с. 38] (табл. 15).

Для современных исследователей может представлять интерес бытовая сторона жизни городских лечебных учреждений конца XIX — начала XX вв. Примером может служить 1-я Градская больница Москвы [41].

В конце XIX в. отопление здесь производилось голландскими печами. Для технических нужд воду брали из колодцев на территории больницы, а для прочих нужд воду привозили с Калужской площади из городского водопровода. Только в 1908 г. в больницу были проведены канализация и водопровод, установлен телефон. Освещение производилось керосиновыми лампами и газовыми горелками. В 1904 г. в отчете отмечалось, что отсутствие электрического освещения в больнице не позволяет устроить рентгеновский кабинет. Следует, однако, отметить, что перед Первой мировой войной уже во всех московских больницах были электричество, телефонная связь.

В коридорах 1-й Градской больницы стояли умывальники и деревянные бочонки с питьевой водой, привезенной из Мытищинского водопровода. В отделениях больницы находились железные койки с набитыми сеном матрасами (после

Таблица 15. Динамика роста расходов на содержание городских больниц в Москве (1870—1910)

1870 г.	114 206 руб.
1880 г.	259 272 руб.
1890 г.	978 566 руб.
1900 г.	1 661 455 руб.
1910 г.	4 048 920 руб.

каждого больного сено выбрасывалось, а мешок стирался), двумя простынями, одеялами — шерстяным или тканевым в зависимости от времени года, двумя подушками. Белье менялось два раза в неделю. Между кроватями стояли столы, для вещей у каждого больного имелся металлический ящик [41].

Специальной столовой для больных в больницах не было. Пищу приносили в отделения в судках. Питание больных состояло из обеда, ужина и чая утром и вечером. В скоромные дни в рацион включали щи, супы, бульоны из мяса, жареный картофель, каши. Больным выдавалось также молоко, котлеты, жареная говядина, куры. Порции мяса составляли полфунта (200 г). В постные дни больные получали грибной и картофельный супы, кисели, каши и пр. Чай с сахаром выдавался утром и вечером.

3.5. Участие городских самоуправлений в развитии новых видов лечебной помощи (скорая помощь, ночные дежурства врачей)

Развитие службы скорой медицинской помощи в российских городах началось на рубеже XIX—XX вв., но зачатки ее появились значительно раньше, когда оказание первой помощи находилось в ведении полиции. Так, в Москве и Санкт-Петербурге с начала XIX в. существовали съезжие дома, выполнявшие полицейские функции в определенном районе города, в них свозили не только задержанных, но и пострадавших на улицах. Позднее при съезжих домах (которые стали называть «полицейскими домами») появились приемные покои, которые содержал город и где оказывалась первая помощь пострадавшим. В 1844 г. в Москве была открыта Полицейская арестантская больница для бесприютных, куда доставлялись не только больные арестанты, но и люди, пострадавшие от насилия, при несчастных случаях, при различных бедствиях и т. д. Помощь оказывалась им бесплатно [26, с. 45—52].

Первая российская станция скорой помощи появилась в Варшаве (1897), затем в Москве (1898), Петербурге (1899) Киеве (1901), Риге (1902), Вильне (1903), Одессе (1903) и ряде других городов. Однако участие городских самоуправлений в организации этой службы было опосредованным. Необходимо отметить, что служба скорой помощи в этот период была ориентирована исключительно на оказание помощи людям, пострадавшим в общественных местах, на улицах, площадях и т. д. Потребность в ней возникла в связи с тем, что, по словам известного врача Д. П. Никольского, «Условия жизни у нас, и особенно в крупных городах и в местах с

промышленным развитием... дают немало причин и условий для происхождения тех или иных несчастных случаев». В Петербурге, например, число их достигало 4500 в год [23, с. 356].

Создание станций скорой помощи в России в основном было инициировано обществами врачей и частными лицами, в столице империи и нескольких провинциальных городах они находились в ведении Российского общества Красного Креста (РОКК).

Так, в 1897 г. в Варшаве было создано первое Общество скорой помощи, примеру которого позднее последовали Харьков, Киев, Рига, Лодзь, Вильна и др. [23, с. 394]. Однако на содержание станций скорой помощи в этих городах привлекались и финансовые ресурсы земских и городских самоуправлений. В Екатеринославе, например, Общество скорой медицинской помощи (1904) субсидировалось городом (1700 рублей в год), а также уездным и губернским земствами (по 300 рублей в год) [13, с. 90]. В Риге, где также существовало Общество скорой медицинской помощи, город предоставлял бесплатно помещение для станции, фельдшера и носильщика, брал на себя некоторые другие расходы и выдавал субсидию в 3000 рублей в год [13, с. 142]. Городское самоуправление Вильны, где в 1903 г. была учреждена станция Общества «Скорая помощь», ограничивалось пособием в 2000 рублей [13, с. 64]. Максимальной городская субсидия обществу скорой помощи была в Харькове — 7000 рублей в год [13, с. 185].

В Москве в период с 1898 по 1902 г. по инициативе и на средства частных лиц были открыты 7 станций скорой помощи: Сушевская, Сретенская, Лефортовская, Таганская, Якиманская, Пречистинская и Пресненская. Они находились при полицейских участках, как дань уже сложившейся традиции. При каждой станции имелись фельдшер, карета, носилки. В наиболее сложных случаях на вызов выезжал и полицейский врач. «Станции эти, кроме прямого своего назначения — подачи помощи внезапно заболевшим или получившим повреждения на улице или в общественных местах, занимаются также перевозкой бесплатной больных (кроме заразных)... в больницы и из больниц в квартиры» [23, с. 394]. В 1900 г. городское самоуправление взяло на себя содержание карет скорой помощи, но все остальные расходы покрывались за счет частных средств.

По инициативе профессора П. И. Дьяконова в 1908 г. в Москве было создано Добровольное общество скорой медицинской помощи, которое на частные пожертвования открыло станцию на Долгоруковской улице, но город не участвовал в ее содержании.

В Петербурге в 1899 г. дело скорой помощи взял на себя

Комитет РОКК при подаче первой помощи в несчастных случаях и помощи пострадавшим от общественных бедствий. К 1905 г. было открыто 6 станций. Система оказания скорой помощи в Петербурге строилась так, что всю организационную работу, обеспечение персоналом, инструментарием, транспортом брало на себя РОКК, а городское общественное управление обеспечивало помещениями, лошадьми и кучерами, бесплатным пользованием телефонами. Подобным взаимодействием достигалось решение важного вопроса оказания скорой медицинской помощи горожанам.

В Минске и Туле также существовала служба скорой помощи, организованная РОКК, а городские власти ограничивались выплатой небольшого пособия на содержание карет скорой помощи — всего 500 рублей в год [13, с. 114, 180].

Что касается развития службы скорой помощи непосредственно городскими самоуправлениями, то таких городов было крайне мало. В «Сборнике по городскому врачебно-санитарному делу в России» Д. Н. Жбанкова указано, что в Самаре скорая помощь была организована городским самоуправлением, на службе города имелась карета скорой помощи с фельдшером при ней [13, с. 150]. В Ревеле скорая медицинская помощь была также организована городом, но ее оказывали городской врач и городской фельдшер, имелась карета скорой медицинской помощи [13, с. 138]. В Ярославле «городовой врач, помимо специальных полицейско-врачебных обязанностей, заведовал городской каретой скорой медицинской помощи и приемным покоем при полицейской части» [13, с. 197]. Таким образом, сложившийся традиционный уклад оказания немедленной помощи городскими и полицейскими врачами в ряде городов продолжал существовать и в начале XX столетия.

Скорая помощь предоставлялась, как правило, бесплатно, однако в некоторых городах, например в Ростове-на-Дону, за ее оказание с пострадавших брали плату [13, с. 146].

По данным Д. Н. Жбанкова, скорая помощь к началу Первой мировой войны была организована лишь в 13 городах, но в подавляющем большинстве случаев она создавалась частными лицами и врачебными обществами, а городские самоуправления только частично субсидировали эту службу или оказывали иную помощь: предоставляли помещения, транспорт, телефонную связь [12, с. 454].

Одним из новых видов медицинской помощи, получившим развитие на рубеже XIX—XX вв., были ночные дежурства врачей. Организация этой службы, как говорилось на XI Пироговском съезде (1910), являлась «логически необходимым развитием и дополнением той организации медицинской помощи населению города, которая функционирует в дневное время» [33, с. 206]. В услугах врачей ночных дежурств нуждались

прежде всего те, кто в дневное время не имел возможности посетить лечебное учреждение из-за занятости на работе. Кроме того, эта служба дополняла скорую помощь, так как была ориентирована на оказание медицинской помощи лицам, внезапно заболевшим и находящимся в частных владениях, жилищах.

Ранее всего этот вид медицинской помощи был организован в Киеве — в 1881 г. Инициативу проявило городское самоуправление, обратившееся к Обществу киевских врачей с предложением организовать ночные дежурства за вознаграждение от города в размере 3 рублей за ночь. Предложение было принято. Кроме того, городская управа выделила для этих целей бесплатно помещение при Городском доме и осуществляла надзор за деятельностью врачей. Был установлен штраф за неявку на дежурство — 5 рублей. Помощь заболевшим оказывалась с 9 часов вечера до 7 часов утра — как амбулаторно, так и на дому. Согласно полученным Правлением Пироговского общества сведениям, в 1908 г. 43 врачами Киевского общества ночных дежурств была оказана помощь в 2279 случаях, из них 2005 приемов были проведены амбулаторно, а 274 — на дому. Среднее число обращений составляло 6,2 за одну ночь. Малоимущему населению (а оно составляло примерно 90% обращающихся) помощь оказывалась бесплатно. Состоятельные горожане оплачивали услугу. Годовой гонорар Общества ночных дежурств в 1908 г. составил 329 рублей 35 копеек, а субсидия городского самоуправления — 1100 рублей в год [33, с. 209].

Однако инициаторами и организаторами службы ночных дежурств далеко не всегда являлись городские самоуправления. К 1908 г. лишь в Петербурге и Саратове эта служба находилась целиком в ведении города. В Петербурге первоначально — с 1898 г. — ночные дежурства осуществлялись при частной аптеке Гаука врачами Общества ночных дежурных. Прием вели терапевт, хирург и акушер. Этот вид помощи нельзя было признать общедоступным. Прием терапевта стоил 1 рубль, хирурга — 2 рубля. Посещение на дому этими специалистами стоило 3 рубля, акушерская помощь была существенно дороже [13, с. 239]. В 1903 г. город взял решение этого вопроса в свои руки: при городских лечебницах были открыты 11 пунктов ночных дежурств. Работа врачей оплачивалась городом — по 2 рубля за дежурство и 75 копеек дополнительно за вызов на дом. Помощь оказывалась бесплатно, но допускалось добровольное вознаграждение врачей состоятельными пациентами. Наиболее распространенными причинами обращений были желудочно-кишечные заболевания, респираторные инфекции, воспаление легких, травмы. Ночные дежурства со времени организации городской службы пользовались все возрастающим спросом: если в 1904 г. за по-

мощью ночных врачей обратились 485 человек, то в 1906 г. — уже 737 [33, с. 210].

В Саратове с 90-х годов XIX в. существовало Общество ночных дежурных врачей, однако к началу XX в. оно оказалось на грани закрытия из-за недостатка средств. В 1901 г. по требованию принца А. П. Ольденбургского (из опасения заноса чумы и необходимости усиления контроля) городским самоуправлением было организовано ночное дежурство врачей при городской амбулатории. Обслуживали население пять врачей, которые сменяли друг друга. Город оплачивал каждое дежурство из расчета 5 рублей на одного врача за ночную смену. Оплата со стороны пациентов была делом добровольным, но поступала она в пользу города. Население активно пользовалось услугами этих врачей: в 1907 г. было зафиксировано 1258 обращений [33, с. 210].

Тем не менее примеры непосредственного участия городских самоуправлений в организации этой службы были достаточно редкими. Известно лишь, в 1908—1909 гг. инициатором создания службы ночных дежурств выступила городская управа Симферополя, а городская управа Баку поддержала подобное начинание бакинского Общества врачей.

По данным Л. К. Рохлина, приведенным на XI Пироговском съезде, к 1910 г. ночные дежурства врачей были введены в 26 городах. По сведениям, собранным Д. Н. Жбанковым, к началу Первой мировой войны ночные дежурства существовали в 20 городах (16 крупных, 2 средних и 2 малых) [14, с. 451]. Расхождение данных могло быть связано и с закрытием обществ ночных дежурств (которые, как правило, испытывали большие финансовые трудности, если не имели поддержки), и с разным охватом респондентов. Однако оба автора отмечали, что в подавляющем большинстве случаев инициаторами создания службы ночных дежурств являлись врачебные и благотворительные общества, а со стороны городских самоуправлений выделялась материальная помощь, максимальной она была в Астрахани — 2 тыс. рублей в год.

3.6. Деятельность городских общественных самоуправлений в сфере лекарственного обеспечения населения

Развитие городской медицины предполагало и организацию лекарственного обеспечения населения. Снабжение городских больниц медикаментами осуществлялось путем экстенпорального приготовления лекарств в больничных аптеках, а также путем закупки лекарств у оптовых компаний.

Как правило, при крупных городских больницах имелись собственные аптеки, которые обслуживали нужды не только

данной больницы, но и других городских лечебных учреждений. Так, 1-я Градская больница в Москве, принимавшая в начале XX в. ежегодно около 10 тыс. больных [28, с. 4], имела собственную аптеку, которая снабжала лекарствами саму больницу, а кроме нее — две городские амбулатории, дом призрения Горихвостова и временное Донское отделение, отпускала лекарства по требованиям врачей городского психиатрического патронажа, а также персоналу больницы для личных нужд при наличии рецепта от врача. Штат аптеки состоял из управляющего, одного провизора, провизора-ассистента, пяти аптекарских помощников, четырех рабочих. Для обслуживания амбулаторных требований руководством были наняты специально два аптекарских помощника и два рабочих.

Важно отметить, что лекарственный каталог больницы постоянно расширялся по мере поступления на отечественный фармацевтический рынок новых лекарственных средств. Согласно заведенному в больнице порядку, решение о пополнении каталога принимала конференция врачей больницы «с возложением на желающего применить новое средство обязанности сделать доклад о достоинствах нового вводимого средства после наблюдений у постели больного» [28, с. 24—25]. В городских больницах, в отличие от казенных (приказных), было допустимо отступление от сметы: расход 1-й Градской больницы на приобретение медикаментов в 1912 г. составил 12 980 рублей против ассигнованных 11 500 [28, с. 14].

Лекарственное обеспечение лечебных учреждений создавало ощутимую нагрузку на городской бюджет и определяло поиск наиболее выгодных оптовых поставок лекарственного сырья и готовых препаратов. По этой причине в 1897 г. в Москве был устроен городской аптекарский склад с целью самостоятельной закупки у производителей (в том числе и зарубежных) медикаментов, перевязочных средств и прочих товаров аптечного ассортимента и снабжения ими всех лечебных городских учреждений. Опыт городского самоуправления Москвы показал, что такой способ лекарственного обеспечения больниц обходился на 30% дешевле, чем практиковавшаяся ранее закупка лекарств у дрогистов [43, с. 86, 94].

В 1-й Градской больнице, например, медикаменты и необходимое для приготовления лекарств сырье, а также различные изделия медицинского назначения приобретались преимущественно на городском аптекарском складе, и лишь незначительная часть — у товарищества «В. К. Феррейн» (в 1912 г. на аптекарском складе было приобретено медикаментов на 13 714,44 рубля, а у Феррейна — на 2359,07 рубля) [28, с. 15—17]. Экспертиза медикаментов, поступающих на город-

ской аптекарский склад, осуществлялась на городской санитарной станции.

Аптека 1-й Градской больницы располагала всем необходимым оборудованием, в том числе и для производства различных лекарственных форм. Больницей был приобретен аппарат для производства таблеток, которые заменили порошки. Управляющий аптекой П. Видмонт подчеркивал, что «оборудование таблетного отдела обошлось сравнительно недорого и экономией от уменьшения расхода на бумажные капсулы в течение 10 месяцев функционирования отдела уже покрыта $\frac{1}{2}$ стоимости оборудования» [28, с. 24].

В начале XX в. ситуация в России была такова, что города играли важную роль в обеспечении медикаментами гражданских лечебных учреждений, но были очень слабо представлены в сфере вольной торговли лекарствами.

Для открытия городскими самоуправлениями собственных вольных аптек (где осуществлялись изготовление лекарств по рецептам и продажа населению по ценам аптекарской таксы) имелось серьезное препятствие. В городах в сфере вольной торговли лекарствами прочные позиции заняли частные аптеки, что, с одной стороны, способствовало обеспечению горожан лекарственной помощью (которая, однако, была малодоступной для значительной части населения), а с другой — формировало острую конкуренцию, выдержать которую муниципальные аптеки были не в состоянии. Причина такого положения заключалась в особенностях российского законодательства, регулировавшего фармацевтическую сферу и создававшего привилегированные условия для частных аптек. Дело в том, что, согласно действующим правилам, открыть вольную аптеку можно было при соблюдении довольно высоких норм, определявших допустимое расстояние между ближайшими вольными аптеками, количество обслуживаемого населения и число рецептов. Новая аптека могла быть открыта только при наличии «излишка против нормы и только в той части города, где такой излишек имелся» [32]. При этом по закону городские самоуправления, как и земские, могли претендовать на открытие вольной аптеки лишь на общих с частными лицами основаниях. Более того, даже в самой поздней действовавшей редакции Аптекарского устава (он был частью Устава врачебного 1905 г.) говорилось, что при решении вопроса об открытии новой аптеки необходимо учитывать не только действительную потребность, но и мнение уже обосновавшихся в данной местности аптекарей (положение, введенное еще Аптекарским уставом 1836 г.!) [38, с. 18]. Пользуясь этой оговоркой в законе, частные аптекари легко избавлялись от потенциальных конкурентов.

В таких условиях соперничать с частными лицами городским самоуправлениям было практически невозможно, что и

подтверждают данные составителя «Сборника по городскому врачебно-санитарному делу в России» Д. Н. Жбанкова: к 1914 г. только в 27 городах городские самоуправления смогли открыть аптеки с правом вольной продажи лекарств. Это удалось осуществить в 9 крупных (Петербурге, Екатеринодаре, Иркутске, Казани, Омске, Ростове-на-Дону, Ташкенте, Тифлисе, Томске), 6 средних (Кременчуге, Кутаиси, Мариуполе, Намангане, Таганроге, Челябинске) и 12 мелких городах (Балашове, Вознесенске, Верном, Грозном, Измаиле, Изюме, Минусинске, Новозыбкове, Орше, Пятигорске, Саранске, Хвалынске) [13, таблицы с. 424—441].

Вольные городские аптеки значительно раньше появились в тех местностях, которые не представляли большого интереса для частных аптекарей, например на национальных окраинах Российской империи. В Ташкенте, например, аптека была открыта еще в 1874 г. на средства хозяйственного управления туземной части города (она предназначалась для бесплатного лекарственного обеспечения местного населения), а уже в 1878 г. она была передана городскому самоуправлению и получила право вольной продажи лекарств [13, с. 169]. Следует отметить, что в городе после его присоединения к России (1865) сохранились военные лазареты с собственными аптеками, которые не только обслуживали нужды лазаретов, но и временно продавали лекарства жителям Ташкента, поскольку вольных аптек в городе не было. Появившаяся первая вольная аптека городского самоуправления находилась вне конкуренции и была насущно необходима гражданскому населению. Лишь тогда, когда обстановка в городе стабилизировалась, у частных аптекарей возник к нему интерес: по данным «Российского медицинского списка на 1894 год», в Ташкенте, кроме городской, уже имелась и одна частная вольная аптека провизора Иеронима Краузе.

В столице Российской империи Санкт-Петербурге единственная вольная аптека городского самоуправления появилась лишь в 1909 г. [7, с. 5], в то время как частным лицам в городе принадлежало уже 86 аптек [35, с. 98—99]. При этом городское самоуправление Санкт-Петербурга содержало и обеспечивало медикаментами 49 лечебных учреждений (в их числе 10 амбулаторий с бесплатной выдачей лекарств) и 10 981 больничную койку из 20 тыс. коек, имеющихся в городе [7, с. 3—6].

Вольной городской аптеки не было и в Москве, осуществить это было довольно сложно при наличии в городе большого количества частных аптек (в 1901 г. — 50, в 1913 г. — 78 аптек) [34, с. 56—58; 36, с. 77—79]. В то же время московское городское самоуправление содержало и обеспечивало медикаментами 52 лечебных учреждения (13 больниц, 10 больничных и 14 самостоятельных амбулаторий, 15 родильных при-

ютов). К 1911 г. общее количество больниц на балансе города составляло уже 19, а число коек в них достигло 6130 [31, с. 146].

По официальным данным, к 1910 г. общественным самоуправлениям (земствам и городам) совокупно принадлежало лишь 4,4% всех имеющихся в России вольных аптек, при этом доля аптек городских самоуправлений составляла лишь около 0,8% (35 аптек). В сфере вольной торговли лекарствами были представлены преимущественно частные лица, которым принадлежало более 94% вольных аптек [15, с. 349]. Ничтожно малое количество муниципальных аптек не позволяло решить проблему доступности лекарственной помощи в масштабе России. А именно эту задачу ставили перед собой передовые врачебно-санитарные организации городов. Городские врачи и фармацевты, вовлеченные в работу Пироговских съездов, были приверженцами идеи доступности медицинской помощи.

Деятельность столь немногочисленных городских вольных аптек, как правило, носила социально ориентированный характер. Городская аптека в Петербурге отпускала лекарства со скидкой 25% относительно аптекарской таксы [7, с. 5]. В Новозыбкове в городской аптеке скидка составляла 30%, для бедных — 35%, осуществлялась и бесплатная выдача лекарств неимущим на сумму 50 рублей в год. В Хвалынске городская аптека отпускала лекарства для беднейшего населения по рецептам врачей бесплатно, бедной части населения — со скидкой 75%, служащим правительственных и общественных учреждений — со скидкой 25 и 50% соответственно, а богатым горожанам и иногородним — по таксе [12, с. 455].

Городская аптека в Ташкенте, помимо торговли медикаментами по рецептам, снабжала бесплатно все городские лечебные заведения, осуществляла бесплатный отпуск лекарств чинам полиции, школьникам, неимущим, обеспечивала бесплатно дезинфекционными растворами городских санитарных врачей. С 1907 г. при ней начал работать химико-бактериологический кабинет, производивший бесплатно исследования для городских учреждений и за плату для частных лиц. В 1909 г. при аптеке была открыта амбулатория Общества естествоиспытателей и врачей, принимавшая до 5 тыс. населения ежегодно. За счет этого аптека не несла убытки, а оставалась вполне успешным предприятием с годовой прибылью более 15 тыс. рублей [13, с. 169—170].

В Томске городское самоуправление открыло две аптеки — одну вольную и одну для бесплатной выдачи лекарств бедным [13, с. 176], что позволяло за счет коммерческой деятельности осуществлять социальную миссию.

В то же время городские самоуправления Ростова-на-Дону, Казани, Тифлиса, Иркутска, Изюма, Касимова, получив пра-

во на открытие вольной аптеки, предпочли сдать ее в аренду, не облегчив участи горожан [12, с. 455].

Учитывая огромную социальную значимость работы городских и земских аптек, общественность с начала XX в. выступала за муниципализацию всего аптечного дела в империи. Правительство не шло на такую меру, однако приняло под нажимом общественности 12 февраля 1912 г. закон «О некоторых изменениях в порядке открытия аптек», предоставивший общественным самоуправлениям право открывать вольные аптеки явочным порядком, т. е. в любом месте, без соблюдения предписанных норм, а лишь по постановлению городской думы (или земского собрания). Закон запрещал эти аптеки наследовать, продавать или иным образом передавать в чье-нибудь владение или пользование, что дозволялось частным аптекам [38, с. 218—219].

После принятия закона 12 февраля 1912 г. ситуация начала меняться к лучшему. Так, московская городская дума разработала проект городской вольной аптеки, которую планировалось открыть в 1915 г. При этом комиссия фармацевтов и врачебный совет, действовавшие при московском городском самоуправлении, указывали, что планируемая к открытию городская аптека создается с целью «как прямого удешевления цен на медикаменты в ней самой, так и косвенного со стороны частных аптек»; считалось необходимым, «чтобы городская вольная аптека была строго обоснованным и правильно поставленным коммерческим предприятием, но не преследовавшим извлечение доходов» [13, с. 26]. Реализовать проект помешала война.

Новый закон подтолкнул к организации вольных аптек городские самоуправления Харькова, Владивостока, Екатеринбургa, Мариуполя, Полтавы и других городов. Сведения из «Российского медицинского списка на 1916» г. говорят о том, что вольные аптеки городских самоуправлений появились уже более чем в 70 городах [37]. Однако Первая мировая война нарушила планы многих городов. Но именно в годы войны, в условиях резко обострившейся ситуации в сфере обеспечения населения медикаментами, подтвердилась выраженная социальная направленность деятельности городских самоуправлений.

Всероссийский союз городов, созданный в 1914 г., приложил большие усилия к решению проблемы снабжения армии и гражданского населения лекарственными средствами. С началом войны и прекращением торговли с Германией (основным импортером в Россию лекарственных средств), в условиях разразившегося лекарственного кризиса, он занялся организацией закупок и доставки медикаментов из Швеции, Японии, Англии, Америки, даже с острова Ява, налаживанием собственного производства перевязочных материа-

лов и некоторых лекарственных средств [30, с. 69—73], в то время как в сфере частной торговли аптечными товарами наблюдалось неукротимое взвинчивание цен, процветала подпольная торговля спиртным (в условиях «сухого закона», введенного в 1914 г.) и продажа грубого и опасного фальсификата.

Сложившаяся ситуация побудила Министерство внутренних дел признать «своевременную муниципализацию в столице аптечного дела» «в целях обеспечения населения Петрограда в должной мере медицинскими средствами» [22]. Однако решение Министерством было принято лишь 12 октября 1917 г., а дальнейшие внутрисполитические события круто изменили историю страны.

САНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОРОДСКИХ САМОУПРАВЛЕНИЙ

4.1. Санитарные организации городов

Проблема санитарного состояния российских городов особенно обозначилась в пореформенный период. Начавшийся процесс урбанизации, сопровождавшийся порой многократным увеличением численности населения некоторых городов, изменением характера их застройки, появлением новых форм быта рабочего населения (ночлежные дома, каморочные квартиры, жилые подвалы), на фоне недостаточности коммунальной сферы делал города России особенно уязвимыми в отношении эпидемий. Усугублялась проблема отсутствием в городах специальных органов, занимающихся вопросами их санитарного состояния. Проблема эта осознавалась властями уже в середине XIX в., о чем свидетельствует предпринятая в 1845 г. правительством попытка создания комитетов общественного здоровья «из лиц наиболее просвещенных и... наиболее способных оценить значение санитарных мер» [45, с. 4]. Согласно закону, задачей комитетов являлось «распространение в народе здравых понятий о способах предохранения от болезней путем распространения издаваемых высшим правительством наставлений и вразумления народа насчет предметов общественного здоровья при посредстве ближайших к народу начальников по каждому управлению» [69, с. 96—97]. Однако, по признанию руководителей Медицинского департамента, закон этот оказался в полном разладе с реальной жизнью [45, с. 4].

Что касается осуществления противоэпидемических мероприятий, то по закону обязанность эта была возложена на административные и медицинские инстанции: губернаторов, врачебные губернские управления, городских и уездных врачей Медицинского департамента МВД. Контроль над появлением и развитием заразных болезней в городах находился в руках полиции. Положение Комитета министров от 25 сентября 1873 г. подробно расписывало порядок действий полиции в случае обнаружения острозаразных больных, к содействию полиции привлекались все имеющиеся медицинские силы,

включая частнопрактикующих врачей [69, с. 538—542]. Однако практика преодоления эпидемий в городах свидетельствовала о необходимости более широких и целенаправленных действий, в основе которых должны были лежать медико-санитарные знания.

Городовое положение 1870 г. предоставило городским властям право осуществлять санитарные мероприятия в масштабах города. В Городовом положении 1892 г. к числу таких мероприятий были отнесены: «изыскание способов к улучшению местных условий в санитарном отношении, а также участие в пределах, указанных в уставе врачебном, в ветеринарно-полицейских мероприятиях». Городской думе было дано право издавать обязательные санитарные постановления «о мерах против порчи воды и о прекращении и предупреждении заразных и повальных болезней, о санитарных условиях, подлежащих соблюдению в помещениях для продажи съестных припасов и напитков для обеспечения их безвредности, и об устройстве и порядке содержания в санитарном отношении фабричных и ремесленных заведений, в пределах предоставленных по сему предмету вообще городским самоуправлениям прав, ночлежных приютов, бань, боен, очистке дворов, устройстве и чистке помойных ям и отхожих мест» [69, с. 120—121].

Несмотря на декларацию, закон не предусматривал определенной ответственности за неисполнение указанных постановлений. Кроме того, право издавать такие постановления было ограничено общим статусом городских самоуправлений, стесненных вмешательством полицейских властей. Не имелось и конкретных указаний на структуру санитарной организации городов, однако было указано на необходимость привлечения «компетентных лиц».

Несовершенство законодательства позволяло властям городов игнорировать эту проблему. Однако санитарное состояние российских городов внушало тревогу. По данным Медицинского департамента, в 1890—1894 гг. смертность от острых инфекционных болезней, причиной которых чаще всего являлось плохое санитарное состояние населенных мест, в целом по российским городам составляла 203 на 100 тыс. населения. Из 12 государств Европы Россия занимала по этому показателю «передовое» 10-е место, выше была смертность только в австрийских и венгерских городах [45, с. 7].

«Спасительный инстинкт самосохранения,— писал московский санитарный врач Л. Грановский,— просыпался под влиянием страха перед повальным распространением той или иной острозаразной болезни и заставлял правящие городские сферы поневоле хорошо уразуметь все опасности, кроющиеся в санитарном неблагоустройстве населенных мест» [15, с. 574]. Это побуждало думское большинство обращать внимание на

санитарные вопросы городской жизни, привлекать к работе представителей медицинской интеллигенции, в результате чего при городских общественных управлениях стали создаваться различные коллегиальные органы и специальные учреждения, в задачу которых входило решение санитарных вопросов. Однако процесс формирования городских санитарных организаций на огромной территории России протекал крайне неравномерно, с большим временным разрывом, с существенными различиями в уровне их развития.

Ранее всего санитарная организация начала складываться в столичных городах, прежде всего в Москве. С 1866 по 1884 г. в периоды эпидемий в Москве 4 раза учреждались временные санитарные комиссии, в процессе деятельности которых был разработан ряд рациональных санитарных мер [15, с. 574]. Особенно эффективной в этом отношении была работа комиссии, созданной в 1878 г. в связи с эпидемиями сыпного тифа и оспы: город был разделен на 17 санитарных участков, каждый передавался в ведение избранного думой попечителя и врача. Они были наделены правом санитарного надзора и могли прибегать к помощи полиции. В городе, по примеру Московского губернского земства, была введена карточная регистрация заразных больных (правда, сообщения поступали только о больных, уже попавших в больницы). К этому времени относятся и первые санитарные постановления городской думы. Просуществовала эта организация всего три месяца и была ликвидирована в связи с ослаблением эпидемической ситуации. В 1879 г. практически та же комиссия, но в расширенном составе (24 попечителя и 19 врачей), возобновила работу в связи с возможным заносом чумы из Ветлянки. Она просуществовала около полугода. Тогда же, в 1879 г., был создан первый в Москве дезинфекционный отряд в составе дезинфектора, двух помощников и нескольких рабочих.

В 1884 г., когда в Западной Европе появилась так называемая четвертая пандемия холеры, охватившая Францию, Аппенинский и Пиренейский полуострова, Бельгию, московская городская дума под руководством городского головы М. Ф. Ушакова вновь создала временную санитарную комиссию. Она состояла из 20 выборных участковых попечителей и 20 санитарных врачей. Председателем ее был назначен член управы В. Ю. Скалон. В числе санитарных врачей были П. И. Дьяконов (впоследствии профессор хирургии Московского университета), Н. И. Скворцов (впоследствии заведующий Щербатовской больницей), А. Г. Петровский (заведующий всей врачебно-санитарной частью Москвы), Е. М. Иванов (заведующий санитарной частью в годы перед Первой мировой войной) и др. Секретарем комиссии и делопроизводителем являлся доктор Д. Д. Дувакин [46, с. 15—17]. Главные задачи комиссии при ее основании были определены так: «принятие

мер для приведения владений в возможно лучшие санитарные условия» и «собрание и разработка материалов для обязательных постановлений по санитарной части» [46, с. 18]. Эта комиссия стала постоянной, она имела статус совещательного органа при управе. С ослаблением эпидемии должностей участковых попечителей были ликвидированы и в составе комиссии остались только санитарные врачи. В этом было принципиальное отличие московской санитарной комиссии от аналогичных органов в других городах.

Событием, определившим дальнейшее развитие санитарного надзора в Москве, стала передача (по инициативе нового городского головы Н. А. Алексеева) в 1886 г. в ведение санитарных врачей регистрации и борьбы с острозаразными заболеваниями, которые прежде находились в руках полицейских властей и администрации. Этот шаг существенно укрепил позиции санитарной комиссии как постоянного органа городского общественного управления. Именно с этого времени начались регулярные еженедельные заседания санитарной комиссии, в которых принимали участие представители врачебной администрации, ведомств, земства. Кроме того, этот шаг стал фактором «...внутреннего усовершенствования. Именно под влиянием запросов противоэпидемической борьбы городская санитария принуждена была после первых лет своего существования пойти по пути специализации» [15, с. 578—579].

Так, в 1889 г. Москве был введен школьно-санитарный надзор и определены должности училищных врачей (6 врачей). В том же году было положено начало санитарно-ветеринарному надзору. В 1890 г. был организован санитарный надзор за изготовлением и продажей продуктов питания и введены должности 10 торгово-санитарных врачей. В 1891 г. при Гигиеническом институте Московского университета была открыта городская санитарная станция для систематического исследования пищевых веществ и производства прочих анализов. Возглавил ее проф. Ф. Ф. Эрисман. Так постепенно складывались элементы постоянной санитарной организации Москвы.

В конце XIX — начале XX вв. произошли реорганизационные изменения в управлении врачебно-санитарным делом Москвы. В 1896 г. в составе городской управы была создана врачебно-санитарная часть (IX отделение), которую возглавил председатель комиссии санитарных врачей. Был создан врачебный совет — новый коллегиальный совещательный орган при управе для предварительного обсуждения городских врачебно-санитарных мероприятий. В него входили заведующий врачебно-санитарной частью, главные врачи городских больниц, представители всех состоящих на городской службе врачей, в том числе и санитарных. В разные годы в совете активно работали А. А. Остроумов, С. М. Пучков, В. А. Флорин-

ский, Н. П. Розанов, А. Г. Петровский, А. И. Поспелов, С. Ф. Бубнов, П. П. Кашенко, Д. Д. Бекарюков и др. [47]

Главным распорядительным органом являлась комиссия общественного здоровья, состоявшая из 15 гласных думы, избираемых на 4 года. В зависимости от характера обсуждаемых вопросов проводились ее совместные заседания с другими думскими комиссиями — финансовой, организационной и комиссией по составлению обязательных санитарных постановлений.

В 1911 г. при управе появился новый орган — санитарно-статистическое бюро, где велась разработка статистических материалов, прежде всего инфекционной заболеваемости и эпидемиологических данных, оно публиковало сведения о деятельности врачебно-санитарной организации Москвы.

В ведении санитарной части была сосредоточена деятельность санитарных, торгово-санитарных, училищных врачей и соответствующих комиссий врачей (корпоративных совещательных органов из врачей определенной специальности), санитарной станции, бактериологической лаборатории при насосной станции в Рублеве, дезинфекционного отряда, городской прачечной, приемных покоев при ночлежных домах. Заведующий санитарной частью являлся одновременно председателем комиссии санитарных врачей.

Совершенствовалась и нормативная база, регулировавшая деятельность городской санитарной организации и персонала. Так, в 1913 г. московской городской думой была утверждена новая инструкция для санитарных врачей с учетом требований времени. За санитарными врачами были закреплены обязанность систематического исследования санитарного состояния вверенных им районов города, научно-практическая разработка и внедрение в практику оздоровительных мероприятий, осуществление текущего санитарного надзора, борьба с заразными заболеваниями [23, с. 32—33]. Положение 1913 г. запретило санитарным врачам совмещать городскую службу с частной или другой практикой, ввело конкурс на замещение этой должности, что свидетельствовало о возросшем ее престиже. Этому способствовало и то обстоятельство, что в 1912 г. жалование московского санитарного врача было увеличено в два раза — с 1,5 до 3 тыс. рублей в год [15, с. 583]. С целью специальной подготовки санитарных врачей при Химико-бактериологическом институте Н. П. Диатроповым были организованы специальные курсы, включавшие теоретические и практические занятия по таким вопросам, как химические, санитарные, бактериологические способы исследования, эпидемиология и меры общественной борьбы с заразными болезнями, санитарная статистика, важнейшие вопросы общественной гигиены (водоснабжение и канализация), практика общественного санитарного надзора и др.

Полный курс теоретических и практических занятий стоил 100 рублей [36].

С 1912 г. Москва была поделена уже на 20 санитарных районов, обслуживаемых 20 санитарными врачами. Каждый район охватывал 70—75 тыс. населения и состоял из двух—трех административно-полицейских участков. Из одного участка состоял только район, наиболее неблагополучный в санитарном отношении, — Хитров рынок, где были сосредоточены четыре самых крупных частных ночлежных дома. Общее число врачей, входивших в санитарную организацию Москвы в 1914 г., составило 60 человек [23, с. 44].

Расширение сферы деятельности санитарных врачей, усложнение задач определяло, с одной стороны, участие санитарных врачей в различных городских комиссиях по смежным с санитарией областям — водопроводной, канализационной, по очистке сточных вод, а с другой — требовало перехода «от опеки над обывателем» к привлечению общественности к решению санитарных проблем. В 1909 г. московскими санитарными врачами был разработан проект участковых санитарных попечительств, который был одобрен городской думой. Однако Министерство внутренних дел не утвердило проект и в 1911 г. предложило свой вариант. Дума, с учетом министерского проекта, составила собственное положение о городских санитарных попечительствах, которое было утверждено в 1913 г. Однако широко развернуть свою деятельность они не успели [15, с. 582].

Таким образом, в основу устройства московской санитарной организации были положены принципы централизации руководства, коллегиальности и специализации. Что касается привлечения общественности (в виде санитарных попечительств) к решению санитарных проблем, то решение этого вопроса «натывается на какие-то препятствия, кроющиеся частью в общих условиях жизни страны, а частью — в несовершенстве действующего Городового положения» [15, с. 582].

Развитию санитарной организации способствовали значительные финансовые возможности московского городского самоуправления. В 1914 г. содержание санитарной организации обходилось городу в 575 400 рублей, а осуществление санитарных мероприятий — в 5 520 600 рублей [22, с. 460].

В Санкт-Петербурге в 1879 г. на фоне угрозы эпидемии городская дума также создала временную комиссию общественного здоровья из числа гласных и поручила ей организацию борьбы с эпидемиями в столице. Комиссией были введены должности думских и школьных врачей, назначены окружные санитарные попечители, построена городская барачная больница, при которой в 1883 г. была открыта первая в России городская обеззараживающая камера, в 1881 г. была введена единообразная карточная регистрация больных. В 1884 г. в ве-

дение городского управления перешел надзор за развитием различных болезней, ранее находившийся в руках полицейских врачей. Город взял на себя осуществление необходимых санитарных мер: дезинфекцию, перевозку вещей в обеззараживающую камеру и больных в изолированные помещения, доставку бесплатных лекарств для бедных и мн. др.

В 1886 г. комиссия общественного здоровья была разделена на две самостоятельных комиссии: санитарную и больничную. Они имели статус исполнительных органов. В состав санитарной комиссии вошли председатель и 11 окружных санитарных попечителей из числа гласных думы, избираемых на 4 года. Врачи участвовали в этой комиссии с правом совещательного голоса. По данным доктора М. С. Уварова, в 1894 г. в Санкт-Петербурге работало 15 санитарных врачей, из которых 11 (по числу округов) состояли в штате городской управы и находились в подчинении окружного санитарного попечителя. Статус санитарного врача здесь был иной, нежели в Москве, и позволял участвовать «в санитарных осмотрах... только по приглашению подлежащего попечителя или местной полицейской власти». Фактически деятельность санитарных врачей в Петербурге первоначально ограничивалась организацией дезинфекции, «оставлением протоколов и отдачею всего дела в руки полиции». В конце XIX в. город оплачивал работу санитарного врача достаточно скромно — всего 75—100 рублей в месяц, в связи с чем для них допускалась служба в других ведомствах или частная практика, и это шло в ущерб основным обязанностям [64, с. 12—13]. В начале XX в. обязанности санитарных врачей были расширены, а для их профессионального усовершенствования были организованы «повторные научные курсы по теоретической и практической санитарии», которые вели профессора Военно-медицинской академии [39, с. 11].

Развитие санитарной организации в Петербурге, как и в Москве, шло по пути специализации. В 1884 г. был введен школьно-санитарный надзор, но с 1900 г. школьные врачи находились в ведении не санитарной комиссии, а комиссии по народному образованию. В 1891 г. была открыта городская лаборатория, где производились бактериологические и химико-гигиенические исследования пищевых продуктов, питьевой воды, а также выделений больных заразными болезнями. Лабораторией руководил профессор С. А. Пржибытек. В 1899 г. в городе были введены должности торгово-санитарных врачей, в 1901 г. был организован санитарно-ветеринарный надзор [23, с. 9].

В ведении санитарной исполнительной комиссии Петербурга находились также три изолятора для заразных больных (на 120 кроватей) с четырьмя дезинфекционными камерами, прачечными и санитарным обозом, оспопрививательный ин-

ститут с телятником. Кроме того, в сферу компетенции санитарной комиссии были включены приют для «недоносков», родильные приюты для бедных рожениц (в 1900 г. в городе насчитывалось 13 приютов со 124 койками, в 1903 г. — 278 коек), оказание бесплатной медицинской помощи (через думских, амбулаторных, врачей ночных дежурств), а также кладбища и городской ассенизационный обоз, против чего протестовал председатель санитарной комиссии А. Н. Оппенгейм [39, с. 16].

В начале XX в. в структуре врачебно-санитарной организации столицы появилось санитарно-эпидемиологическое бюро, занимавшееся статистической разработкой инфекционной заболеваемости. Постоянно действующих санитарных попечительств из представителей от населения в столице не было, они создавались временно только в случае эпидемий.

Накануне Первой мировой войны в Петрограде число врачей, входивших в санитарную организацию города, достигло 150. Из них собственно санитарных врачей было 40, школьных — 75, торгово-санитарных — 20 [22, с. 463]. Жалованье санитарных врачей оставалось недостаточным, в связи с этим для них по-прежнему допускалось совместительство «с занятием других платных должностей, но не городских» [23, с. 11—12].

По данным председателя городской санитарной комиссии доктора медицины А. Н. Оппенгейма, в 1893 г. город тратил на санитарное дело 227 514 рублей, а в 1903 г. — уже 672 006 рублей, расходы же на всю врачебно-санитарную часть составляли почти четверть городского бюджета [39, с. 6—7].

Таким образом, несмотря на наличие сходных черт в причинах возникновения, направлениях развития санитарных организаций столиц, налицо были и различия: в степени централизации руководства, в объеме и характере возложенных задач, в составе и статусе санитарных комиссий и положении санитарных врачей. Тем не менее это были постоянно действующие организации с уже достаточно четкой структурой.

Однако в подавляющем большинстве городов Российской империи санитарных организаций даже в начале XX в. не существовало. Исполнение обязанностей по санитарному надзору возлагалось по старинке на полицию или на городского врача. В 1887 г. на II Пироговском съезде в докладе доктора Горшкевича (зачитанном М. С. Уваровым) описывалось служебное положение таких городских врачей, которые «будучи правительственными агентами... находятся в зависимости и от городского управления, от которого получают жалованье». Обязанности их были слишком разносторонними: медико-полицейскими, судебными и санитарными. «Врач... при всем своем желании, не может добросовестно выполнить все эти

функции и особенно из них страдает санитарная деятельность» [53, с. 378].

Обеспечение городов санитарными кадрами оставалось крайне неудовлетворительным. В 1902 г. на VIII Пироговском съезде было констатировано, что не более 10% всех российских городов содержат санитарного врача, работа которого, тем не менее, носит характер спонтанной деятельности, вызванной экстренной эпидемической ситуацией [55]. Согласно данным А. А. Чертова, собранным по 258 городам и опубликованным в 1903 г., не было санитарных врачей даже в таких крупных городах, как Владимир, Воронеж, Курск, Новгород, Орел и др. Не было специального санитарного персонала в Саратове, аналогично складывалась ситуация и в других неблагополучных в эпидемическом отношении городах Поволжья, например в Царицыне и Симбирске. В Самаре на службе города состоял лишь один санитарный врач. В Пскове, например, 40 попечителей заменяли всю санитарную организацию. Аналогичной была ситуация в Ярославле, где попечители, назначенные думой, представляли собой единственную организацию санитарного надзора [73]. В Вильне, наряду с санитарными попечителями, назначаемыми думой, были введены должности санитарных смотрителей (16 человек), однако и это были люди без медицинского образования [49, с. 6—7].

Авторитет санитарного врача был чаще всего невысок, особенно в провинции. Вот как воспроизвел характерную ситуацию И. С. Вегер, занявший в 1903 г. должность санитарного врача в Саратове. Его инициативы по созданию специального санитарного правления и санитарной лаборатории не встретили поддержки со стороны членов городской управы, а «заведующий медицинской частью Никольский так сформулировал задачу санитарного врача: „У меня в отделении служит санитарный врач. Что я велю, то он и делает!“» [9, с. 11—12].

Если в земствах санитарные врачи работали под руководством компетентных органов — санитарно-статистических бюро, то в городах малокомпетентные комиссии такого руководства обеспечить не могли. А потому, по словам харьковского санитарного врача П. Лашенкова, работа санитарных врачей, даже там, где они имелись, «не была руководима определенной идеей, не являлась частью чего-то стройного, цельного и сводилась к унижительной работе надсмотрщиков за чистотой обывательских дворов и ретиранных мест» [28, с. 161—162].

Проблема статуса санитарного врача поднималась на IX Пироговском съезде в 1904 г., где говорилось, что городские власти «смотрят на врачей как на наемных служащих, не имеющих права голоса». Чрезвычайно низкой оставалась и оплата их труда [17]. В результате повсеместно было распространено совместительство, плохо отражавшееся на санитарной работе.

Формирование санитарных организаций протекало медленно. К 1902 г., по данным А. Чертова, не более 10% городов (т. е. 25—26 городов) имели постоянную санитарную организацию, в состав которой входили коллегиальные учреждения, участковые попечители и санитарные врачи [74]. Из 32 губернских городов только в 19 существовали санитарные комиссии, состоявшие преимущественно из представителей администрации. Однако деятельность этих комиссий была, как правило, фиктивной. В Киеве, например, за 5 лет собрания санитарного совета созывались лишь 4 раза [73, с. 50]. В Харькове санитарная комиссия была создана в 1879 г., но через 3 года прекратила свое существование и возобновила деятельность лишь спустя 18 лет [73, с. 232].

Характерной особенностью санитарных организаций российских городов было и то, что они представляли собою «в различных городах большое разнообразие по составу членов и по предметам ведения» [74, с. 55]. И если земские организации развивались довольно однообразно, то «организация в каждом городе представляет свои особенности столь различные, что о единстве организации, хотя бы небольшой группы городов, не может быть и речи» [28, с. 166].

Планом для формирования городских врачебно-санитарных организаций и приведения их хотя бы к относительному единообразию послужил разработанный участниками IX Пироговского съезда перечень тех обязательных элементов, которые должны эти организации составлять. В состав санитарных организаций городов, согласно решению съезда, должны были входить: санитарные врачи (с дальнейшим присоединением к ним школьно-санитарных, торгово-санитарных, фабрично-санитарных и прочих врачей), участковые санитарные попечительства, санитарный совет (или комиссия), санитарное бюро, химико-бактериологическая станция, обеззараживающее бюро. Однако указанные звенья санитарной организации в полном объеме могли быть созданы только в столицах, губернских и других крупных городах. Небольшим же городам, не обладавшим достаточными средствами, рекомендовалось взаимодействовать с уездными и губернскими земствами, участвовать в расходах по содержанию в городе земских медицинских учреждений. В маленьких городах необходимо было создание, по крайней мере, городских санитарных попечительств [43, с. 81].

Участковые санитарные попечительства к этому времени уже были созданы в ряде городов (Казань, Саратов, Одесса, Петербург, Нижний Новгород) как органы общественного санитарного надзора. Состав попечительств был различен: в них далеко не всегда участвовали врачи, но основными членами их были граждане, пользующиеся авторитетом в городе. Административными полномочиями они не обладали. Но пред-

ставители общественной медицины придавали работе попечительств большое значение. В 1897 г. санитарный врач М. С. Уваров, рассуждая над проблемой организации общественного санитарного надзора в Петербурге, указывал на целесообразность введения постоянных санитарных попечительств и предлагал план их взаимодействия с санитарными врачами [64, с. 18].

Вопрос о санитарных попечительствах рассматривался на IX Пироговском съезде в докладе В. Ставровского, который квалифицировал их как «местные коллективные органы выражения общественного самосознания и самодеятельности в делах охранения народного здоровья». Но залогом их успешной деятельности он считал руководство со стороны санитарного врача [60].

Однако правительство настороженно относилось к подобного рода общественным инициативам, особенно в крупных городах. Уместно вспомнить, что тяжбы между московской городской думой и Министерством внутренних дел по поводу утверждения Положения о санитарных попечительствах длились с 1909 по 1913 г. и решение этого вопроса постоянно наталкивалось на какие-то препятствия. Но для малых городов этот тип общественных органов санитарного надзора, компенсирующих нехватку или отсутствие санитарного персонала, был необходим. Это осознавало и Министерство внутренних дел, издавшее в 1911 г. Циркуляр об участковых санитарных попечительствах.

Образцовой считалась организация санитарных попечительств в Одессе. Они начали свою деятельность в 1897 г., находясь под руководством санитарной комиссии и санитарных врачей. В их состав входили «лица обоего пола, пользующиеся доверием и могущие быть полезными для выполнения попечительствами их задач». В 1902 г. в городе функционировали 9 попечительств, насчитывавших в своем составе 277 человек. Попечительства держали под контролем санитарное состояние подведомственных им участков. Согласно инструкции, они должны были «убеждением и нравственным влиянием склонять население к сознательному соблюдению необходимых санитарных правил, а равно и распоряжений городской санитарной комиссии и обязательных постановлений городской думы» [73, с. 247]. Деятельность одесских участковых санитарных попечительств на VIII Пироговском съезде была прокомментирована как пример для других городов [5].

Одесса принадлежала к числу тех немногих городов, где санитарная организация начала складываться довольно рано. По своему административному положению Одесса была уездным городом. В то же время она являлась вторым по значению портовым городом России после Петербурга. Пристальное внимание к вопросам санитарного состояния Одессы было

связано с тем, что город представлял собой постоянную потенциальную опасность проникновения эпидемий. В 1871 г. в городе начал действовать комитет общественного здоровья, а сам город был поделен на 6 участков — санитарных отделений — соответственно количеству городских врачей. На санитарное отделение возлагалась обязанность по надзору за соблюдением санитарных требований [29].

В начале XX в. городская санитарная организация Одессы уже имела четкое организационное оформление. По данным на 1903 г., в Одессе при городской управе существовала санитарная исполнительная комиссия, в которую входили все члены городской управы, 12 гласных думы и председатели 9 участковых санитарных попечительств. Председателем комиссии являлся один из членов городской управы. В городе имелись химическая (основана в 1884 г.) и бактериологическая (учреждена в 1886 г.) лаборатории, в содержании которых участвовало и Херсонское земство, дезинфекционная камера, санитарное бюро. Заведующие этими учреждениями входили в комиссию с правом совещательного голоса. Санитарная комиссия действовала постоянно, и заседания ее проходили не реже одного раза в месяц. В санитарном бюро было сосредоточено все делопроизводство, а также разработка статистических материалов. Интересно отметить, что заведующего городским санитарным бюро назначало и содержало Херсонское земство [22, с. 450]. Санитарное бюро выпускало «Ежемесячные бюллетени», «Двухнедельные сведения», «Годовые обзоры». Оно являлось и консультативным органом. Санитарный персонал города включал 4 санитарных врачей, заведующих дезинфекционной камерой, бактериологической станцией (и двух его помощников) и химической лабораторией. Город субсидировал дополнительно 6 врачей «для выполнения функций городского санитарного надзора» [73, с. 246]. Санитарный врач г. Одессы имел высокое жалование. Если московскому санитарному врачу в 1903 г. полагалось жалование 1500 рублей в год, то одесский врач получал 2300 рублей [73, с. 102, 246].

Таким образом, к началу XX в. состояние санитарных организаций городов имело колоссальные различия. В ряде мест, как, например, в Варшаве, санитарное дело находилось полностью в руках полиции и врачебной управы. В Пятигорске, Ессентуках, Железноводске санитарный надзор осуществляли санитарные врачи Управления Кавказскими Минеральными Водами, в содержании которых принимали участие и городские управы [54, с. 319—320].

В годы, предшествовавшие Первой мировой войне, ряд жестоких эпидемий усилил внимание правительства, городских властей и медицинской общественности к проблеме крайне неблагоприятного санитарного состояния городов. В 1908 г. министром внутренних дел была образована Комис-

сия для оздоровления городов Поволжья под председательством профессора гигиены Г. В. Хлопина. К числу причин столь плачевного санитарного состояния этих населенных пунктов, ставших постоянными воротами для эпидемий в России, Г. В. Хлопин отнес и отсутствие постоянных санитарных организаций в городах [71, с. 293—294]. В 1910 г. Управление Главного врачебного инспектора занялось изучением состояния городских коммуникаций. В 1911 г. Министерство внутренних дел издало циркуляр о деятельности участковых санитарных попечительств, признав тем самым роль общественности в организации санитарного надзора. Вопросы городской санитарной организации активно обсуждались на Пироговских съездах. Весной 1912 г. в Москве состоялось особое совещание по санитарным и санитарно-статистическим вопросам, где поднималась проблема организации в городах санитарно-статистических бюро, призванных поставить санитарную деятельность на должный научный уровень [65, 66].

Правительственные меры, разработка организационных основ и принципов городской медицины на Пироговских съездах способствовали более интенсивному росту городских санитарных организаций и их относительной унификации. Накануне Первой мировой войны, согласно сведениям Д. Н. Жбанкова, из 224 городов 86 имели санитарную организацию в том или ином виде. При этом в 45 городах (26 больших, 15 средних и 4 малых) существовала «более или менее полная санитарная организация», а в 41 городе (5 больших, 23 средних и 13 малых) — зачатки организации, когда город имел «хоть и несовершенную, санитарную комиссию» и одного—двух санитарных врачей. Однако в большинстве средних и малых городов хоть и значились коллегиальные врачебно-санитарные органы, но деятельность их нередко была фиктивной [22, с. 457—458].

В 39 городах были созданы санитарные или санитарно-статистические бюро, в 116 существовали санитарные попечительства: в 76 — как временные органы, в 40 — как постоянные. В 54 городах были открыты бактериологические и химико-гигиенические лаборатории и станции [22, с. 458, 461].

Большие различия наблюдались в количестве содержащихся городами санитарных врачей. Так, в Петрограде накануне Первой мировой войны число врачей, входивших в санитарную организацию города, достигло 150, из них собственно санитарных врачей было 40. В Москве на городской санитарной службе состояли 60 врачей, из них санитарных врачей было 20. Относительно обеспеченными кадрами были такие города, как Харьков (15 врачей на службе в санитарной организации), Киев и Одесса (14 врачей), Вильна (11), Баку (9), Астрахань, Самара (7), Таганрог, Рига (6), Ростов-на-Дону (5). В 71 городе санитарную службу несли один—два врача, в 11

городах они совмещали ее с должностями городского, амбулаторного или больничного врача. Однако в 121 городе (одном большом, 12 средних и 108 малых) санитарные кадры по-прежнему отсутствовали [22, с. 463]. В 138 городах (двух больших, 16 средних и 120 малых) так и не было создано никакой санитарной организации [22, с. 457].

Подсчеты, произведенные Д. Н. Жбанковым, показывали, что расходы городских самоуправлений на содержание санитарной части (персонала и учреждений) в среднем во всех группах городов (большие, средние и малые) едва превышали 1% от общих расходов на все городское врачебно-санитарное дело [22, с. 476].

Однако, несмотря на очевидную слабость и недостатки санитарной деятельности в большинстве российских городов, в недрах передовых городских санитарных организаций на рубеже XIX—XX вв. родились новые направления, формы и методы работы, которые были развиты в последующие десятилетия.

4.2. Противоэпидемическая деятельность

Эпидемии стимулировали создание городских санитарных организаций. В свою очередь, появление органов городского санитарного надзора способствовало совершенствованию форм противоэпидемической работы, постепенному переходу от спорадических действий, вызванных непосредственно эпидемией, к профилактическим санитарным мерам по оздоровлению городов. Процесс этот стимулировала работа Пироговских съездов, где вопрос о борьбе с эпидемиями занимал одно из центральных мест, а деятельность санитарных организаций в этом направлении подвергалась постоянному анализу.

Так, на IV Пироговском съезде, проходившем в 1892 г., когда холерой были охвачены 70 губерний России, в выступлении санитарного врача М. С. Уварова был поставлен вопрос о необходимости осуществления превентивных мер для предупреждения эпидемий: организации учета заболеваемости, санитарно-статистических исследований, постоянного санитарного надзора [63, с. 278]. Эпидемия 1892—1894 г. обнаружила бездействие властей многих городов и перекладывание проблем борьбы с эпидемией на плечи земств. В связи с этим на состоявшемся в 1894 г. V Пироговском съезде поднималась проблема законодательного разграничения функций земств и городов в медико-санитарных вопросах [62].

На XI Пироговском съезде были подвергнуты анализу действия столичных санитарных организаций в борьбе с эпидемией холеры 1908—1909 гг. На совещании по санитарным и санитарно-статистическим вопросам, проходившем в Москве

в 1912 г., проблема организации противоэпидемической деятельности была обстоятельно рассмотрена в докладе Н. П. Васильевского, где была подчеркнута очевидная неэффективность медико-полицейских мер. На смену такому «симптоматическому средству» должно было прийти «причинное лечение общественно-санитарных бед». А потому важнейшими задачами должны были стать изучение местных санитарных условий на основе научно разработанных программ, контроль заболеваемости, обеспечение санитарного надзора над водоснабжением и канализацией, санитарно-просветительная работа среди населения [7]. Эти тенденции уже просматривались в действиях санитарных организаций столиц и некоторых крупных городов.

Так, в Москве в конце XIX в. начала складываться система борьбы с заразными болезнями, основанная на «индивидуальном расследовании каждого случая заболевания», обслуживавшая город несколько десятилетий [15, с. 580]. Заключалась она в следующем: все лечебные учреждения города и все вольнопрактикующие врачи были оснащены специальными карточками, с помощью которых они были обязаны извещать городскую управу о каждом подозрительном больном. Карточки бесплатно пересылались по городской почте и доставлялись санитарным врачам, которые были обязаны посещать указанные в карточках места проживания заболевших, принимать необходимые меры по эвакуации, изоляции больных или членов семьи, организовывать дезинфекцию вещей и помещений. В случае подозрения на холеру извещение осуществлялось немедленно по телефону.

Противоэпидемическая работа занимала у санитарных врачей основную массу времени. Косвенно об этом могут свидетельствовать данные о произведенных под наблюдением санитарных врачей дезинфекциях: в 1906 г. — 3864 дезинфекции, в 1907 г. — 4349, в 1908 г. — 5835, в 1909 г. — 8182, в 1910 г. — 10 435 (около 30 дезинфекций ежедневно) [16, с. 26].

В конце XIX в. в деятельности санитарных врачей Москвы еще преобладали медико-полицейские меры: проводились рейды по московским владениям, а нарушители санитарных постановлений несли наказание. Так, в 1884—1885 гг. в результате осмотров комиссией санитарных врачей было составлено 235 актов о несоблюдении владельцами дворов санитарных требований, 206 из них были направлены к мировому судье, на виновников был наложен штраф в размере от 5 до 100 рублей. Однако врачи признавали, что «приговоры мировых судей нередко не достигают цели: домовладельцы, уплачивая штраф, оставляют свои владения в том же состоянии». Врачи заявляли о необходимости организации постоянного санитарного надзора в городе, обращали внимание городских властей на необходимость устройства правильной канализа-

ции и достаточного водоснабжения — «этих важнейших агентов в деле улучшения гигиенических условий жизни в городах» [46, с. 20].

Подверженность Москвы опасности распространения инфекционных заболеваний определялась рядом объективных обстоятельств: самим положением Москвы, к которой сходилось 10 железнодорожных линий, связывавших город со всей территорией империи, наличием густонаселенных бедных пригородов с плохим медицинским обслуживанием. Но особенно провоцировали эпидемическое неблагополучие в городе многочисленные ночлежные дома и коечно-каморочные квартиры. Контроль над их санитарным состоянием стал одним из важных звеньев предупредительной противоэпидемической работы. В 1884 г., когда над Москвой нависла опасность появления холеры, врачи санитарной комиссии занялись обследованием ночлежных домов, коечных квартир, постоянных дворов. В докладе санитарного врача Д. Д. Дувакина, составленном по результатам осмотра, было описано удручающее санитарное состояние этих обиталищ рабочего населения: «ночлежники спят на полу, под нарами, вообще везде, где только предоставляется возможность лечь... Подстилками служат грязные рогожки и дерюги. Отдельные помещения для мужчин и женщин из 148 квартир отмечены только в 5, в остальных — спят все вместе. Содержатся квартиры крайне грязно... Все отхожие места — первобытного устройства...» [21].

Для описания ночлежных домов санитарными врачами были разработаны специальные бланки, а материалы обследования послужили основой для разработки думой санитарных постановлений по содержанию этих заведений. В 1886 г. при двух ночлежных домах были открыты первые городские амбулатории для отслеживания и оказания помощи заболевшим, число таких амбулаторий в городе к 1902 г. достигло 14. Это позволяло держать под контролем эпидемическую ситуацию среди достаточно многочисленной группы населения.

За ночлежными домами был налажен постоянный санитарный надзор: если в 1885—1889 гг. среднее годовое число посещений санитарными врачами ночлежек составляло 340 200, то в 1905—1909 гг. — уже 930 600 [31, с. 56]. В начале XX в. каждый ночлежный дом в Москве был оснащен аппаратом «Гелиос» для дезинфекции одежды и белья ночлежников, принимались меры по «выжариванию» насекомых из спальных мест специальными лампами и т. д.

Необходимость борьбы с эпидемическим распространением заболеваний подталкивала к поиску новых видов массовых профилактических мероприятий. Например, для предупреждения распространения тифов для ночлежников Хитрова рын-

ка и городских ночлежных домов с 1907 г. городом устраивались бесплатные бани, оказывалась продовольственная помощь [16, с. 28].

Наибольшую опасность для Москвы представляли эпидемии тифов, кори, скарлатины, дифтерии, дизентерии, которые за период с 1886 по 1910 г. дали наибольшее количество случаев: корь — 96 166, скарлатина — 72 567, дифтерия — 68 768, возвратный тиф — 45 861, дизентерия — 45 158. Случаи заболевания холерой, несмотря на ее неоднократные вспышки, были относительно немногочисленны: за 1886—1910 гг. — 3067 случаев, из них 2666 были зафиксированы в эпидемию 1892—1894 гг. Незначительную заболеваемость холерой в начале XX в. городское управление справедливо связывало с устройством и действием в городе водопровода (Москворецкий с 1903 г.) и канализации (с 1898 г.), а также с «тщательностью надзора за всеми подозрительными заболеваниями, своевременным удалением заболевших в больницы и вообще всеми принимавшимися мерами» [31, с. 28—29].

Существенным моментом стала разработка универсального плана борьбы с эпидемией холеры, к которой санитарная комиссия приступила после эпидемии 1892—1894 гг., план с каждым годом дополнялся и совершенствовался. Когда в 1908—1909 гг. вновь возникла угроза появления холеры в Москве, этот план был воплощен в жизнь. Он включал целый ряд мероприятий: организацию регулярных осмотров владений, фабрик, ночлежных домов, пищевых производств, вокзалов, увеличение штата городского санитарного персонала, устройство наблюдательных пунктов при городских и частных ночлежных домах, продовольственных пунктов для беднейшего населения, а также дешевых столовых и чайных. Для охраны от заражения и загрязнения городского водопровода на станциях Рублево, Алексеевской, Мытищинской и в Крестовских водонапорных башнях был организован врачебно-санитарный надзор. На насосной станции в Рублево был введен ежедневный анализ воды на обнаружение вибриона холеры. Особое внимание было уделено специальным мерам — исследованию «всех извержений подозрительных на холеру больных» при городских больницах, Бактериологическом институте Московского университета, производству всем желающим прививок, устройству специальных пунктов для приема больных. Городом был выделен транспорт (6 карет) для перевозки заболевших. Большое значение придавалось и санитарно-просветительным мероприятиям — изданию лекций, организации народных чтений с показом туманных картинок [33, доклад № 128]. На санитарные мероприятия по борьбе с холерой в 1909 г. из городского бюджета было запланировано выделить 258 300 рублей [34, с. 2—16]. Фактически было потрачено 597 651 рубль [16, с. 28].

На XI Пироговском съезде указывалось на важную особенность этой эпидемии — вспышка возникла среди женщин-ночлежниц Хитрова рынка, занимавшихся разбором склада тряпья, который и явился источником заражения. Эпидемия, в отличие от Петербурга, носила контактный, а не «водный» характер: исследования воды ни в одном случае вибрионов холеры не обнаружили. Причиной незначительного распространения заболевания стала правильно выбранная санитарной комиссией тактика. Применение «стеснительных мер» (карантинов, административного наблюдения и проч.) привело бы к сокрытию заболеваний, бегству ночлежников и большому распространению эпидемии. Принятые общесанитарные меры (продовольственная помощь, бесплатные бани, выдача одежды, оплата городом проживания и т. д.) достигли своей цели: паники удалось избежать, ситуация была подконтрольной [68, с. 173—174]. В результате пандемия миновала Москву, оставив здесь сравнительно ничтожный след — за период с 1908 по 1911 г. всего 401 случай заболевания [16, с. 28].

Профилактические меры принимались и в отношении других инфекционных заболеваний. В 1909 г. городом были введены подворные вакцинации против оспы: были приглашены 10 студентов, которые произвели более 5 тыс. прививок, а спустя два года число оспопрививателей было удвоено, прививками были охвачены уже более 11 тыс. человек. Город взял на себя расходы по приготовлению в Бактериологическом институте противоскарлатинной сыворотки. В 1904 г. было ассигновано 4 тыс. рублей, в 1905 — уже 12 тыс. рублей [33, доклад № 92].

В северной столице противоэпидемическая работа также преобладала в деятельности санитарной организации, однако она была менее последовательной: постоянного санитарного надзора за ночлежными домами в Петербурге так и не было организовано, а дума ограничилась лишь изданием обязательных санитарных постановлений об их содержании. В то же время в 1901—1903 гг. в городе были открыты две изоляционные квартиры и дом для изоляции жильцов из зараженных квартир, оборудованный дезинфекционной камерой, прачечной и необходимым инвентарем. В Москве подобных изоляторов не имелось.

Санитарной комиссией города в 1904—1907 гг. был также утвержден план мероприятий по борьбе с холерой. Следуя этому плану, санитарная комиссия в 1908 г. привлекла дополнительно 211 врачей, усилила санитарный надзор за заболеваемостью: были организованы 22 врачебных пункта с непрерывным дежурством врачей и дезинфекторов (в помощь городу Российским обществом Красного Креста было организовано 13 дезинфекционных отрядов), в городе действовали карточная система и телефонная линия для оповещения о забо-

левших холерой. Был усилен санитарный надзор за состоянием водных путей, торговыми заведениями. Однако эпидемия обозначила много слабых сторон санитарной организации столицы: недостаточное взаимодействие между санитарной и больничной частями, нехватку мест в инфекционных больницах, отсутствие постоянного санитарного надзора за ночлежными домами, постоянных санитарных попечительств, плохую подготовку дополнительного персонала, некачественную дезинфекцию стоков инфекционных больниц и мн. др. Совместительство, допускаявшееся для санитарных врачей в Петербурге, не позволяло им работать с полной отдачей. Сказалось и отсутствие в связи с болезнью в момент развития эпидемии председателя санитарной комиссии, и «все дело пришлось взять в свои руки городскому голове» [12, с. 165]. Однако самым непреодолимым препятствием в деле предотвращения эпидемии являлось отсутствие в городе сплавной канализации и качественного водоснабжения. Это делало бесполезными все усилия городских властей и санитарной комиссии.

26 августа 1908 г. в городе было зафиксировано 15 доказанных случаев холеры, 28 августа Петербург был официально объявлен неблагополучным по холере. А 12 сентября холерный вибрион был обнаружен в невской фильтрованной водопроводной воде. С этого момента, по словам председателя санитарной комиссии Н. А. Оппенгейма, в распоряжении санитарной организации фактически осталось «единственное средство борьбы — широкое оповещение населения о вреде питья сырой воды и возможно широкое снабжение населения хорошо прокипяченной водой» [51, с. 8].

Подводя итог результатам работы санитарной организации в 1908 г., Н. А. Оппенгейм, признавая ее недостатки, справедливо указывал, что все-таки «первыми шагами в деле оздоровления Санкт-Петербурга является снабжение города безупречной питьевой водой и рациональное удаление твердых и жидких нечистот» [51, прил., с. 364].

По данным нового председателя санитарной комиссии В. О. Губерта (заявшего эту должность после смерти А. Н. Оппенгейма), за весь 1908 г. холерой в Санкт-Петербурге заболело 8440 человек, из них умерло 3828 (45%) [72, с. 3]. В. О. Губерт настаивал на «перемещении центра тяжести всех мероприятий на основные элементы санитарного благоустройства города» [72, с. 7]. Прежде всего эти меры касались водоснабжения и удаления нечистот. Все водоемы в черте города были изучены бактериологическим отделением городской лаборатории на наличие холерного вибриона, была организована санитарная охрана береговой полосы в районе водоприемников, началось изучение способов стерилизации воды и др. В городе было усилено снабжение населения кипяченой водой. Са-

нитарная комиссия приняла посильные меры по ограждению Невы в районе водоприемников от загрязнения сточными водами. Сточные трубы, находившиеся выше водозаборных труб, по возможности были закрыты, был разработан проект коллектора для сточных вод, суть которого состояла в том, чтобы перехватить стоки нечистот, направляющиеся в Неву близ водопроводной станции, и направить их ниже, в районе Французской набережной. По вопросу о строительстве коллектора санитарно-исполнительная комиссия пришла в острое столкновение с городской думой, которая считала это излишним (!).

Другим важным направлением деятельности санитарной комиссии стало санитарное просвещение населения. В праздничные дни в различных аудиториях проводились лекции о предупреждении холеры и борьбе с ней, с показом диапозитивов, с раздачей листков и брошюр. Среди населения распространялась изданная Обществом охранения народного здоровья брошюра «Как уберечь себя от холеры». Санитарные беседы «о вреде питья сырой воды» проводились на стоянках судов среди рабочих, в подвальных, угловых, артельных, чердачных квартирах, откуда ежедневно доставлялись десятки заболевших холерой. Как писал В. О. Губерт, «Надо было с ласкою говорить всей этой бедноте, как беречь себя от холеры, раздавая им и печатное наставление (роздано 127 тыс. экземпляров). Надо было развесить на всех видных местах столицы и во всех домах наставления (12 тыс.)... Только через полгода эта проповедь, по-видимому, дошла до ушей и до сознания большинства петербургской бедноты» [72, с. 16].

Санитарной комиссией были предприняты и другие меры: налажена дезинфекция не только помещений, но и вещей больных, максимально активизирована работа бактериологических лабораторий — городской и трех временных. За 1909 г. ими было произведено 17 592 исследования испражнений, проб воды из различных источников и Невы, выгребных ям. В результате этих исследований «была установлена возможность кругового путешествия холерных вибрионов: человек — выгреб — сточные трубы — р. Нева — вода на водопроводных станциях — квартирных водопроводных кран — и опять человек» [72, с. 24]. В изоляционных квартирах продолжали производить противохолерные прививки, но популярность этой меры заметно снизилась после критического публичного заявления проф. И. И. Мечникова.

Был значительно усилен торгово-пищевой надзор. Санитарная комиссия занялась урегулированием вопроса о правильном погребении умерших от холеры. Однако в своем отчете о проведенной в 1909 г. работе В. О. Губерт констатировал, что «При существующих условиях не только на временные мероприятия по борьбе с эпидемией, но на настоящую

постоянную санитарную организацию, как бы широко она не была поставлена, приходится смотреть как на паллиатив... при отсутствии в столице таких основ санитарного благоустройства, как канализация и здоровое питьевое водоснабжение, никакое усиление санитарно-полицейского надзора, никакие специальные противохолерные мероприятия... не способны быстро оборвать или сократить до значительного минимума эпидемию» [72, с. 31]. Количество заболевших холерой в Петербурге 1909 г. составило 7538 человек, из них умерло 3233 (43%). Эпидемия была преодолена лишь к началу 1910 г.: 1 января 1910 г. в Петербурге значились один холерный больной и 15 подозрительных [72, с. 3, 33].

Примером организованной противоэпидемической работы являлась деятельность санитарной организации Одессы. Борьба с эпидемиями в городе являлась основной задачей городских врачей для бедных и санитарных врачей, которые занимались выявлением больных, помещением их в больницы или обеспечением амбулаторного лечения. В городе было налажено оспопрививание. Бесплатный для населения детрит доставлялся из Херсонского губернского земского телятника. Большую роль в санитарных мероприятиях города играла бактериологическая станция, в содержании которой в равной доле с городом участвовало и Херсонское губернное земство. Первоначально станция производила лишь предохранительные прививки от бешенства, но позднее она уже изготавливала и антидифтерийную сыворотку, а также занималась ежедневным анализом водопроводной воды и различными диагностическими исследованиями.

Благодаря координированным действиям в 1902 г. в Одессе удалось предотвратить эпидемию чумы. После пяти зафиксированных случаев заболевания была экстренно создана специальная санитарно-исполнительная комиссия под председательством городского головы и непосредственным руководством градоначальника графа Шувалова. Комиссией, в которую, помимо администрации, вошли все члены городской санитарной комиссии, был разработан и осуществлен план противочумных мероприятий. Было налажено извещение о заболевших, организована изоляция больных и контактных лиц, дезинфекция вещей, помещений и даже всего квартала, где находился зараженный дом. С середины июля по середину ноября была продезинфицирована площадь города, приблизительно равная 9 кв. верстам [57, с. 55]. В городе было увеличено число амбулаторий и расширен штат санитарного персонала. Производились поголовные осмотры населения в районах чумных очагов. В городе были устроены специальные изоляционные помещения для подозрительных больных, а в дополнение к имевшейся дезинфекционной камере «из Дрездена по телеграфу» были выписаны две передвижные паровые дезин-

фекционные камеры, приобретена перевозная железная печь с казаном для сжигания рухляди во дворах зараженных домов» [57, с. 56]. Для предотвращения распространения инфекции за пределы города была введена обязательная обработка в дезинфекционной камере багажа пассажиров, отправляющихся из Одессы. Под руководством доктора Н. Ф. Гамалея было организовано подворное крысоистребление. В лаборатории под руководством П. Н. Диатроптова готовилась разводка крысиного тифа для истребления грызунов. В разных районах города были организованы приемники для крыс и установлены печи для сжигания. Огромную роль в борьбе с эпидемией в Одессе сыграли санитарные попечительства. Одесское городское самоуправление, по словам заведующего санитарным бюро Н. П. Васильевского, предоставляло «попечительствам и врачам большой простор для проявления личной инициативы». На санитарные попечительства был всецело возложен санитарный надзор в городе. При их содействии производилось крысоистребление, «причем попечительства проверяли действия отрядов по разбрасыванию кусочков, смоченных в разводке крысиного тифа». Попечительства производили оценку убытков, причиненных противочумными мерами отдельным лицам, и удовлетворением поступавших в комиссию ходатайств [57, с. 76]. С сентября 1902 г. по февраль 1903 г. санитарная организация Одессы вела напряженную работу по борьбе с возможным развитием эпидемии. Общий расход городского самоуправления на организацию борьбы с чумной эпидемией составил более 152 тыс. рублей [57, с. 74].

Противоэпидемическая деятельность составляла, таким образом, основную заботу и весьма ощутимую статью расходов городских самоуправлений. Деятели Пироговского общества ставили в прямую зависимость правильность постановки противоэпидемической работы от наличия в городе постоянной санитарной организации, способной осуществлять координированные действия и проводить целенаправленные меры. Перечень таких мер был представлен в докладе В. П. Успенского, выступавшего на соединенном заседании бактериологов и санитарных врачей, проходившем в рамках совещания по санитарным и санитарно-статистическим вопросам в 1912 г. в Москве. Это передача в ведение городских управлений статистики заболеваемости и смертности; обеспечение населения достаточной амбулаторной, квартирной и стационарной помощью; целесообразное применение дезинфекции и эвакуации (бесплатно); широкое применение общесанитарных мероприятий, направленных на улучшение санитарного состояния городов (водоснабжение и канализация), условий жизни и труда различных групп населения, на улучшение физического состояния подрастающего поколения; распространение среди населения гигиенических знаний [67, с. 182—183]. Таким об-

разом, в докладе вновь был сделан акцент на необходимости проведения широких санитарных мер, служивших действенной профилактикой эпидемий в городах.

Накануне Первой мировой войны, согласно собранным Правлением Пироговского общества сведениям, организация борьбы с эпидемиями была налажена в 164 городах, и в 60 она отсутствовала. Но Д. Н. Жбанков подвергал эти сведения большому сомнению: «о какой борьбе идет речь в первых 164 городах, когда в 36 из них нет никакой врачебной и в 79 никакой санитарной организации?» [22, с. 465]. Деятели общественной медицины в целом критически оценивали постановку противоэпидемической работы в городах, поскольку в их подавляющем большинстве формы борьбы с эпидемиями носили характер пресечения, что, как правило, не позволяло избежать больших жертв и расходов. Такие предупредительные меры, как открытие столовых, чайных, бесплатных бань, санитарно-просветительная работа, осуществлялись лишь в столичных городах, и то, как правило, только при намечающейся угрозе эпидемии. Такая необходимая мера, как отслеживание и регистрация заразных больных, была введена только в 122 городах, оспопрививание — в 146 городах. Однако оспенные телятники имелись лишь в 6 городах — Петрограде, Астрахани, Баку, Варшаве, Николаеве, Риге. В остальных городах получение оспенного материала носило «случайный характер — из частных телятников, аптекарских магазинов и проч.» [22, с. 467].

Существенным препятствием в борьбе с эпидемиями был катастрофический недостаток мест в инфекционных больницах. Наличие в городах земских инфекционных больниц позволяло городским управлениям не спешить с решением этого вопроса. Заразные больницы, бараки, отделения существовали в 100 городах, однако общее количество коек в них не превышало 8 тыс. И это количество, по словам Д. Н. Жбанкова, было «каплей в море в сравнении с 15 миллионами заразных больных, которые по отчету главного врачебного управления ежегодно записываются в стране» [22, с. 467]. Лаборатории для бактериологических и химико-гигиенических исследований, необходимых для распознавания инфекционных заболеваний, по данным Д. Н. Жбанкова, имелись в 1914 г. только в 49 городах [22, с. 465]. Из всех противоэпидемических мероприятий наиболее широко и правильно была организована дезинфекция помещений, а вот дезинфекция вещей заболевших, производимая в специальных камерах, осуществлялась лишь в 54 городах.

Пагубным для организации борьбы с эпидемиями было отсутствие тесного сотрудничества между санитарной и лечебной частями, отстранение санитарных врачей от решения вопросов городского благоустройства. Это особенно наглядно

подтвердила эпидемия в Петербурге, где члены санитарной комиссии узнали о намечающейся эпидемии лишь тогда, когда в больницах города были зафиксированы уже 15 холерных больных. А практически самовольное вмешательство санитарной комиссии в дело водоснабжения «еще раз подчеркнуло ненормальность прежнего положения вещей, когда вопросы общесанитарного характера решались без ее участия» [12, с. 165, 169].

Небывало широкий размах эпидемий, охвативших в начале XX в. города России, особенно Петербург и города Поволжья — Астрахань, Самару, Саратов, Царицын,— вызвал серьезную озабоченность правительства. Эпидемиологическая ситуация в России ставила под угрозу международный авторитет империи. В иностранной прессе эти события вызвали резонанс: высказывались мнения о необходимости созыва международной конференции с целью оказать влияние и принудить российское правительство к изданию соответствующих санитарных законов и принятию оздоровительных мер [71, с. 295].

В отчете Комиссии для оздоровления городов Поволжья под председательством профессора гигиены Г. В. Хлопина также выражалась мысль о «необходимости издать законы, предоставляющие право активно влиять на проведение санитарных реформ в стране» [71, с. 295]. В результате труды Комиссии, а также законодательные предложения, касающиеся Санкт-Петербурга, внесенные на рассмотрение Государственной Думы и Государственного Совета, легли в основу проекта так называемого принудительного оздоровления городов.

Основная мысль намеченного проекта состояла в участии правительственных органов в решении санитарных проблем городов, однако за счет финансовых средств самих городов. В случае бездействия городских самоуправлений предлагалось заменять их специально назначенными правительством управами. Данный проект вызвал несогласие деятелей общественной медицины, несмотря на звучавшие прежде на Пироговских съездах призывы к правительству о принятии законов, обязывающих городские самоуправления заниматься вопросами здравоохранения. Для всестороннего и объективного изучения вопроса бюро секции городской медицины Пироговских съездов разослало запросы по городам, прежде всего Поволжья. По словам доктора М. М. Грана, подведшего итог этому опросу и выступившего с докладом по данной проблеме на XI Пироговском съезде, «Не трудно было предусмотреть отношение местных сил и учреждений к... принципу принудительного оздоровления: оно единогласно и во всех городах отрицательное» [14, с. 182]. Основные аргументы сводились к тому, что принцип принудительного оздоровления городов затрагивал не весь комплекс, а лишь небольшую часть санитар-

ных мероприятий, что было совершенно недостаточным для действительного оздоровления городов, кроме того, он «в корне подрывает сам принцип самоуправления». Решение проблемы деятели общественной медицины связывали, в первую очередь, с совершенствованием законодательства — расширением и демократизацией круга городских избирателей и расширением бюджетного права городов. Для оздоровления городов нужна была «государственная сила», но нужны были и «государственная финансовая помощь и содействие», а не перекладывание всех материальных тягот на плечи городского населения [14, с. 182—183].

Проблема принудительного оздоровления городов получила живой отклик среди представителей медицинской науки, которые также считали, что проект не оправдывал ожиданий прежде всего потому, что не изменял тех условий, при которых «санитарно-гигиенические неурядки представляют собой... наследие наших избирательных порядков». Критика в адрес проекта была аргументирована и тем, что оздоровительные меры должны были коснуться лишь незначительного числа наиболее неблагополучных городов, что в проекте не шла речь о одновременности мероприятий, а это, с точки зрения эпидемиологии, являлось существенным условием пресечения распространения эпидемий.

Камнем преткновения являлся вопрос финансирования оздоровительных мероприятий. Проф. Н. Савельев предлагал предоставлять городам государственные займы на самых льготных условиях. В пример приводились западноевропейские и американские города, которые «ценою колоссальных долгов... купили свое благоустройство» [56, с. 737—738]. На XI Пироговском съезде эту же мысль проводил А. И. Шингарев, указывавший на широкие государственные финансовые вливания в дело оздоровления европейских городов.

Однако перспектива быть подвергнутыми принудительному оздоровлению несколько активизировала деятельность городских самоуправлений, и прежде всего в сфере благоустройства и налаживания работы городских коммуникаций.

4.3. Деятельность городских санитарных организаций в области водоснабжения и канализации

Санитарно-эпидемиологическое благополучие городов напрямую зависело от их оснащённости необходимыми коммуникациями — водопроводом и канализацией. В конце XIX — начале XX вв. их сооружение стало одним из важных направлений деятельности городских самоуправлений. Водопровод и канализация, требующие специальных технических знаний, находились в ведении городских инженерно-технических

служб, в ряде городов — в компетенции специальных органов при городской управе: водопроводных и канализационных комиссий, в состав которых входили представители инженерно-технических служб и санитарной организации города. В масштабах России вопросы благоустройства городов обсуждались на Пироговских съездах, технические и санитарные вопросы водоснабжения находили решение в процессе работы Русских водопроводных съездов, начавших свою деятельность в 1893 г. В начале XX в. в число решаемых на этих съездах проблем были включены и вопросы, связанные с устройством канализации в городах. Задачей же городских санитарных организаций стало обеспечение контроля над этими сферами городского хозяйства.

Строительством и эксплуатацией водопроводов в России занимались преимущественно городские самоуправления. Согласно сведениям Министерства внутренних дел, к 1871 г. в России насчитывалось всего 29 водопроводов. После издания Городового положения 1870 г. их количество стало заметно прирастать. За двадцатилетие с 1871 по 1892 г. было сооружено 63 водопровода. На рубеже XIX—XX вв. строительство еще более активизировалось: за период с 1892 по 1911 г. их было сооружено уже не менее 112. Из 227 имевшихся в 1911 г. в России водопроводов 159 (или 70,6%) принадлежали городским управлениям и ими же эксплуатировались, 4 водопровода принадлежали городским управлениям, но сдавались в аренду [10, с. 13—14].

Эксплуатация водопроводов ставила проблему организации постоянного санитарного надзора в водопроводном деле. Его необходимость была обоснована профессором Н. П. Дятроптовым в выступлении на IV Русском водопроводном съезде (Одесса, 1899 г.), он подчеркивал, что «ни в одной области техника так тесно не примыкает к гигиене, как в деле водоснабжения и канализации — мероприятиях, по праву известных под именем „гигиенических“. Благодетельное влияние рациональной ассенизации и хорошего водоснабжения населенных мест на здоровье населения и на уменьшение смертности, особенно от инфекционных болезней, слишком резко подчеркивается фактическими данными для того, чтобы оно могло быть незамеченным... Однако при неправильном устройстве или неправильной, даже не совсем строгой эксплуатации, прекрасные по идее мероприятия могут не оправдать возлагаемых на них надежд» [20, с. 1—2].

Полагаясь на опыт работы в должности заведующего бактериологической станцией (в г. Одесса), докладчик настаивал на обязательном участии врача-гигиениста во всех вопросах, касающихся организации водоснабжения в каждом городе, на необходимости организации врачебно-санитарного надзора над водоснабжением, подчеркивал важность издания город-

скими самоуправлениями обязательных постановлений, касающихся эксплуатации водопровода [20, с. 11].

Задача санитарного контроля над водоснабжением была возложена на городские бактериологические лаборатории и санитарные станции. В Одессе бактериологическая станция производила ежедневный анализ водопроводной воды из реки Днестр. В 1897 г. одесской городской думой был организован и специальный санитарный контроль над состоянием водных фильтров с постоянным бактериологическим анализом на месте, и для этой цели была введена в штат санитарной организации специальная должность врача-бактериолога [73, с. 247]. В 90-е годы XIX в. санитарный контроль над водоснабжением был налажен еще в нескольких городах, где имелись соответствующие учреждения и специалисты, прежде всего, в столицах.

Поскольку в большинстве городов основным источником водоснабжения являлись реки, первостепенное значение приобретала проблема фильтрации и обеззараживания воды. Профессор Н. П. Диатроптов подчеркивал тот факт, что источник водоснабжения должен быть максимально «индивидуализирован», т. е. подбор фильтра должен производиться с учетом местных особенностей, характера источника, что лицо, ведающее санитарным контролем, должно принимать активное участие в разработке вопроса о фильтрах, «не шаблонированных, а приспособленных к местным условиям водоснабжения» [20, с. 6].

Вопрос об оптимальной системе фильтрования изучался на московской городской санитарной станции. С 1898 г. станция осуществляла систематический контроль над водоснабжением города, основным источником которого в этот период оставались Мытищинские ключи. На основании проведенных станцией исследований было определено место забора воды для нового Москворецкого водопровода — в деревне Рублево. Начало действия Москворецкого водопровода (1903) породило дискуссию о наиболее подходящей системе фильтрования воды, в которую были вовлечены представители технических служб и гигиенисты. Проблема состояла в том, что на насосной станции в Рублеве были установлены фильтры английской системы очистки, но в периоды паводков и дождей качество фильтрованной воды заметно ухудшалось. Гласный думы главный инженер водопроводов Н. П. Зимин предложил заменить английские фильтры американскими, с устройством и принципом действия которых он познакомился в зарубежных поездках. Американский способ фильтрования включал в себя как необходимый элемент предварительное коагулирование воды. Подготовленная таким образом вода содержала в себе примеси в виде крупных хлопьев, легко задерживающихся и при быстром пропускании через песок, а потому отпадала не-

обходимость в грандиозных, медленных и дорогостоящих английских фильтрах. Для уничтожения бактерий Н. П. Зимин также предлагал способ озонирования воды, испытания которого проводились в Париже доктором де Фризом [32, доклад № 44]. Вопрос был передан городской управой на рассмотрение московской городской санитарной станции, которой руководил в этот период профессор гигиены С. Ф. Бубнов. Созданная под его председательством комиссия произвела 2130 исследований и анализов на испытательной городской фильтровальной станции в Саввинском переулке. Как показали испытания, образующиеся хлопья сильно загрязняли стенки отстойников, в результате чего требовался дополнительный технический и врачебно-санитарный надзор. Но, что было более важным, добавка коагулянта вела к ухудшению качества воды в результате воздействия на ее химический состав, и следы его обнаруживались в воде после прохода через быстрые американские фильтры. Профессор С. Ф. Бубнов указывал, «...что здоровье наше не такое дело, к которому было бы дозвоительно прилагать мероприятия, не зарекомендовавшие себя безусловно полезными, мы... считаем своим нравственным долгом высказать отрицательную оценку американским механическим фильтрам и признать их непригодными для очистки воды в больших размерах» [32, с. 15].

Не было выявлено показаний и для перехода к озонированию. Водопроводная комиссия согласилась с С. Ф. Бубновым, «занялась упорядочением работы устроенных в Рублеве фильтров английской системы и дала указания к надлежащей их эксплуатации» [76, с. 7]. Для ежедневного контроля воды при Рублевской насосной станции городом была устроена специальная химико-бактериологическая лаборатория, являющаяся отделением городской санитарной станции. На Всероссийской гигиенической выставке в 1913 г. постановка в Москве контроля над деятельностью фильтров, с богато оборудованной лабораторией, с постоянными работами в ней бактериолога и химика, была признана образцовой [6, № 9, с. 1117].

Городская санитарная станция производила также систематический анализ проб воды из ключей, колодцев, водоразборных будок и частных владений, которые доставлялись на станцию санитарными врачами или частными лицами. В 1903 г. из 764 исследований станции 160 составили анализы воды из различных источников [19, с. 5].

Кроме того, санитарные врачи подняли вопрос о необходимости врачебного надзора за рабочими водопроводной сети в самом городе для исключения заноса инфекции в уже очищенную воду. В результате для медицинского обслуживания рабочих и служащих по линии водопровода от Рублевской насосной станции городом была открыта бесплатная амбулато-

рия. Был также поставлен вопрос о необходимости санитарного контроля состояния реки Москвы выше Рублевской заборной трубы.

Эксплуатация водопровода регламентировалась Постановлением московской городской думы «О порядке общественного пользования водою, доставляемую городскими водопроводными сооружениями, и об охране сих сооружений от повреждений», которое устанавливало виды емкостей для забора воды жителями города, порядок ее отпуска, нацеливало на экономное ее использование («зачерпываемая вода должна выливаться с возможной осторожностью во избежание ее напрасной потери») и на предупреждение ее загрязнения («черпаки, ковши, наливные трубы и рукава должны находиться в полной исправности и содержаться в опрятности, дабы не засорять воды и не портить ее чистоты», «ведра, употребляемые для разноса воды по квартирам, не должны служить для поила лошадей»). Правом внеочередного забора воды пользовались только пожарные команды [37, с. 23].

Водоснабжение Петербурга также находилось под контролем городской лаборатории. Уже в 90-е годы XIX в. по заказу городской управы лаборатория произвела ряд химических и бактериологических исследований невской воды, что послужило материалом для выбора места для устройства водопроводной станции. Лабораторией были произведены анализы родниковой воды в районе рек Пудости, Парицы, Стрелки, Дудергофских, Таицких, Орловских, Демидовских ключей, а также воды Ладожского озера. По заказу городской думы лаборатория занималась вопросом влияния Громовской лесной биржи на качество невской воды. Были исследованы воды реки Фонтанки и Обводного канала с целью выяснения, пригодны ли они для устройства купален, портомойных плотов и живорыбных садков [50, с. 15—16]. Параллельно с этим производились систематические исследования водопроводной воды в городе.

В связи с эпидемией холеры в 1908—1909 гг. городская лаборатория Петербурга занялась изучением новых методов очистки воды: способа Берже (посредством двуокиси хлора), коагулирования (с помощью серноалюминиевой соли и известки и с последующей быстрой фильтрацией), озонирования воды по системе Жерара и др. На Всероссийской гигиенической выставке в 1913 г. лабораторией были продемонстрированы в планах и чертежах опыты стерилизации невской воды гипохлоритами и пр. На практике же главная станция в Петербурге на Шпалерной улице, снабжавшая водой 9 незаречных частей города и одну заречную — Васильевскую, была оснащена фильтрами английской системы. Вода ее подвергалась дополнительно хлорированию. Вторая же водопроводная станция — на Петербургской стороне — была оснащена американскими

фильтрами Геватсона и подвергалась озонированию по системе «Сименс-де-Фриз-Отто». Однако анализ фильтрованной воды второй станции, произведенный городской лабораторией, показывал низкое ее качество: в воде обнаруживались следы коагулянта, а бактериологическое исследование в 1911 г. 9 раз обнаруживало кишечные палочки [23, с. 13].

Низкое качество водопроводной воды в Петербурге в значительной мере было связано и с отсутствием в городе современной канализации, в результате чего нечистоты спускались в Неву и городские каналы. Аналогичная ситуация наблюдалась в поволжских городах, где большая часть нечистот поступала в Волгу или удалялась посредством поглощающих колодцев, откуда, в конечном счете, с дождями и таянием снега вновь попадала в реку — источник водоснабжения.

Проблема водоснабжения и канализации российских городов в связи с эпидемиями начала XX в. оказалась в центре внимания правительства. Сведения об оснащении населенных мест России водопроводными и канализационными сооружениями были собраны в 1911 г. Министерством внутренних дел, которое специальным циркуляром от 4 ноября 1910 г. за № 1513 уполномочило губернскую администрацию представить эти сведения и разослало запросы в 1063 населенных пункта. Было установлено, что в России на тот момент имелось 227 водопроводных сооружений в 204 населенных пунктах. Однако в основной массе водопроводы были оборудованы неудовлетворительно и давали недостаточное для нужд города количество воды, в некоторых городах даже менее одного ведра в сутки на одного жителя при норме 7 ведер.

Качество водопроводной воды в большинстве городов было весьма сомнительным. 160 водопроводов из общего числа совсем не имели никакой системы очистки. Лишь 59 водопроводов были снабжены фильтрами (из них 25 — американской и 23 — английской системы), шесть имели осадочные, отстойные и очистительные бассейны и колодцы. Постоянный санитарный надзор за качеством воды и бактериологический контроль были налажены в 65 (32%) из 204 населенных пунктов, имеющих водопроводы. В 122 городах (или 60,1%) санитарный надзор за водопроводом полностью отсутствовал, в семи производились несистематические бактериологические исследования водопроводной воды, в четырех санитарный надзор осуществлялся без производства бактериологических исследований [10, с. 13].

Согласно полученным данным, эксплуатация водопровода более чем в половине городов (55,7%) являлась выгодным коммерческим предприятием.

Например, в Варшаве в 1909 г. расходы на содержание водопровода составили 550 022 рубля, а доход от платы населения за воду — 1 581 796 рублей [23, с. 62]. В Одессе годовые

расходы города на водопровод составляли 450 тыс. рублей, а доходы — 1,5 млн рублей [23, с. 130]. Поэтому заниматься водоснабжением стремились и частные компании. В 1911 г. им принадлежали 50 водопроводов (22,2%) в российских городах. Однако это ограничивало возможность населения в пользовании водой из-за высокой цены на нее. Например, в Баку, где опреснением воды ведала фирма «Артур Коппель», а другое акционерное общество доставляло в город воду из устья реки Куры и занималось ее очисткой по американской системе, стоимость воды была настолько высокой, что основная масса бедного населения пользовалась колодцами с загрязненной полусоленой водой неглубоких водоемных слоев почвы [23, с. 57].

В крупном городе Ростове-на-Дону водопровод находился в собственности концессионеров. Из-за дороговизны воды — 25 копеек за 100 ведер — лишь $\frac{1}{4}$ часть домовладений была присоединена к водопроводу [6, № 9, с. 1124—1125]. Там, где водопроводом владел город, вода обходилась населению заметно дешевле: В Петрограде — 5,5—6 копеек за 100 ведер, в Севастополе — 15 копеек за 100 ведер. В Москве вода в водоразборных будках — а это составляло 5% от общего расхода воды в городе — отпускалась бесплатно. 85% воды шло на обеспечение домовладений, плата за пользование ею составляла 12 копеек за 100 ведер.

Принадлежность водопровода частным компаниям не исключала контроля со стороны городских санитарных органов, но, тем не менее, по словам Д. Н. Жбанкова, затрудняла налаживание водоснабжения «как в качественном, так и в количественном отношении» [22, с. 457]. Состояние водопровода и качество очистки воды в Ростове-на-Дону, например, было таково, что в водопроводной воде обнаруживалось не только огромное количество бактерий (1400—6900 в 1 см³), но даже черви [6, № 9, с. 1125].

В конце XIX — начале XX вв. наметилась тенденция выкупа водопроводов городскими самоуправлениями у частных компаний. В 1898 г. городское самоуправление Одессы выкупило водопровод у английского акционерного общества. В 1909 г. на заседании Постоянного бюро Русских водопроводных съездов обсуждался вопрос о выкупе городом водопровода Киевского общества водоснабжения. Профессор Г. В. Хлопин, под руководством которого действовала Комиссия по оздоровлению городов Поволжья, в качестве «дела первостепенной важности» для улучшения ситуации в Астрахани называл скорейший выкуп городом водопровода с целью его срочной реконструкции и перенесения места забора воды. Санитарные проблемы города, прежде всего, были обусловлены изначально неправильным выбором места расположения водозаборной трубы: среди пристаней и стоянок судов, спускающих все

свои нечистоты в воду, и ниже по течению относительно расположения целого ряда общественных бань и фабрик, спускающих сюда сточные воды. В совокупности с примитивной очисткой воды, отсутствием санитарного контроля, это превращало водопроводную воду Астрахани в постоянный источник инфекций, что и подтверждали бесконечные вспышки эпидемий: только за первое десятилетие XX в. холера посетила город три раза — в 1904, 1907, 1908 гг. В своем отчете Г. В. Хлопин писал, что «без выкупа водопровода затруднено и устройство канализации», подчеркивая таким образом тесную связь этих двух сфер городского хозяйства [71, с. 54].

Устройство канализации в России в примитивном виде началось еще в XVIII в. Она имелась в Петербурге, Риге и Вильне. В первой половине XIX в. канализация была построена в Феодосии и Старой Руссе, а в конце века, в основном благодаря участию городских самоуправлений, — в Москве, Одессе, Киеве, Тифлисе и в некоторых мелких городах Европейской России.

Передовой по меркам того времени была канализация в Москве. Она начала действовать в 1898 г. и была устроена по сплавной раздельной системе с отводом нечистот и грязных фабричных вод на поля орошения. К канализационной московской городской сети в начале XX в. было присоединено уже 3 тыс. владений центральной части города. В 1911 г. городское самоуправление приступило к строительству канализации внешнего кольца, предполагая ввести ее в действие в 1919 г. Согласно постановлению городской думы, с 1 января 1915 г. присоединение владений центральной части города к канализации стало обязательным.

Вывоз нечистот из неканализованных частей города производился специальным городским ассенизационным обозом, который содержал 368 лошадей. В штате ассенизационной организации города в начале XX в. работало свыше 400 человек [16, с. 7].

Городская санитарная станция по заказу управы осуществляла периодический анализ почвы и воздуха в районах полей орошения, а также анализ сточных жидкостей, спускаемых в водоемы и городскую канализацию частными владениями и различными заведениями и предприятиями. На специально созданной биологической станции проводились опыты по биологической очистке сточных вод. Контролем над работой всех очистительных сооружений занималась созданная в 1910 г. специальная городская комиссия по очистке сточных вод, в состав которой входили инженеры и санитарные врачи.

В Петрограде даже накануне Первой мировой войны не имелось современной канализации. Нечистоты зимой вывозились на находившуюся в черте города свалку, а во время навигации спускались в море. Находившиеся в выгребных ямах

ватерклозетные воды по сточным трубам спускались в Неву и каналы. А пересекавшие центральную часть города Екатерининский канал и Фонтанка являлись, по сути, «открытыми коллекторами, принимающими нечистоты из частных и казенных владений» В планах городского самоуправления Петербурга было устройство «фекалепровода», чертежи которого были представлены на Всероссийской гигиенической выставке 1913 г. [6, № 9, с. 1103—1104].

Городская лаборатория Петербурга предприняла первые опыты по очистке сточных вод еще в 1894 г.: она производила анализы стоков некоторых городских больниц (Александровской, Барачной и др.) и разрабатывала способы их обезвреживания (включая кипячение). В 1895 г. была создана специальная комиссия для курирования вопроса о загрязнении сточными фабричными и заводскими водами рек Невы, Большой и Малой Невки, Обводного канала [50, с. 14—16]. Однако широкой деятельности она не развернула.

Для уничтожения твердого мусора в городе были построены две мусоросжигательные станции: первая в 1906 г. за Нарвской заставой, вторая — в 1912 г. на Васильевском острове. Здесь был использован зарубежный опыт. Станции были оснащены паровыми котлами, и вырабатываемый от сжигания мусора пар приводил в действие маленькие электростанции, которые обслуживали и сами мусоросжигательные станции, и даже часть окружающей городской территории [6, № 9, с. 1104].

Согласно сведениям, собранным Управлением Главного врачебного инспектора, к 1911 г. канализовано по сплавной системе было незначительное число городов России: Варшава, Киев, Москва, Нижегородская Ярмарка, Одесса, Ревель, Рига, Ростов-на-Дону, Тифлис, Царское Село, Ялта. Шло сооружение канализации в Кисловодске, Самаре, Саратове, Севастополе. В Гатчине и Петергофе имелась канализация для отвода жидких нечистот. В 52 городах были устроены подземные трубы, каналы или просто канавы для удаления жидких нечистот и атмосферных осадков. В 156 городах вывозом нечистот занимался ассенизационный городской обоз, и это дело было поставлено относительно правильно. В остальных — работали тюремные и частные ассенизационные обозы [10, с. 15—16]. Вывозная система удаления нечистот практиковалась в России практически повсеместно.

Вопиющую картину представляла ситуация в некоторых поволжских городах. Ее описал санитарный врач Саратова И. Н. Матвеев в выставленной на Всероссийской гигиенической выставке 1913 г. брошюре «Глебучев овраг»: «Во многих местах берега оврага представляют собой вековое скопление нечистот и отбросов, сваливавшихся сюда с самого основания города». А в окрестностях этого оврага, тем не менее, прожи-

вало около 2,5 тыс. человек. И если в центре города смертность населения составляла 9,8% на 1 тыс. населения, то на окраине достигала 49% [6, № 10, с. 1223]. В Астрахани ситуация была аналогичной: на окраине города «образовалось озеро из жидких нечистот, распространяющее зловоние в значительной части города» [71, с. 56].

О том, какая часть нечистот фактически вывозилась из городов, можно судить по следующим примерам: В Чернигове, по подсчетам местного санитарного врача, удалялась только $\frac{1}{10}$ нечистот. В Саратове, по данным санитарного бюро, показатель был примерно тот же, при этом остальные $\frac{9}{10}$ спускались в Волгу, овраги и поглощающие колодцы. Как писал Д. Н. Жбанков, «этот своеобразный способ „самоочищения“ преобладает во всех городах» [22, с. 475]. Участие городских санитарных организаций в контроле над ассенизацией выражалось преимущественно в разработке санитарных постановлений, но они издавались лишь в 32% городов [10, с. 17].

К 1914 г., согласно сведениям Д. Н. Жбанкова, канализацию имели 26 городов. Но она нигде не охватывала всего города, бедные окраины и кварталы были лишены и водопровода, и канализации.

Налаживание водоснабжения и канализации являлось первейшим условием борьбы с эпидемическим распространением заболеваний. Об этом свидетельствовали и материалы экспозиций Всероссийской гигиенической выставки 1913 г. Так, например, санитарной организацией г. Пензы были представлены диаграммы, где иллюстрировалась зависимость падения смертности от совершенствования водоснабжения города. «До устройства водопровода смертность г. Пензы равнялась... 43 на 1 тыс. жителей, а в некоторые годы, как например в холерный 1892 г., достигала даже 75%. С устройством водопровода смертность пала до 34—33% в среднем, а в холерный 1910 г. равнялась 27%». Смертность от брюшного тифа в 1905 г. составила 69%, а в 1910 г. — 22%, в 1911 г. — 12% [6, № 10, с. 1233—1234]. В Москве в период с 1886 по 1890 г. отношение среднего годового числа умерших от брюшного тифа ко всему населению составляло 0,25 на 1 тыс. населения. В 1906—1910 гг. этот показатель понизился практически в 2 раза — до 0,14. Такое понижение смертности, по признанию городских властей, «нельзя не поставить в связь с последовательным расширением и улучшением дела водоснабжения, а также с устройством канализации в Москве» [31, с. 27].

Таким образом, городские санитарные организации внесли весомый вклад в налаживание городского благоустройства, особенно водоснабжения. И если в вопросах канализации и ассенизации их участие было ограниченным, то в вопросах водоснабжения работа городских санитарных станций и бактериологических лабораторий носила достаточно планомер-

ный характер, а в крупных городах (Москва, Петербург, Одесса) велась не только на утилитарном, но и на научно-теоретическом уровне.

4.4. Организация санитарно-пищевого надзора

Поскольку города являлись центрами производства и торговли продуктами питания, именно санитарно-пищевой надзор стал одним из наиболее важных направлений деятельности городских санитарных организаций. Вопрос о необходимости введения санитарно-пищевого надзора в городах уже в 60-х годах XIX в. поднимал лейб-медик Н. Ф. Здекауер, позднее, в 80-е годы,— профессор А. П. Доброславин. В 1887 г. эту проблему обозначил с трибуны II Пироговского съезда московский профессор гигиены С. Ф. Бубнов, прошедший стажировку по исследованию пищевых веществ на санитарной станции Гигиенического института в Мюнхене. Первые попытки организации санитарно-пищевого надзора были приняты в некоторых городах России уже в 80-е годы XIX в. (Санкт-Петербург, Одесса, Харьков). Но специальные торгово-санитарные врачи и санитарные станции с собственным штатом сотрудников, содержавшиеся на средства городов, появились в России в начале 90-х годов XIX в., прежде всего в столицах.

Развитие пищевой санитарии в Москве началось с введения в 1890 г. 10 должностей базарных врачей-смотрителей, в обязанности которых входило наблюдение за качеством пищевых продуктов на московских рынках. Вскоре вместо них были учреждены должности 10 торгово-санитарных врачей, а круг их обязанностей был расширен. Город был разделен на 10 участков, подведомственных торгово-санитарным врачам, на которых был возложен надзор над всеми заведениями в городе, занимающимися производством, хранением и продажей продуктов питания. Кроме того, они несли обязанности «по дежурству на временных рынках, по взвешиванию хлебов в булочных и собиранию сведений о ценах на хлеб... по доставлению проб для исследования на городской санитарной станции, по описанию хлебопекарен, колбасных и пр.» [23, с. 34].

Исследование пищевых веществ стало одним из основных видов деятельности московской городской санитарной станции. Уже в первые годы ее работы обнаружилось слабые стороны организации санитарно-пищевого надзора в Москве. Образцы продуктов доставлялись на станцию, когда недоброкачественность их была уже очевидна, в то время как огромная часть продуктовых изделий, где порчу еще невозможно было определить визуально или по запаху, оказывалась неохваченной санитарным контролем. Выпадали из-под сани-

тарного надзора и фальсифицированные продукты, широко распространившиеся на рынках Москвы. Ф. Ф. Эрисман, возглавлявший станцию, был убежден, что для борьбы с производством и торговлей некачественными и фальсифицированными продуктами необходима целая система мероприятий, к разработке которой он и приступил. Прежде всего, он наметил план деятельности станции, чтобы она могла служить целям «фактического санитарного надзора над продажей съестных припасов и других предметов потребления» [13, с. 4].

Ф. Ф. Эрисман предложил классификацию всех предметов исследования. К первой группе он отнес продукты первой необходимости (молоко, масло, хлеб, мука, напитки и т. п.), в отношении которых должны были производиться периодические массовые исследования, в том числе и по инициативе самой станции. Вторую группу составили предметы «более случайного характера», которые доставлялись на станцию по просьбе представителей санитарной организации города. К третьей относились исследования по поручению правительственных учреждений (кроме судебно-медицинских). И четвертую группу составляли исследования, инициированные частными лицами. Для этой категории предметов был разработан проект таксы (платы) с учетом сложности анализа и необходимых реактивов. Для обеспечения объективности исследования Ф. Ф. Эрисман предложил исключить личный контакт заказчика с исполнителем анализа: материал должен был доставляться на станцию не напрямую, а через городскую управу. Исследования первой и второй групп, по плану Ф. Ф. Эрисмана, должны были преобладать в работе станции [13, с. 3—16].

Помимо этого Ф. Ф. Эрисман, убежденный в необходимости регламентирования вопросов производства и торговли продуктами питания, занялся разработкой проектов соответствующих санитарных постановлений. Он предлагал властям узаконить ответственность за производство и продажу недоброкачественной или фальсифицированной продукции. Однако, видимо, слабо надеясь на это, в качестве альтернативы предлагал «опубликование фамилий тех лиц, которые замечены в нарушении этих постановлений», придавая этой мере «высокое воспитательное значение» [13, с. 51].

Московская городская санитарная станция занималась, прежде всего, санитарной оценкой продуктов питания. Особой заслугой сотрудников станции явилась разработка методов санитарного исследования молочных продуктов. Большой научный и практический интерес представляли работы по бактериологической характеристике стерилизованного детского, а также пастеризованного молока, эксперименты с пастеризацией молока, инфицированного патогенными микробами, и особенно — бактериологические исследования овощей,

выращенных на московских полях орошения (1901—1906) [42].

Не менее важным направлением деятельности станции были исследование фальсифицированных продуктов и разработка методов обнаружения фальсификата. На рубеже XIX—XX вв. фальсификация продуктов на российских рынках приобрела небывалый размах. О ее масштабах может свидетельствовать, к примеру, тот факт, что из 9 взятых на проверку станцией (1892) в московских магазинах проб кофе лишь одна была оценена положительно. Остальные 8 проб обнаружили фальсифицированный продукт, где в качестве примесей выступали цикорий, винные ягоды, дубовые желуди, свекла и даже спитой кофе. Имели место даже случаи подделки кофейных бобов [13, с. 440—442].

В городских газетах и сатирических журналах порой появлялись карикатуры и фельетоны, обличающие предприимчивых дельцов, производящих или продающих поддельный продукт. Медицинский департамент обращался в городскую думу с требованиями принять необходимые меры. Проблема фальсификации продуктов питания была знакома не только России. В этот период все гигиенические институты и лаборатории Западной Европы обстоятельно занимались проблемой фальсификации пищевых веществ, а в гигиенической литературе этот вопрос занимал центральное место [42]. Московская городская санитарная станция, штат которой был укомплектован сотрудниками Московского университета, в изучении данного вопроса не отставала от европейского уровня, а результаты ее исследований находили прямое практическое применение. Так, существенным практическим моментом стала разработка таблиц химических составов самых разнообразных пищевых веществ, а также их суррогатов, что значительно облегчало обнаружение фальсифицированных продуктов.

Станция предпринимала масштабные исследования ряда продуктовых изделий и напитков. Например, в 1903 г. на станции, уже под руководством проф. С. Ф. Бубнова, было произведено изучение топленого масла, поставляемого на рынки Москвы (329 проб). В результате было установлено, что более 43% этой продукции являлось фальсификатом. В качестве примесей выступали сало, маргарин, растительное, в том числе и кокосовое, масло и др. Источниками поступления такого масла в продажу являлись не только маслотопенные заводы Москвы и близлежащих городов, но даже мыловаренные и свечные заводы. С. Ф. Бубнов, отражая в своем отчете эти вопиющие факты, заявлял о необходимости «особой законодательной регламентации» и «одновременного усиления санитарного надзора над торговлей этим продуктом не только в Москве и других больших центрах, но и в провинции» [19, с. 73—74]. Он предлагал составить список фирм, за-

нимающихся производством и торговлей маслом, и подвергать их систематическому контролю.

Исследования топленого и сливочного, а также некоторых растительных масел на предмет их фальсификации носили систематический характер и продолжались свыше 10 лет. Большая заслуга в этом принадлежала и профессору гигиены С. С. Орлову, с 1909 г. возглавлявшему станцию. Его работы явились основанием для установления санитарных требований к жирам и маслам.

Следует отметить, что фальсификат выявлялся и среди медикаментов, поставляемых для экспертизы на московскую городскую санитарную станцию с городского аптечного склада, снабжавшего городские больницы. Например, в 1903 г. со склада на станцию были доставлены 12 образцов лекарственных препаратов, пять из них были забракованы экспертом как не соответствующие требованиям Фармакопеи [19, с. 10].

Серия исследований станции была посвящена еще одной важной проблеме — применению консервантов в пищевом производстве. Развившееся в начале XX в. фабричное производство консервов вызвало волну изобретений различных консервантов. Выдача патента на новое (но, как выяснилось, нередко лишь по названию) изобретение не только гарантировала охрану его секретного состава, но и устраняла всякую конкуренцию в его производстве. Это определяло произвольность цен на «секретные средства» и возможность колоссальных барышей. Как писал в связи с этим С. Ф. Бубнов, «Надежда на хорошие заработки, на возможность быстрого обогащения без особого труда, легкость, с какой даются патентованные изобретения, плодят в огромном количестве изобретателей — любителей легкой наживы... Благодаря беззастенчивой, часто бессовестной, оплачиваемой миллионами рекламе, эксплуатация доверчивой публики подобными секретными составами все возрастает» [76, с. 153].

Произведенный на станции в 1905 г. анализ 36 «патентованных секретных консервирующих средств» показал, что ровно половина из них были почти идентичны по составу, в основе их лежала борная кислота, консервирующие свойства которой были открыты еще в 1867 г., что уже не позволяло считать эти средства изобретениями. В качестве консерванта широко использовалась и бензойная кислота. Выводы, сделанные С. Ф. Бубновым в начале XX в., и сегодня звучат актуально. Он предостерегал от применения химических консервантов в пищевом производстве, поскольку они могли оказывать вредное действие на организм, а их применение избавляло производителя от необходимости соблюдать гигиенические требования в процессе производства продукта, поскольку консервант позволял «долгое время сохранять хороший вид, запах и вкус продуктов, в которых уже началось разложение».

С. Ф. Бубнов подчеркивал, что «Вообще применение консервирующих средств к предметам потребления в пищу и питье... увеличивает число угроз общественному здоровью» [76, с. 169]. В России применение консервантов было особенно чревато, поскольку не хватало не только специального контроля над их применением, в большинстве городов отсутствовал самый обыкновенный санитарный надзор за торговлей пищевыми продуктами.

Деятельность московской городской санитарной станции с самого начала была поставлена на уровень научно-исследовательских работ, часть которых легла в основу написания диссертаций по медицине и фармации. В то же время было очевидно, что городская управа не была заинтересована в слишком энергичной работе станции, в привлечении к ответу виновных, в числе которых могли оказаться и гласные городской думы, и члены управы — представители от купечества и промышленников. На нужды станции и содержание ее маленького штата отпускалась незначительная сумма (7 тыс. в год), притом что помещение Гигиенического института Московского университета было предоставлено городу бесплатно при безвозмездном же руководстве станцией профессорами кафедры гигиены университета. Немногочисленность штата торгово-санитарных врачей (всего 10 человек) и сотрудников самой станции (4 человека), а также их организационная разобщенность препятствовали полноценной организации санитарно-пищевого надзора в Москве. По словам Ф. Ф. Эрисмана, врачи «существуют как-то сами по себе», и станция «существует сама по себе», изолированно от остальных органов санитарного надзора. В результате интенсивность работы станции была невелика — всего 500—700 исследований в год. При этом главным инициатором их выступала сама станция. Так, из 537 анализов, произведенных в 1905 г., 220 было сделано по поручению управы, 268 — по инициативе станции, 49 — по обращению частных лиц [76, с. 8]. Недостатки организации санитарно-пищевого надзора оборачивались тем, что в городе фиксировались заболевания в результате отравления продуктами, о чем сообщалось во «Врачебно-санитарной хронике Москвы».

Санитарно-пищевой надзор в Санкт-Петербурге был организован несколько иначе. Здесь городская лаборатория была создана раньше, чем появился штат специальных торговых врачей. Первоначально она существовала на базе лаборатории Русского общества охранения народного здравия при гигиеническом институте Военно-медицинской академии. В штате ее состоял единственный сотрудник — лаборант доктор Н. Н. Брусянин. В 1890 г. встал вопрос об устройстве самостоятельной городской аналитической лаборатории. Часть средств на ее устройство была пожертвована князем Касаткиным-Ростовским. Лаборатория, имевшая сначала только хи-

мическое отделение, была размещена в здании гауптвахты на Сенной площади и начала свою работу в 1891 г. В 1895 г. при ней было открыто бактериологическое отделение [50, с. 6]. В штате лаборатории насчитывалось четыре сотрудника.

В 1894 г. санитарная комиссия города ввела должности 12 торгово-промышленных врачей для контроля над рынками и пищевыми производствами, а в 1900 г. были назначены 20 постоянных торгово-санитарных врачей, которые стали агентами городской лаборатории и систематически доставляли образцы продуктов на анализ. Для торгово-санитарных врачей при лаборатории были организованы специальные занятия по теории и практике пищевой санитарии. Все это создало возможность для ведения более систематической работы по контролю качества продуктов, благодаря заранее составленному и согласованному с городской станцией плану. Это отражалось на интенсивности ее работы: в начале XX в. станция выполняла порядка 2000 и более пищевых исследований в год. Деятельность торгово-санитарных врачей и лаборатории по выявлению недоброкачественных продуктов была особенно активной в периоды эпидемий. Так, в холерном 1908 г. количество торгово-санитарных врачей было увеличено до 40 человек, а в лаборатории было произведено почти 3 тыс. исследований пищевых продуктов. В случае очевидной порчи продукты уничтожались прямо на месте: в том же 1908 г. было забраковано и уничтожено 3264 пуда 34 фунта различных продуктовых изделий [51, с. 11—12].

Лаборатория обслуживала преимущественно практические нужды города. Ежегодный расход на содержание лаборатории составлял около 16 тыс. рублей [50, с. 3]. Эти средства считались довольно скромными, однако они в два раза превышали расходы московского городского самоуправления на содержание городской санитарной станции. В то же время преимущественно утилитарный характер работы лаборатории расценивался ее заведующим профессором С. А. Пржибытеком как определенный недостаток. В этом он усматривал одну из причин текучести кадров в лаборатории. Условия работы в ней в целом были достаточно тяжелыми, особенно в зимнее время. Лаборантам приходилось производить анализы в помещении, где температура воздуха не превышала 6—8 °С. Такие условия работы и при этом очень скромное жалование также определяли постоянную смену личного состава лаборатории, что значительно осложняло ее работу. Как признавал заведующий станцией профессор С. А. Пржибытек, «всякая перемена лаборантов является тяжелым бременем: так как у нас в России научное исследование пищевых продуктов еще дело сравнительно недавно возникшее, то и сейчас нет достаточного контингента химиков, знакомых специально с анализами пищевых продуктов и напитков» [50, с. 11].

Организация городского санитарно-пищевого надзора в России повсеместно наталкивалась на серьезные препятствия: недостаток средств, незаинтересованность администрации городов в активном санитарно-пищевом надзоре, отсутствие специалистов. Так, в Харькове санитарная лаборатория была создана еще в 1886 г. Однако специалиста по пищевой санитарии в городе не имелось. Поэтому вплоть до 1901 г. лаборатория фактически бездействовала [28, с. 196]. И лишь спустя еще 10 лет в лаборатории появился бактериолог [48, с. 5].

В Одессе собственное помещение у городской лаборатории и собственный штат, который включал заведующего и двух лаборантов, появились в 1898 г. Но тесной связи с санитарной организацией города налажено не было, поскольку сама лаборатория находилась в ведении торгового отделения управы и агентами лаборатории являлись торговые смотрители и надзиратели, входившие в штат торговой полиции города. Заведовал лабораторией не врач, а химик. Все это ставило лабораторию «вне врачебно-санитарного строя» [57, с. 45]. Деятельность лаборатории была направлена на исследование качества наиболее употребляемых продуктов (молока, масла, кваса, пива, вин и пр.) и была довольно продуктивной — порядка 6 тыс. исследований в год [73, с. 248].

С 1891 г. действовала городская санитарная станция в Киеве. Первоначально она размещалась в здании городской думы, в штате ее было всего два сотрудника, на которых возлагались обязанности по исследованию пищевых продуктов, водопроводной воды, почвы, воздуха, по контролю силы света и чистоты городского светильного газа и даже производство административно-судебных анализов. Права инициативы у станции не было [73, с. 52]. Лишь к 1913 г. городом было выделено специальное помещение для станции. Однако небольшая численность ее сотрудников и отсутствие специальных торгово-санитарных врачей препятствовали ведению масштабной работы по санитарно-пищевому надзору в этом крупном городе.

В 1904 г. городские лаборатории или санитарные станции имелись только в Санкт-Петербурге, Москве, Киеве, Одессе, Харькове, Варшаве (и то это была частная лаборатория врача В. Пальмирского, обслуживавшая и городские нужды) и Лодзи [26, с. 57—58]. Но за небольшой промежуток времени число городских санитарных станций в России значительно возросло. В 1915 г. уже 53 города имели эти учреждения [22, с. 457].

Однако говорить о фактической и систематической работе по надзору за производством и продажей пищевых продуктов в большинстве этих городов вряд ли возможно. Дело в том, что специальные торгово-санитарные врачи имелись только в штате санитарных организаций трех городов: в Петрограде —

20 врачей, в Москве — 10 и в Баку — всего один врач. В ведении единственного бакинского торгово-санитарного врача находилась базарно-санитарная станция для исследования пищевых продуктов, «не требующего лабораторного анализа» [25].

В остальных городах пищевой надзор возлагался на торговую полицию или городских санитарных врачей наряду с другими их многочисленными обязанностями. Но если учесть, что в 1914 г. из 224 городов, предоставивших в Правление Пироговского общества сведения о состоянии санитарной организации, 121 город санитарных врачей вообще не имел, то можно судить и о реальных масштабах развития санитарии, в том числе и пищевой, в городах России. Деятельность же санитарных врачей по пищевому санитарному надзору сводилась к выполнению санитарных описаний пищевых производств и торговых заведений, и на этом их полномочия чаще всего и исчерпывались. Иногда эти работы носили масштабный характер и служили основанием для разработки городскими думами обязательных санитарных постановлений.

В начале XX в. Россия в постановке контроля над производством и торговлей продуктами питания еще существенно отставала от развитых европейских государств, а российские санитарные станции значительно уступали европейским по масштабу своей работы. Если санкт-петербургская лаборатория производила за год около 2—3 тыс. пищевых исследований, то парижская муниципальная лаборатория — около 29 тыс. Если в штате столичных санитарных станций состояли 4—6 человек, то в штате парижской работали 72 сотрудника, в числе которых были 24 инспектора, наделенных правами полицейского комиссара. Они были снабжены необходимыми средствами для поверхностного исследования продуктов — микроскопом и несколькими реактивами. На основании отчетов инспекторов администрацией лаборатории составлялись специальные ведомости о каждом парижском торговце, благодаря чему удавалось легко отследить поставщика фальсифицированной или недоброкачественной продукции [44, с. 87—88].

Деятельность по пищевому надзору в России в начале XX в. не имела и серьезного законодательного подкрепления. Достаточно сказать, что Уголовным положением 1903 г. за производство и торговлю недоброкачественными или содержащими вредные примеси продуктами предусматривалось тюремное заключение сроком до трех месяцев, которое могло быть заменено штрафом, не превышавшим 500 рублей [69, с. 465]. За те же действия в Париже, например, специальным законом 1905 г. предусматривались значительно более строгие наказания: в зависимости от обстоятельств срок заключения мог варьировать от трех месяцев до двух лет [44, с. 87—88]. Факты преступления закона устанавливала муниципальная лаборатория.

Однако важно подчеркнуть, что работами первых городских санитарных станций и лабораторий были заложены научные основы пищевой санитарии в России.

4.5. Санитарно-ветеринарный надзор

В крупных российских городах организация санитарно-ветеринарного надзора началась в конце XIX в. и достигла заметных успехов. Так, первым мероприятием московской городской думы в этом направлении стало издание в 1886 г. обязательного постановления по борьбе с сапом. В 1889—1891 гг. на городскую службу были приглашены четыре ветеринарных врача и четыре фельдшера для надзора за продажей лошадей на Конной площади и ведения приема в четырех городских амбулаториях для животных. В их задачу входили также надзор за городской кузницей, выявление эпизоотических заболеваний, оказание бесплатной помощи больным животным в амбулаториях, наблюдение за ловлей и истреблением бродячих собак, организация уборки трупов животных, а также надзор за бойнями и местами содержания скота.

Московские городские бойни находились под особым контролем. Их строительство началось в 1889 г. Бойни со скотопригонным двором, салотопенным, кожевенным и альбуминным заводами находились вне города, вдали от рек и прудов. При бойнях был устроен специальный водопровод. Вода для промывок употреблялась артезианская, а для хозяйственного употребления — мытищинская, из общего городского водопровода. Для удаления нечистот и отходов была устроена гидropневматическая канализация, доставляющая их по специальным стокам на поля орошения. Нечистоты с чумной бойни и карантинного двора сжигались или дезинфицировались хлорной известью и сулемой. Кровь животных перевозилась на альбуминный завод. Согласно отчету Медицинского департамента, содержание боен было образцовым [45, с. 84].

Для регламентирования борьбы с эпизоотиями городской думой были изданы постановления по сапу, повальному воспалению легких рогатого скота, бешенству, сибирской язве, ящуру, чесотке. При обнаружении той или иной заразной болезни ветеринарный персонал обследовал все хозяйство, откуда прибыло больное животное, и принимал соответствующие меры. Для борьбы с бешенством городом была устроена специальная станция с приютом для собак, находящихся под наблюдением врача. В обязанности этой станции входили организация ловли бродячих собак, сбор сведений о случаях бешенства и уведомление врачей, изоляция больных собак и т. д. Городским ветеринарным персоналом производился поголовный осмотр всех животных, приводимых на торг на

Конную площадь или коровьи площадки [31, с. 63—64]. Торговля мясом не входила в ведение ветеринаров, а находилась под контролем городских торгово-санитарных врачей.

При упразднении в качестве совещательного органа функционировала комиссия ветеринарных врачей, в которую входили все городские ветеринарные врачи, представители ветеринарной организации губернского земства и ветеринарный инспектор градоначальства. Комиссия разрабатывала санитарно-ветеринарные вопросы перед передачей их на рассмотрение городской управы. В 1914 г. в Москве работали уже 24 городских ветеринарных врача [23, с. 44].

В Петербурге городской ветеринарно-санитарный надзор был организован в 1901 г. также в связи с участвовавшими случаями заболевания горожан сапом. При санитарной комиссии было организовано ветеринарно-санитарное бюро. В 1903 г. под руководством бюро работали 14 ветеринарных врачей [39, с. 8—11].

Деятельность ветеринарно-санитарных врачей заключалась в осмотрах лошадей извозопромышленников, парков общественных дилижансов, omnibusов и т. п., а также в осмотрах коров на молочных фермах, свиней, собак, заподозренных в бешенстве, в осмотрах всех помещений для содержания животных и определении их соответствия установленным требованиям. Любопытно отметить, что, согласно действующему положению, борьба с эпизоотиями в Петербурге являлась обязанностью земской организации, а на городской ветеринарии лежала лишь задача обнаружения очагов и источников заболеваний. Городской ветеринарный надзор распространялся и на городские бойни. Надзор же за привозным мясом находился в ведении торгово-санитарных врачей [23, с. 10].

Ветеринарный надзор, как следует из данных Д. Н. Жбанкова, в российских городах была поставлен даже лучше, чем санитарный. Накануне Первой мировой войны ветеринарные врачи имелись в 185 городах, в то время как санитарные — только в 103. В малых городах среди ветеринарных врачей было распространено совместительство: городские самоуправления не всегда содержали своих ветеринарных врачей, а приглашали за небольшую плату правительственных или земских ветеринаров. В некоторых городах расходы на ветеринарную часть даже превышали расходы на санитарный надзор. Однако лишь в немногих городах имелись амбулатории для животных или скотолечебницы, что являлось серьезным недостатком ветеринарного надзора [22, с. 473].

4.6. Школьно-санитарный надзор

Организация школьно-санитарного надзора в городах России во многом основывалась на опыте, накопленном со вто-

рой половины XIX в. европейскими странами. Этот опыт свидетельствовал, что «более правильной и целесообразной формой его осуществления может считаться приглашение особого школьного врача или группы школьных врачей, которым и поручается надзор за школами в качестве специальной задачи» [3, с. 150]. В начале XX в. более 100 городов в одной только Германии имели особых школьных врачей. В России институт школьных врачей стал развиваться в конце XIX в. под контролем городских самоуправлений.

Начало организации школьно-санитарного надзора в Москве относится к 1889 г., когда управой были введены должности шесть училищных врачей. Первыми училищными врачами в Москве были О. Я. Андреева-Самгина, В. М. Глаголев, О. В. Гортынская, Н. А. Космачев, Н. Ф. Михайлов (старший училищный врач), А. А. Соколов [15, с. 578]. Под их наблюдением находилось 77 школ с 9500 учащимися. Функции и положение училищных врачей определились далеко не сразу. Первоначально они подчинялись училищному отделению управы и, таким образом, лишь косвенно были связаны с санитарной организацией города, жалование они получали из специальных фондов каждого отдельного подопечного училища. В дальнейшем училищные врачи были отнесены к санитарной организации города, получили право собственной инициативы в вопросах школьной санитарии и стали получать жалование из городского бюджета.

В 1897 г. московской городской управой была утверждена инструкция, определившая обязанности училищных врачей: они «имели надзор за санитарным состоянием училищ и здоровьем учащихся», принимали меры «против распространения заразных заболеваний среди учащихся». При найме помещений для училищ врачи должны были давать свои заключения о степени их пригодности. В начале каждого учебного года училищные врачи производили осмотры учащихся, вели индивидуальные санитарные карты. Они осуществляли текущий санитарный надзор за детьми, чтобы не допустить в школу больных заразными болезнями, проводили оспопрививание, дезинфекцию в необходимых случаях, а также определяли ослабленных детей для отправки в летние колонии. Оказание учащимся лечебной помощи не входило в обязанность московских училищных врачей. Ею дети обеспечивались в общих городских лечебных учреждениях, а при болезнях уха, горла и носа, а также глазных и зубных болезнях — в особых школьных амбулаториях [31, с. 20].

Проблемы организации школьно-санитарного надзора обсуждались в 1902 г. на VIII Пироговском съезде. В докладе московского училищного врача Д. Д. Бекарюкова «Об организации врачебного надзора за школами в больших городах» подчеркивалась необходимость повсеместного введения спе-

циальных школьных врачей, разработки обязательных гигиенических норм, на которые врачи могли бы опираться при предъявлении своих санитарных требований. Серьезной проблемой было отсутствие норм нагрузки на одного врача; как правило, она была слишком велика (предложено — не более 1500 человек, или не более 12 училищ на одного врача) [2, с. 81]. Докладчиком, в частности, было обращено внимание на такой недостаток московской организации училищных врачей, как отсутствие собственного корпоративного коллегиального органа, что препятствовало ведению координированных действий.

В ответ на прозвучавшую на съезде критику в 1902 г. при московской городской управе была создана комиссия училищных врачей на правах совещательного органа. Комиссией были разработаны санитарные нормы для училищных помещений, санитарная карта ученика, санитарные правила для борьбы с заразными заболеваниями в школе и др. Текущая деятельность училищных врачей приобрела более организованные формы и стала регулироваться решениями совместных совещаний. Но дефицит училищных врачей продолжал остро ощущаться. Нагрузка на них не уменьшилась, а возросла. При утвержденной городской думой нагрузке — не более 1600 учеников (12 школ) на одного школьного врача — в действительности она была значительно выше. Так, в 1908—1909 гг. в Москве было 12 училищных врачей, в ведении которых находилось 290 школ с 42,5 тыс. учащихся [3, с. 163]. Таким образом, один врач обслуживал примерно 24 школы и более 3,5 тыс. учеников. К 1910—1911 гг. число училищных врачей в Москве было увеличено до 18. Но в их ведении находилось уже 320 школ с 54 тыс. учащихся. На каждого врача, таким образом, приходилось 18 школ и 3000 учеников [31, с. 19].

Общие принципы организации школьно-санитарного надзора в городах разрабатывались особой комиссией при Правлении Пироговского общества. На IX Пироговском съезде (1904) Комиссия представила проект плана организации школьно-санитарного надзора в городах, который был утвержден. Основные положения плана сводились к следующему: 1) сосредоточение школьно-санитарного надзора в руках особых школьных врачей; 2) привлечение к делу школьной санитарии учительского персонала; 3) участие врачей в составе органов, управляющих школами; 4) включение в ведение школьно-санитарного надзора наблюдения за профессиональными условиями труда педагогов; 5) нецелесообразность совмещения функций по санитарному надзору в школах и по оказанию лечебной помощи учащимся [52].

Опыт работы петербургских училищных врачей, совмещавших санитарные и лечебные функции, был признан на съезде нерациональным и вызвал много нареканий. В Петербурге

училищные врачи в качестве особой группы существовали с 1892 г., но в 1900 г. они были переданы в ведение городской комиссии по народному образованию. В 1906—1907 гг. их количество достигло 44. Под их наблюдением находилось 355 училищ с 33 438 учащимися. На одного врача, таким образом, приходилось примерно 8 школ и около 760 учеников. В соответствии с утвержденной городской думой инструкцией, училищный врач Петербурга не реже двух раз в неделю должен был посещать каждое из подведомственных ему заведений, наблюдать за состоянием здоровья учеников, оказывать им первую помощь и направлять, при необходимости, к специалистам (для учащихся начальных школ в городе были организованы пять амбулаторий по глазным болезням и 19 — по зубным). Однако кроме этого врач один—два раза в неделю вне учебного времени вел приемы учащихся у себя на дому. В случае выявления заразной болезни он обязан был принять соответствующие меры, посетив при этом место проживания ученика [3, с. 161].

Критика в адрес петербургской организации школьных врачей, прозвучавшая на IX Пироговском съезде, была аргументирована тем, что лечение учеников школьным врачом в стенах школы не могло быть организовано правильно и понижало качество необходимой помощи, особенно если была необходима специализированная помощь. Кроме того, назначение в школе амбулаторных приемов для учащихся грозило занесением заразных заболеваний, что противоречило самой задаче санитарного надзора. Преимуществом же организации училищного надзора в Петербурге можно считать большое количество училищных врачей — в 1915 г. их было уже 75 [23, с. 9]. Кроме того, весьма плодотворной была деятельность петербургского городского самоуправления в области организации летних школьных колоний для ослабленных детей. Москва в этом отношении уступала Петербургу.

В Москве летние оздоровительные колонии для детей стали создаваться с 1905 г. Инициатором выступил Частный кружок московских летних колоний, созданный Е. Н. Орловой. Кружок получал субсидии от городского самоуправления, а также выплаты на каждого ученика из средств училищ. Городские летние колонии располагались в помещениях земских школ, в загородных имениях, предоставленных владельцами чаще всего бесплатно. Так, в 1908 г. летние детские колонии были размещены в имениях В. А. Морозовой и С. Т. Морозова, в 1907 и 1908 гг. — в усадьбах В. Д. Брянского и С. М. Попова. Материальная помощь для открытия летних колоний оказывалась и частными лицами. Инициатором таких пожертвований являлся покойный к тому времени В. А. Бахрушин. Однако количество летних колоний для такого большого города, как Москва, было недостаточным. На XI Пироговском

съезде в докладе И. И. Орлова было констатировано, что порядка 30% детей в московских школах имели ослабленное здоровье и нуждались в наблюдении врача и летнем отдыхе. Однако все существующие городские колонии Москвы фактически способные были вместить не более 3% таких учеников. Широкое участие меценатов позволяло московскому городскому самоуправлению с меньшим вниманием относиться к этой проблеме и тратить на организацию колоний незначительные суммы: 12 тыс. рублей в год «из специального на этот предмет пожертвования Бахрушиных и только 2 тыс. из городских сумм». В то же время в Петербурге ассигнования городской думы на эти нужды доходили до 120 тыс. рублей [41, с. 55].

В Петербурге устройством летних колоний для детей ведала комиссия по народному образованию при городской управе. Оптимальным комиссия считала устройство отдельных домиков в загородном имении с одной центральной кухней и столовой — по системе английских коттеджей [41, с. 53]. В имении Н. А. Лейкина Медном, пожертвованном городу, городским самоуправлением было построено 10 бараков на 685 детей. Здесь же действовала и зимняя колония на 25 учеников начальных школ, где дети находились по две недели. Близлежащий участок земли был приобретен городом специально для устройства колонии имени покойного Цесаревича Георгия Александровича, где были построены еще 3 барака на 225 детей. Летние детские колонии «для слабогрудых и малокровных» были открыты в имении близ Перк-Ярви, в имении Кучкова близ станции Лобаново, в деревне Гобжицы и мн. др. За летний сезон городские колонии Петербурга обслуживали более 3 тыс. детей, а московские городские колонии — около 1500 человек [23, с. 15, 49]. Активную деятельность в этом направлении развивали и городские самоуправления Одессы и Варшавы.

На XI Пироговском съезде в докладе И. И. Орлова был затронут и организационный вопрос: предлагалось создание при управах специальных исполнительных комиссий, ведающих работой летних школьных колоний, а также школьно-санитарного бюро для ведения школьно-санитарной статистики, рекомендовалось организовать специальные курсы подготовки для заведующих колониями, какие существовали, например, в Петербурге с 1897 г. под руководством известного гигиениста Д. В. Каншина [40, с. 52]. Предложения И. И. Орлова были приняты съездом. Однако в начале XX в. деятельность городских самоуправлений по организации детских летних колоний получила развитие лишь в единичных городах, в подавляющем большинстве городов отсутствовал даже текущий школьно-санитарный надзор.

К 1910 г. особые школьные врачи имелись и в таких горо-

дах, как Киев, Нижний Новгород, Тверь, Херсон, Симферополь, Царицын, Красноярск, Томск. Перечень обязанностей и нагрузка на школьно-санитарного врача везде были различны. Например, в Нижнем Новгороде на службе состоял всего один школьный врач, а под его наблюдением находились 20 школ с 3399 учащимися. В Херсоне имелось три врача, в ведении которых было 12 школ и 3000 учащихся. В Симферополе был один школьный врач. Под его контролем находились 9 школ и 2,5 тыс. учащихся. Функции врача были исключительно санитарными, лечение не входило в его обязанности, но помимо санитарной работы в школах он привлекался и к общегородским мероприятиям по санитарному надзору.

В Томске существовала должность «торгово-школьно-санитарного врача», под наблюдением одного этого специалиста находилось 27 школ. Этот врач писал в своем отчете, что при такой постановке дела школьники не могли быть гарантированы от «тех печальных последствий болезненных расстройств и неправильного их развития, которые могли бы быть устранены своевременным вмешательством и разумным советом отдельного школьного врача, тщательно изучающего все стороны школьной жизни» [3, с. 165].

Таким образом, если для Европы школьно-санитарный надзор был явлением обыденным, то в России и накануне Первой мировой войны «он сколько-нибудь устойчиво и продолжительно» существовал «лишь в нескольких городах» [1, с. 868].

В 1914 г., согласно сведениям Д. Н. Жбанкова, школьно-санитарные врачи имелись уже в 49 городах: в 20 крупных, 23 средних и 6 малых. Наиболее правильной постановка санитарного надзора за школами и учащимися была признана в Москве. Однако даже здесь, часто в силу не зависящих от врачей обстоятельств, состояние школ было очень далеко даже от удовлетворительного. Из отчета училищных врачей Москвы за 1902—1903 гг. следует, что из 23 начальных училищ, осмотренных на предмет пригодности помещений, только 6 отвечали минимальным гигиеническим нормам, причем в пяти из этих шести все-таки имелись существенные недочеты: плохое отопление и освещение и т. д. Причины найма подобных помещений под школы, как указывали врачи, состояли в недостаточных ассигновках на наем, установленных более 25 лет назад [58, с. 828—829].

В провинции ситуация складывалась еще печальнее. Согласно сведениям санитарного врача, обследовавшего школы в Симбирске в 1900—1901 гг., в городе имелось 17 школ, из них 10 принадлежали городскому самоуправлению, а 7 — частным лицам. Из 10 городских школ лишь в пяти «дети могут пользоваться свежим воздухом», в 4 — протекает крыша. «В трех школах черного пола нет, почему ноги занимающихся

очень зябнут зимой... В двух нет вентиляции.. ватерклозеты только в трех школах, в остальных — чуланы с выгребной ямой. ...Чистка отхожих мест со времени перехода этого дела в городские руки стала производиться реже прежнего...» Не выдерживались даже самые скромные гигиенические требования к состоянию классов и учебной мебели [59, с. 827—828].

Обращало на себя внимание и материально-ущемленное положение школьных врачей. Даже в Москве, как отмечал Д. Н. Жбанков, школьные врачи являлись только «терпимыми»: в думе неоднократно поднимался вопрос об их ненужности, а жалованье школьного врача составляло всего 1000 рублей в год (в то время как жалованье санитарного врача достигло уже 3 тыс. рублей). Система оплаты труда школьного врача в разных городах была различной, но размер ее был весьма скромным. В результате в подавляющем большинстве городов на должности школьного врача работали совместители, чья санитарная деятельность, по оценке Д. Н. Жбанкова, в стенах школ проявлялась довольно слабо [22, с. 471—472].

4.7. Развитие жилищной санитарии в городах, углубление специализации санитарного дела

На рубеже XIX — XX вв. в крупных промышленных городах, прежде всего в столицах, начинает развиваться жилищно-коммунальный надзор. Начало ему было положено обследованиями жилищ рабочего населения. В Петербурге перепись, произведенная в 1890 г., показала, что около 400 тыс. рабочих и их семьи жили в чрезвычайных условиях. Из них 50 тыс. ютились в подвалах. В 1894 г. было предложено создать комиссию для изучения состояния жилищ рабочих, разработать план строительства здорового и дешевого жилища. В 1900 г. А. А. Липским была подготовлена программа описания петербургских квартир и составлена специальная карточка для собирания сведений. В том же году санитарными врачами было осмотрено 1243 квартиры, а также изучено состояние 3270 угловых квартир (квартир, где снимали углы несколько семей), в которых проживали 51 782 жильца: в среднем по 16 жильцов в каждой квартире и по 5—6 человек в комнате. На одну койку приходилось 1,8—2 человека [38, с. 4—7, 12—17]. В 1900 г. было установлено, что 29,9% от общего числа заразных заболеваний в столице составили случаи заболеваний обитателей угловых квартир [38, с. 23]. Большинство угловых квартир было сосредоточено в центре города, поскольку транспортное сообщение с окраинами было затруднено. Таким образом, именно здесь, в центре города, находился основной очаг заразных заболеваний.

В 1905 г. был проведен очередной рейд, в ходе которого

были обследованы 832 квартиры. Больше четверти из них (25,4%) оказались переполненными до такой степени, что на одного человека приходилось меньше $\frac{3}{4}$ куб. саженой воздуха. «Их следовало бы закрыть, но тогда 13 тыс. человек окажутся под открытым небом» [38, с. 20]. А. Оппенгейм, председатель санитарной комиссии Петербурга, докладывал на заседании городской думы в 1905 г. о полученных результатах обследования. В качестве положительного примера он приводил опыт европейских стран, где существовали специальные городские дома для рабочих с мелкими квартирами. В Берлине, например, оплата проживания составляла не более $\frac{1}{7}$ заработка рабочих. Аналогичное строительство велось в Бельгии, Англии, Германии, государство поощряло это строительство займами. В работе проф. Г. В. Хлопина «Гигиена городов» (1903) этому вопросу было уделено большое внимание, приводились примеры и частного строительства благоустроенных домов для рабочих в Гамбурге, Нью-Йорке [70, с. 12].

А. Н. Оппенгейм предложил городскому самоуправлению взять решение этого вопроса в свои руки, поставить в проект сметы на 1906 г. постройку двух домов на 500 человек каждый. «Засим каждые два года управа должна вносить новые проекты и лет через 25 вопрос будет исчерпан» [38, с. 31].

В Москве этот вопрос находился под контролем городских властей и санитарной организации, которой был разработан проект сети ночлежных домов, организации домов дешевых квартир. Первый городской ночлежный дом — им. К. В. Морозова — был открыт в Москве еще в 1879 г. К 1910 г. число таких домов достигло шести: два располагались в наемных и четыре в городских зданиях. Наиболее благоустроенными были Ермаковский и Брестский ночлежные дома, построенные в 1909 г. на пожертвованные средства. Общая вместимость всех городских ночлежных домов составляла 5650 человек, но этого было недостаточно, поскольку число нуждающихся достигало 15 тыс., из них 6 тыс. ютились в частных ночлежных домах на Хитровом рынке, 3 тыс. — в других частях города в мелких частных ночлежках и коечно-каморочных квартирах. Все городские ночлежные дома в хозяйственном отношении находились в ведении смотрителя городских зданий, а в санитарном — в ведении участкового санитарного врача.

Кроме ночлежных домов московское городское самоуправление содержало два дома дешевых квартир им. Г. Г. Солодовникова, открытых в 1909 г. Один был предназначен для 200 бедных семей, другой — для одиноких жильцов. Общая вместимость их составляла 2 тыс. человек. В доме для семейных плата за квартиру составляла 10 рублей за 4 недели, в доме для одиноких плата за комнату составляла 4—5 рублей. Здесь размещались относительно зажиточные жильцы — конторщики, писцы, приказчики. Эти дома имели центральное

отопление, электрическое освещение, столовую, библиотеку, баню, летний душ, прачечную. В ведении городского самоуправления находилось еще пять домов, основанных на пожертвования, с бесплатными квартирами [23, с. 47—48]. За ночлежными домами в Москве был установлен постоянный санитарный надзор.

Работы по изучению санитарного состояния жилищ для рабочего населения предпринимались в некоторых провинциальных городах. В 1896 г. в Саратове по инициативе санитарного врача Н. Н. Матвеева была издана брошюра, где был представлен собранный автором и его коллегой доктором П. К. Галлером материал о ночлежных домах, артельных квартирах и постоянных дворах, имевшихся в этом поволжском городе. Было констатировано, что состояние их, особенно ночлежных домов, вопиющее. Несмотря на постановление городской думы, число содержащихся ночлежников почти в два раза превосходило утвержденные нормы. «О внутренней чистоте комнат и говорить нечего». Среди постояльцев бытовал тиф, но при существовавшем положении меры дезинфекции не давали ожидаемых результатов [30, с. 5—6].

Решение вопроса о жилище для рабочих в провинциальных городах зависело преимущественно от владельцев производств, местной администрации. Порой это принимало чудовищные формы. Так, например, санитарный врач Красноярска сообщал, что, проходя вдоль линии железной дороги, обнаружил «целую деревню, густо населенную, построенную под землей. Около 200 жилищ с 1 тыс. человек населения помещаются в ямах, вырытых в откосах выемки полотна железной дороги и имеющих сообщение с внешним миром только через одно маленькое входное отверстие. ...В землянках тесно, грязно, темно; все нечистоты выбрасываются тут же возле землянок. Деревня представляет опасность для всего города Красноярска вообще. Существование этой деревни, видно, санкционировано местным железнодорожным начальством, так как все землянки занумерованы, а в двух помещается местное начальство — два железнодорожных жандарма» [11, с. 475].

По данным Д. Н. Жбанкова, городские самоуправления принимали участие в решении вопроса о жилище для рабочих лишь в 72 из 224 городов, предоставивших сведения в Правление Пироговского общества. В 152 городах (16 больших и 29 средних) работа в этом направлении не велась, не имелось ни городских ночлежных домов, ни приютов для рабочих [22, с. 474].

Что касается санитарного надзора за домовладениями, то накануне Первой мировой войны в единичных городах были предприняты первые попытки подворного описания частных домов и городских усадеб. Такой опыт имел место во Владивостоке, где был проведен анкетный сбор данных о домах,

квартирах, числе жителей, отхожих местах и т. д. Аналогичное обследование, но по более широкой программе, начало производиться в Москве [22, с. 470—471]. Это было важно не только с точки зрения жилищно-коммунального надзора, но и в целях получения полной информации о санитарном состоянии города. В Москве поднимался вопрос о выделении в составе комиссии санитарных врачей особого отдела по жилищной санитарии [15, с. 581].

Вопрос об участии городских органов санитарного надзора в вопросах городского строительства широко обсуждался на XI и XII Пироговских съездах, где основным докладчиком по данному вопросу являлся В. П. Кашкадамов, подчеркивавший, что среди причин высокой заболеваемости и смертности «одно из первых мест занимают жизненные условия» [27, с. 45].

Жилищная проблема включала в себя ряд вопросов: недостаток жилья, особенно для рабочего населения; антисанитарное состояние существующего жилья для рабочих; отсутствие должного санитарно-технического надзора за возведением зданий и их дальнейшей эксплуатацией. В докладе, прозвучавшем на XI съезде, В. П. Кашкадамов затронул санитарно-гигиенические аспекты проблемы. Он настаивал на привлечении городских санитарных врачей к разработке нового Строительного устава, куда должны быть внесены гигиенические требования к постройкам, на введении преподавания специальной дисциплины для строительных инженеров, как это было сделано в Петербурге, где в образовательный курс Института гражданских инженеров с 1908 г. был введен предмет строительной гигиены, который читал сам В. П. Кашкадамов. В выступлении на XII Пироговском съезде он коснулся организационно-финансовой стороны вопроса, предлагал создание государственного жилищного фонда для финансирования домового строительства. Относительно деятельности городских самоуправлений в данной сфере предлагалось создание городского земельного и жилищного фондов, а также организация санитарно-технического надзора за жилищами, санитарная их регламентация, разработка целесообразного плана застройки городов. Однако в прениях по докладу было замечено, что условием, гарантирующим правильность разрешения жилищной проблемы в городах, может являться, прежде всего, демократическая реформа городских самоуправлений, которые в данное время «представляют собой лишь владельческие интересы». В то же время участники съезда согласились с тем, что «обязательная санитарная нормировка городского строительства, фактический санитарный и технический надзор, участие санитарного надзора в распланировке городов и поселений — все это необходимый элемент разрешения жилищного вопроса». XII Пироговский съезд вынес решение об

организации общественно-санитарного надзора за строящимися в городах зданиями, об организации всероссийского съезда по благоустройству городов [35, с. 654—655].

Однако накануне Первой мировой войны создание органов санитарно-технического надзора, ведающих вопросами строительства, было отмечено в немногих городах, в частности, в Баку, где при городской управе действовала санитарно-техническая комиссия в составе инженеров и санитарных врачей, на рассмотрение которой передавались все планы новых построек. Однако на практике добиться реального участия в надзоре за строительством было сложно: к моменту заселения жильцов выяснялось, что постройка, как правило, не соответствовала утвержденным планам [8].

Развитие промышленного производства ставило вопрос об организации фабрично-санитарного надзора. И в Москве, например, уже поднимался вопрос о выделении в составе санитарной комиссии отдела по фабричной санитарии и санитарной технике.

Однако Городовое положение весьма скромно определяло эту задачу: за городскими думами было закреплено лишь право издавать обязательные постановления «...об устройстве и порядке содержания в санитарном отношении фабричных и ремесленных заведений, в пределах предоставленных по сему предмету вообще городским самоуправлениям прав» [69, с. 121].

В инструкцию санитарных врачей Москвы, изданную в 1913 г., например, входил пункт о рассмотрении планов вновь открываемых фабрично-заводских заведений. Однако на практике окончательное решение принимало строительное отделение губернского правления, которое чаще всего игнорировало отрицательные заключения городских санитарных врачей. В 1908—1909 гг. в Москве было предпринято исследование и описание всех фабрик и заводов столицы, но работа эта не была издана и не получила практического применения. Такое же исследование было однократно предпринято в Иваново-Вознесенске, но также не было опубликовано. Организации фабрично-заводского санитарного надзора, как правило, противодействовали владельцы фабрик, чьи интересы были широко представлены в городских думах. И если Московским, Владимирским, Смоленским и другими земствами были осуществлены и опубликованы подробные описания фабрик и заводов, то городскими самоуправлениями они практически не предпринимались. Д. Н. Жбанков приходил к заключению, что «правильный санитарный надзор за фабриками и заводами с периодическими посещениями их санитарными врачами, по-видимому, нигде не осуществлен в должной степени... по этому отделу, очень важному для городов — фабричных центров, городской санитарный надзор бессилен и почти бездействен» [22, с. 470].

4.8. Санитарная статистика в городах

Крупные городские центры подвергались санитарно-статистическому изучению уже в первой половине XIX в. В 1804 г. вышло в свет «Топографическое описание города Риги с присовокуплением врачебных наблюдений» О. Гуна, в 1817 г. — работа Г. Л. Аттенгофера «Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга, главного и столичного города Российской империи», в 1832 г. — «Статистическая записка о Москве» В. П. Андросова. Во второй половине XIX в. эти исследования заметно активизировались. Подобные изучения производились врачами, издавались в виде статей, монографий, диссертаций. Если научно-организационным центром земской санитарной статистики, получившей значительное развитие уже в 80-е годы XIX в., являлась Москва, то разработка научных основ городской санитарной статистики была сосредоточена преимущественно в Военно-медицинской академии в Петербурге. Здесь был защищен целый ряд диссертаций по санитарно-статистическому изучению городов. Эти диссертации публиковались под названием «Медико-топографических исследований», и именно так появились описания таких городов, как Могилев (А. Гольнец), Оренбург (М. М. Кенигсберг), Ревель (Л. Н. Малиновский), Симферополь (А. Н. Гидалевич), Севастополь (Н. Н. Прусаков) и мн. др. [18, с. 84]. Однако единых подходов к проведению статистических исследований в городах, к определению источников информации, к обработке и принципам изложения статистического материала разработано не было. Подобные исследования носили теоретический характер, а самое главное — не были систематическими, а потому не принимались в расчет городскими властями и не могли являться основой для осуществления санитарных мероприятий в масштабах города.

На II Пироговском съезде в 1887 г. с докладом «О настоятельных нуждах русской санитарной статистики» выступил видный общественный деятель Е. О. Осипов, один из основоположников земской санитарной статистики, который подчеркивал необходимость и целесообразность сосредоточения санитарно-статистических исследований в санитарных органах общественных самоуправлений. Съезд поддержал докладчика и решил обратиться с ходатайством в правительство. Но вопрос так и не был решен положительно.

По примеру земств в ряде городов уже в конце XIX в. была введена карточная регистрация инфекционных больных. К введению этой меры стимулировала постоянная угроза развития эпидемий. Однако если в земствах сбор и обработка карточного материала, как и вообще все вопросы санитарной статистики, находились в ведении санитарных бюро и этот орган являлся ядром всей земской врачебно-санитарной организа-

ции, то в городах ситуация складывалась иначе. Здесь сбором карточного материала ведали преимущественно врачебные управления, полиция, городские врачи и т. д. А статистическая разработка карточного материала велась в исключительно редких случаях. Несмотря на то что на IX Пироговском съезде (1904) санитарно-статистическое бюро было включено в перечень рекомендованных обязательных элементов городской врачебно-санитарной организации (в известном документе «Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах»), даже к 1912 г. эти органы были созданы лишь в 13 губернских городах России, и только в четырех крупных уездных городах. При этом из 13 бюро губернских городов 10 были созданы только в течение 1910—1912 гг., и лишь три — немного ранее [65, с. 229].

Основная причина промедления в решении этого вопроса коренилась в том, что официально статистика заболеваемости и движения населения оставалась в руках администрации, и ее передача в ведение городских управ осуществлялась «не по праву или по обязанности, а только потому, что... оказалось возможным установить соглашение между административными органами и городскими управлениями» [66, с. 239]. В большинстве же случаев городские думы, не понимая значения санитарно-статистических исследований в деле оздоровления городов, не находили нужным обременять себя такими соглашениями и дополнительными расходами на создание специальных бюро, ссылаясь на отсутствие законодательных распоряжений. Это обстоятельство тормозило развитие санитарной статистики в городах, которая фактически должна была служить базисом всей врачебно-санитарной работы.

Серьезная постановка санитарно-статистических исследований имела место в единичных городах. Наиболее обстоятельно они были организованы в Петербурге. Следует отметить, что столица являлась и центром всероссийской официальной статистики, сосредоточенной в Медицинском департаменте МВД, и научным центром, благодаря деятельности в этом направлении Военно-медицинской академии. В 1880 г. в Петербурге было создано статистическое отделение при городской управе. Его основателем и заведующим был профессор Военно-медицинской академии Ю. Э. Янсон. Под его руководством уже в 1881 и 1891 гг. были проведены две однодневные переписи населения столицы. Статистическое отделение наладило издание статистических ежегодников, где были представлены санитарно-демографические процессы: движение населения (брачность, рождаемость, смертность), инфекционная заболеваемость, больничная статистика и т. д. Так, «Ежегодник» 1881 г. включал, в частности, следующие материалы: «Гигиеническая характеристика жилых строений», «Физическая годность населения» (призывников за 1874—

1881 г.), «Болезненность и смертность по больничным данным», «Несчастные случаи с людьми». Это была первая попытка подобных изданий в России. В издании 1888 г. была приведена диаграмма движения населения Петербурга за период с 1764 по 1888 г., т. е. за 125 лет. В нем же находились таблицы смертности населения Петербурга, составленные В. И. Борткевичем. Средняя продолжительность жизни петербуржца, согласно таблице, составляла всего 22 года [4, с. 195].

Демографические вопросы разрабатывались сотрудниками статистического отделения управы Е. Н. Безак, В. А. Вальх, М. А. Молчановым; несчастные случаи с людьми обрабатывал Ф. Ф. Зибольд. Больничную статистику вел А. А. Липский, которому во многом удалось устранить пестроту отчетности больниц путем введения карточной системы регистрации — «Статистического листка о больном», «Карты выбывшего из стационара». В конце XIX в. в статистическом отделении ежегодно обрабатывалось порядка 40—50 тыс. таких карт [4, с. 195].

В «Ежегодниках» помещались и специальные исследования: результаты обследования физического развития 6500 школьников врачами А. И. Эккерт и В. Г. Матвеевой, работа Н. П. Савваитова «Материалы для исследования С.-Петербурга в ветеринарно-статистическом и ветеринарно-санитарном отношении (1892—1894)» и др. С 1886 г. в нем отражалась деятельность думских врачей. В «Ежегодниках», издававшихся практически до Первой мировой войны, помещался статистический материал о заболеваемости и смертности от холеры, чахотки, сыпного тифа (иногда по десятилетиям), о ходе эпидемий.

Статистическое отделение Петербургской городской управы издавало и другие материалы: ежемесячники, еженедельники, представлявшие собой подборки таблиц. Так, один из еженедельников середины 1889 г. представлял собой своеобразную эпидемическую карту Петербурга — план города с распределением госпитализированных инфекционных больных и умерших от основных инфекций по районам города. Обстоятельный статистический материал всегда сопровождал и отчеты городской санитарной комиссии по борьбе с эпидемиями, особенно с холерой в 1908—1909 гг. Статистические отчеты о деятельности врачебно-санитарной части ежегодно составлялись санитарной и больничной комиссиями отдельно.

В 1902 г. в Петербурге при городской управе было создано отдельное санитарно-эпидемиологическое бюро. Возглавлял его старший санитарный врач. Первым на эту должность был назначен В. И. Вержейский, а в 1909 г. — Н. А. Иванов. Задачи бюро были значительно уже: оно занималось составлением еженедельных бюллетеней по острозаразным заболеваниям,

по деятельности санитарных врачей и изоляционных домов [23, с. 11].

В Москве работы по регистрации острых инфекционных заболеваний и причин смерти были начаты в 80-х г. XIX в. Регистрация острозаразных заболеваний производилась по карточной системе всеми без исключения лечебными учреждениями и частнопрактикующими врачами столицы. Разработка этих сведений в городской управе осуществлялась «по соглашению с врачебным управлением» [23, с. 36].

В городских больницах и амбулаториях была введена однообразная карточная регистрация больных. Лечебные учреждения самостоятельно составляли сводные таблицы по движению больных по месяцам, по возрастным группам, по месту жительства. Рядом больниц составлялись подробные ежегодные отчеты.

Только в 1911 г. при городской управе Москвы было создано санитарно-статистическое бюро, в котором сосредоточилась разработка статистики инфекционной заболеваемости. Еженедельные сводные таблицы по инфекционным заболеваниям помещались на страницах «Ведомостей Градоначальства», а с 1912 г. — в «Еженедельнике Городской Управы». Ежемесячная сводка данных публиковалась во «Врачебно-санитарной хронике Москвы». По истечении года весь статистический материал разрабатывался санитарным бюро по следующим рубрикам для каждой болезни: по участкам, по полу, возрасту, месяцам года, по месту лечения и т. д. Данные о движении населения разрабатывались в статистическом отделении управы.

Работой санитарно-статистического бюро при московской городской управе с момента его создания руководил В. П. Успенский, которому принадлежали немалые заслуги в разработке вопросов организации и деятельности санитарных бюро в городах. На совещании по санитарным и санитарно-статистическим вопросам в 1912 г. в Москве В. П. Успенский выступил с двумя докладами, в которых наметил план организации и определил программу деятельности городских санитарно-статистических бюро. Так, санитарно-статистическое бюро должно было служить руководящим центром всей врачебно-санитарной организации города, возглавлять его должен был врач, хорошо осведомленный в вопросах общественной медицины. Именно в бюро, наряду с организационными вопросами, должны быть сосредоточены работы по санитарной статистике [65, с. 231].

В. П. Успенский наметил основные направления санитарно-статистических исследований в городах. Прежде всего, это статистика движения населения, статистика инфекционной и общей заболеваемости. Еще одним направлением статистических исследований в городах могло быть частичное изучение

заболеваемости: по отдельным группам населения, по отдельным районам и т. д. Интерес могли представлять также исследования заболеваемости населения болезнями, имевшими локальное распространение (трахома, малярия). Систематическому статистическому учету должна была подлежать деятельность как лечебных, так и санитарных учреждений, причем не только городских, но и ведомственных и частных [66, с. 244].

На XI Пироговском съезде (1910) в докладе В. В. Степанова задачи санитарной статистики в городах были представлены шире за счет включения в число объектов санитарно-статистического исследования территории города, водоемов и водопроводов, отхожих мест общественного пользования, мест производства и торговли съестными припасами, а также жилищ [61].

В России отсутствие единой программы статистических исследований даже в области изучения заболеваемости и движения населения оборачивалось тем, что постановка этих исследований везде велась по-разному и напрямую зависела от субъективных причин, в частности, от «взглядов конкретных лиц» [66, с. 237]. Это не позволяло производить полноценный анализ, сопоставление данных. В связи с этим основными задачами являлись введение единообразной номенклатуры, объединение форм разработки статистического материала. Этот вопрос, как и вопрос о создании санитарно-статистических бюро в городах, был наиболее актуальным в текущий момент.

Анализируя ситуацию с развитием санитарной статистики в городах России (по данным из 224 городов) накануне Первой мировой войны, Д. Н. Жбанков отмечал, что в громадном большинстве русских городов карточная регистрация так и не была введена. Однообразная карточная регистрация по общей заболеваемости была введена в лечебных заведениях 33 городов, а в 191 городе если она и существовала, то единообразия в ней не было. Сбор и разработка сведений по движению населения велись только в 30 городах: в обеих столицах, Риге, Киеве, Ревеле, Баку, Екатеринославле, Иркутске, Нижнем Новгороде, Томске и др. Однако отмечалось противодействие со стороны духовенства и даже врачебной инспекции доставке этих данных в городские санитарные органы.

Лучше был организован сбор данных об острозаразных больных. Такая регистрация была введена в 122 городах. Д. Н. Жбанков указывал и на проблемы, связанные со сбором и разработкой карточного материала, прежде всего на недостаток специалистов. Так, в Одессе весь материал поступал в санитарное бюро, но с 1902 г. не разрабатывался из-за недостаток служащих в бюро. Кроме того, доставка карточек вольнопрактикующими врачами, казенными и даже городскими лечебными учреждениями выполнялась далеко не удовлетво-

рительно (не имелось законных оснований требовать этого), что значительно тормозило борьбу с эпидемиями [22, с. 467—469].

Проблемы, стоявшие перед российской городской статистикой в начале XX в., были знакомы и западным странам, но там они были преодолены значительно раньше. Так, например, изобретательный способ обеспечения своевременной доставки карточек о заразных больных был введен в английском городе Зальферде: практичные англичане за каждое извещение о заражном больном уплачивали врачу определенное денежное вознаграждение, а укрывательство какого-либо случая заразной болезни, в свою очередь, наказывалось крупным штрафом. Каждый практический врач в начале каждого года получал специальную книгу с чеками. По числу поступивших от него в санитарное бюро бланков в конце года ему уплачивалась городом соответствующая сумма денег. Сбор и разработка статистического материала в Англии были законодательно закреплены за городскими санитарными органами — санитарными бюро — законом 1875 г. Бюро являлись основой врачебно-санитарной организации английских городов, в их состав в обязательном порядке входили лица, обязанные вести санитарную статистику [28, с. 187]. Таким образом, этот род деятельности был законодательно закреплен, а города в решении санитарных вопросов, в том числе в способах сбора санитарно-статистической информации, обладали определенной самостоятельностью.

В России ситуация складывалась противоположным образом. Для ее преодоления требовалось законодательно закрепить сбор и разработку статистических материалов за городскими самоуправлениями. Сосредоточение в санитарных бюро всех работ по статистике должно было привести к разработке общих минимальных требований для основных форм регистрации, отчетности, опубликования данных. Существовавшее же на тот момент во всех городах России чрезвычайное разнообразие форм отчетности затрудняло проведение статистического анализа и сравнительных выводов. Слабо было поставлено и издание статистических материалов: врачебно-санитарные хроники или бюллетени, по данным Д. Н. Жбанкова, издавались только в 25 городах [22, с. 469].

Вопрос о создании санитарно-статистических бюро решался очень медленно, с постоянными проволочками, требование придания бюро статуса центральных исполнительных органов всей врачебно-санитарной организации городов и вовсе не встречало понимания со стороны городских властей. Все это не позволяло подвести научно-теоретическую базу под деятельность санитарных организаций и, в результате, препятствовало подъему городского санитарного дела на уровень современных научных требований.

ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ ГОРОДОВ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (1914—1917)

5.1. Роль Всероссийского союза городов в организации помощи больным и раненым воинам

В годы Первой мировой войны перед врачебно-санитарными организациями городских самоуправлений, наряду с вопросами обслуживания гражданского населения, встал ряд неотложных задач, вызванных условиями военного времени: организация лазаретов для помощи больным и раненым воинам, борьба с эпидемиями, медико-санитарное обслуживание беженцев, инвалидов войны, военнопленных. В этой работе органы городского управления опирались на общественные организации. Среди них по масштабам помощи жертвам войны особое место занимали Всероссийский земский союз (ВЗС) и Всероссийский городской союз, возникшие в августе 1914 г. на волне патриотического подъема в стране.

Союзы находились под эгидой Российского общества Красного Креста (РОКК), что обеспечивало им определенные льготы (возмещение от казны расходов по признанию раненых, бесплатную перевозку грузов и т. п.). Однако они сохраняли в отношении РОКК полную самостоятельность в вопросах финансирования и своего внутреннего устройства.

Всероссийский союз городов (ВСГ) был организован по инициативе московского городского общественного самоуправления на проходившем 8—9 августа 1914 г. съезде городских голов. Съезд провозгласил создание ВСГ, разработал общую структуру этой организации. Высшим распорядительным органом ВСГ являлся съезд представителей городских управлений губернских городов и градоначальств империи. Всего за 1914—1917 гг. было проведено 8 съездов представителей ВСГ. Съезды определяли общую линию деятельности ВСГ. На съездах избирались члены Главного комитета ВСГ и руководитель Союза — главноуполномоченный. Он же одновременно являлся председателем Главного комитета ВСГ. На эту должность в сентябре 1914 г. на II Всероссийском съезде представителей городов по инициативе партии кадетов был избран Михаил

Васильевич Челноков — предприниматель и видный общественно-политический деятель, московский городской голова, депутат Государственной думы II—IV созыва. М. В. Челноков имел большой опыт организации земских врачебно-санитарных отрядов в русско-японскую войну. Будучи избранным в сентябре 1914 г. московским городским головой, он сумел направить деятельность сложного механизма городского управления на решение неотложных задач военного времени.

Источниками денежных средств ВСГ являлись правительственные субсидии, взносы городов, входивших в состав Союза, и пожертвования частных лиц, учреждений, обществ. Все города, кроме Петрограда и Москвы, получали средства на оказание помощи больным и раненым воинам от Главного комитета ВСГ. Москва и Петроград получали средства непосредственно от Особого совещания военного ведомства по рассмотрению ходатайств о пособиях на нужды, вызываемые военным временем. Материальной и организационной базой для создания ВСГ послужили органы городского самоуправления.

Если в августе 1914 г. в ВСГ состояло 140 городов, то в декабре — уже 464 [23, с. 20]. В конце 1916 г. Союз включал 474 города [12, с. 9]. В большинстве этих городов действовали местные комитеты ВСГ, избранные городскими думами на основании особого положения, утвержденного Главным комитетом 28 сентября 1914 г. В городские комитеты наряду с гласными думы входили представители городской интеллигенции, среди которых почти 33% составляли врачи и статистики [5, с. 38]. Необходимо, однако, отметить, что руководство части городов, особенно малых, отнеслось к организации комитетов формально.

Одним из главных направлений деятельности ВСГ стала организация госпитализации, лечения и реабилитации раненых и больных воинов.

Военное ведомство планировало развернуть госпиталей на 309 610 коек. Дополнительно Главное управление РОКК предполагало развернуть еще 26 200 коек [27, с. 83]. Однако военное ведомство было уверено в способности самостоятельно обслужить раненых и недальновидно отказалось от услуг РОКК.

Уже в первые дни войны стала очевидной несостоятельность намеченных планов, поскольку количество раненых ежемесячно исчислялось сотнями тысяч, значительно превосходя ожидаемые показатели. В результате большинство госпиталей, предназначенных для лечения раненых во фронтовой зоне, превратилось в перевязочные пункты для раненых, эвакуируемых вглубь России. В тылу же эвакуационные госпитали оказались неподготовленными к приему такого потока раненых.

В сложившейся ситуации военное командование вынуждено было обратиться к Земскому и Городскому союзам. В течение августа и сентября 1914 г. представители этих союзов совместно с эвакуационным управлением Главного управления Генерального штаба разработали новый план эвакуации, предполагая оборудовать внутри России 280 тыс. госпитальных коек, из них 258 920 (92,5%) приходилось на долю Земского и Городского союзов. Союз городов, не имевший в начале августа на своем счету ни одной койки, к 1 сентября оборудовал 18 711 коек, к 1 октября — 24 019, к 1 ноября — 35 131, а к 1 декабря — 46 759 коек [1, с. 171].

К сентябрю 1916 г. из 726 660 общего числа коек на долю Военного ведомства приходилось 224 667 (30%), РОКК — 43 165 (6%), ВЗС — 135—391(18,5%), ВСГ — 93 738 (13%) и городских общественных управлений Москвы и Петрограда и других городов — 63 685 (9%) [1, с. 172].

Согласно утвержденному военным ведомством плану эвакуации раненых, было образовано пять эвакуационных округов. Центральными пунктами их являлись города: Петроград, Москва, Орел, Курск и Харьков. Применительно к эвакуационным округам было создано пять областных организаций: Петроградская, Московская, Орловская, Харьковская и Курская. Позже с изменением военной обстановки, образовались, дополнительно Кавказская, Сибирская, Киевская, Екатеринославская и др. Областные организации должны были объединить деятельность городов и земств на местах по оказанию помощи больным и раненым воинам. Эвакуация в лазареты Петрограда и Москвы и забота о раненых и больных воинах в столицах находилась в ведении городских комитетов. Областные же комитеты ведали эвакуацией из столиц в область [6, с. 3—19].

Необходимо отметить, что Петроградская областная организация выделялась как наиболее мощная и активная. По общему плану на нее приходилось устройство 77 тыс. коек, в действительности же было оборудовано в области, считая и Петроград, 1184 лазарета на 87 988 коек. Из этого числа ВСГ принадлежало 318 лазаретов с 31 190 койками, что составляло 35,4% всего числа коек в области. Наибольшее число коек было оборудовано в самом Петрограде, так как этому способствовало наличие высококвалифицированных кадров и необходимых помещений [6, с. 3—19].

Однако большинство областных организаций не сумели объединить уездные города для совместной работы по оказанию помощи больным и раненым воинам.

Необходимо отметить, что самый большой поток раненых с фронта шел через Москву — свыше 60% всех эвакуированных [22, с. 172]. Работа московского городского самоуправления была очень оперативной. Если к 6 августа 1914 г. на счету

московского городского общественного управления была 541 койка, то к 1 декабря — 58 246 коек [1, с. 171]. К 1 января 1916 г. всего на учете городского управления Москвы состояло уже 78 654 койки в 1078 госпиталях. Из общего числа лишь 15% содержалось за счет жертвователей, а остальные кровати — или за счет города всецело, или на совместные с ним средства. Всего в госпиталях Москвы с начала войны и до 1 января 1916 г. было пролечено 348 412 больных и раненых воинов [22, с. 178].

Московская городская организация ВСГ создала новый тип распределительных госпиталей для приема и эвакуации раненых и больных, прибывающих с фронта. Во всех распределителях Москвы была установлена общая система предохранительных мер против заноса инфекций. В распределителях, даже в тех, что принадлежали военному ведомству, городской думой были оборудованы бани и дезинфекционные камеры с городским штатом служащих. Уже на 1 января 1915 г. общее количество персонала распределительных пунктов составило 3143 человека, из них 109 врачей, 102 фельдшера, 355 сестер и братьев милосердия, 87 дезинфекторов, 350 сиделок и пр. Значительную часть вспомогательного персонала этих учреждений составляли добровольцы [22, с. 175].

Однако во многих городах ощущался острый дефицит госпитальных коек. Стремясь восполнить недостатки организационной работы военных органов, ВСГ и городские думы проделали громадную работу по созданию госпиталей и лазаретов для раненых. Под госпитальные койки отдавали многие городские здания (богадельни, приюты, городские училища). Городские управления арендовали частные помещения. Большое количество лазаретов оборудовалось частными жертвователями, передававшими их затем на городское содержание.

ВСГ оказывал содействие городам в оборудовании и содержании коек. На сентябрьском (1914) съезде представителей городов были установлены нормы ассигнований городам на оборудование и содержание коек для эвакуируемых больных и раненых воинов [6, с. 19].

Главный комитет занимался обеспечением всех учреждений ВСГ медицинским персоналом. В 1914 г. он утвердил единое штатное расписание, по которому один врач приходился на 60—70 раненых, одно лицо фельдшерского персонала — на 30—40 раненых, одна сиделка — на 10 раненых и т. д., и установил оклады персоналу госпиталей ВСГ [26, с. 25]. Были госпитали, где весь персонал (Чернигов) или его часть (Николаев, Полтава, Симферополь) работали бесплатно [13, с. 355, 358, 359, 362].

Кроме установленных окладов, персонал госпиталей Союза получал и некоторую социальную помощь от местных комитетов: предоставление квартиры, право на получение продуктов,

выплату суточных при командировках, выходного пособия медикам, финансовое обеспечение семей служащих Союза при призыве их на действительную военную службу. К 1 ноября 1915 г. на службе в учреждениях ВСГ состояло 5738 медицинских работников. Из них — 699 врачей, 764 фельдшеров, 1255 сестер милосердия, 44 фармацевта [22, с. 68]. 6 декабря 1915 г. был издан закон о предоставлении отсрочек от призыва в армию военнообязанным служащим Союзов.

Так как медицинского персонала не хватало, распространено было совместительство, особенно среди заведующих госпиталями, не хватало также опытных фельдшеров, сестер милосердия. Такое бедственное положение беспокоило медицинскую общественность, вопрос о кадровом обеспечении поднимался на Пироговском съезде в 1916 г. [24, с. 11—12].

В годы Первой мировой войны получила дальнейшее развитие идея профилизации и специализации госпиталей как на фронте, так и в тылу. С мая 1915 г. организация специализированной помощи находилась в ведении лечебно-госпитального отдела ВСГ. Однако ВСГ получил первые кредиты на развитие специализированной помощи лишь в 1916 г., а до этого момента вел дело за счет оборотных средств, которых хватало с большим трудом.

ВСГ приступил к планомерному развитию санаторно-курортной помощи раненым и больным воинам. Был определен процент нуждающихся в санаторном лечении — 17% [22, с. 79].

На 2-м съезде Союза городов (февраль 1915 г.) была утверждена смета на оборудование санаторно-курортных учреждений. К открытию санаторных коек были привлечены местные общественные организации, отделы Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом и др. В Москве была создана объединенная санаторно-курортная комиссия Земского и Городского союзов, которая разработала схему и порядок эвакуации больных из госпиталей и создала в Москве и Харькове специальные распределительные пункты для накопления и определения больных и раненых в санатории. Летом 1915 г. Союз городов имел 1112 коек для туберкулезных больных, из которых 452 находились в различных санаториях для туберкулезных, 615 коек для выздоравливающих и 45 коек в кумысолечебницах. Кроме того, ВСГ содержал 925 коек для бальнеологических больных на курортах Кавказа и 500 — в грязелечебницах [22, с. 80]. К лету 1916 г. для долечивания раненых были подготовлены санаторные койки в Крыму. К 1 января 1916 г. Союз городов имел здесь уже 977 санаторных коек. Союз городов имел койки также в санаториях Финляндии и в центральных губерниях. По предложению Петроградского областного комитета был устроен плавучий санаторий на Волге.

Кроме санаторно-курортной были организованы и другие виды специальной помощи. Так, ВСГ удалось организовать

зубоврачебную и челюстно-лицевую помощь на фронте и в тылу. На средства ВСГ содержались зубоврачебные амбулатории в Москве (работали безвозмездно более 100 врачей), Петрограде, Екатеринославе, Тамбове, Курске, Орле, Харькове. Все эти учреждения обслуживали не только госпитали Союза городов, но и другие организации и воинские части.

Другой важной задачей государства и органов самоуправления являлась организация помощи увечным, жертвам войны. Она подразумевала долечивание во всех видах, протезирование, обучение, трудоустройство, а также призрение неизлечимых, калек, умалишенных.

В начале войны в городах эта помощь ограничивалась устройством патронатов. Вопрос об организации ортопедической помощи рассматривался в ряде комиссий и совещаний ВСГ в плане не только призрения, но и восстановления трудоспособности инвалидов. Был организован первый травматологический институт для лечения сложных повреждений (Москва), разработаны проекты создания таких институтов в Киеве, Саратове, Ростове-на-Дону, Казани, Одессе, Харькове. К 1917 г. на учете ВСГ числилось 1200 травматологических коек.

Основными трудностями на пути организации помощи больным и раненым в годы Первой мировой войны являлись несогласованность в деятельности военных и гражданских органов, разобщенность усилий множества общественных и благотворительных организаций, принимавших участие в развертывании госпиталей и лазаретов. Между различными ведомствами, ВЗС и ВСГ существовал определенный параллелизм в работе, что вело к нерациональному использованию материальных, финансовых средств и кадров.

Серьезной проблемой являлась ограниченность средств ВСГ и недоверие к нему правительственной администрации из-за растущих политических амбиций лидеров Союза. Это отразилось и на развитии медико-санитарной деятельности городов. Несвоевременное финансирование из государственного казначейства и выделение запрашиваемых средств не в полном объеме были большим тормозом для организации и развития помощи больным и раненым воинам, но особенно негативно это отразилось в области мероприятий по борьбе с заразными болезнями и в деле помощи беженцам.

5.2. Деятельность Всероссийского союза городов в борьбе с эпидемиями

Первая мировая война сопровождалась резким ухудшением санитарного состояния страны. К концу 1914 — началу 1915 гг. инфекционные болезни с потоками эвакуируемых

солдат, беженцев и военнопленных проникли внутрь империи и в некоторых губерниях распространились среди гражданского населения, вызвав эпидемии сыпного и брюшного тифа, оспы и других инфекций.

Существенным недочетом организации противоэпидемических мероприятий Первой мировой войны явилось пренебрежение особенностями обслуживания инфекционных больных. В первый период войны всю заботу об инфекционных больных в армии Военное ведомство брало на себя. Инфекционные госпитали Военного ведомства в своем подавляющем большинстве разворачивались во внутренних округах, что с эпидемической точки зрения было недопустимо. При увеличении числа больных госпитали Военного ведомства не могли справиться со своей задачей, и эшелоны с больными дизентерией, холерой, оспой, сыпным тифом направлялись вглубь страны. Города стали превращаться в очаги эпидемий. Этому немало способствовало и скопление в городах войсковых частей, военнопленных и беженцев, ухудшение общего уровня жизни населения.

Уже с января 1915 г. в Москву стали прибывать целые железнодорожные эшелоны с инфекционными больными. Так как мест в городских госпиталях и инфекционных больницах не хватало, городская дума решила использовать часть городских зданий, в том числе и школьных, как более обеспеченных в санитарно-техническом отношении. Городская дума, осознавая чрезвычайную важность недопущения скопления в Москве заразных больных, вынуждена была разворачивать все большее количество инфекционных коек для их лечения.

Массовая эвакуация раненых, беженцев, высленцев и военнопленных в неподготовленные для этой цели города, не имевшие, как правило, в готовом виде специальных помещений для изоляции и госпитализации инфекционных больных, послужила причиной распространения к январю 1915 г. эпидемии сыпного тифа в Калужской, Тамбовской, Воронежской, Рязанской, Ярославской и многих других губерниях. По данным санитарного врача М. М. Кенигсберга, с 1 июля по 31 декабря 1915 г. в стране было зарегистрировано 759 377 острозаразных больных, в том числе 42 953 больных холерой, 177 947 — брюшным тифом и др. [19, с. 41].

Главный Комитет ВСГ заявлял о необходимости проведения широких санитарных мероприятий. В декабре 1915 г. в составе ВСГ был создан Санитарный отдел. Возглавил его санитарный врач Н. Ф. Николаевский, его помощником был врач А. Н. Сысин. Санитарный отдел ВСГ создал 14 санитарно-технических бюро при областных и некоторых губернских городских центрах. В апреле 1916 г. при отделе был учрежден специальный консультативный орган — Санитарно-техническая консультация.

Одной из основных причин, способствовавших массовому распространению инфекций в стране, явилось отсутствие единой противоэпидемической службы в армии, порочная организация санитарно-противоэпидемических мероприятий, следствием чего стали отсутствие инфекционных госпиталей-«заградителей» на фронте и широкая эвакуация инфекционных больных в тыл [20, с. 78].

Вопрос об устройстве особых инфекционных госпиталей-заслонов для задерживания инфекционных больных по пути следования раненых с фронта был поднят на Первом съезде ВСГ еще в сентябре 1914 г. Союз городов в осенне-зимний период 1914—1915 гг. предпринял ряд практических шагов в этом направлении. Намечен был первоначальный список городов, где должны быть открыты госпитали-заслоны и утверждены нормы построек и сметные ассигнования на заразные бараки.

Ко Второму съезду ВСГ (13—15 февраля 1915 г.) уже был разработан более детальный план противоэпидемических мероприятий по городам, согласованный с таким же планом Земского союза, и установлена общая смета расходов на осуществление всех намеченных мер. План предусматривал ряд поэтапных мероприятий: первый этап — ограждение внутренних районов страны от вторжения эпидемических болезней путем устройства госпиталей-заслонов в прифронтовой полосе; второй этап — развитие сети противоэпидемических коек внутри страны. Всего было намечено к открытию 26 220 коек (без Сибири). По предварительной оценке на их оборудование требовалось 17 865 450 рублей [9, с. 9—10].

К 1 апреля 1915 г. на учете ВСГ состояло 6184 заразных койки, из них 4085 составляли заслонные, было запланировано дальнейшее увеличение их количества [8, с. 27]. Весной 1915 г. был открыт большой госпиталь-заслон в Гомеле на 1655 коек. Были построены инфекционные госпитали ВСГ в Витебске (250 коек), Орле (200 коек), Самаре (до 500 коек), Курске (200 коек), Двинске (250 коек), Вильне (250 коек) и т. д. [22, с. 94].

С появлением эпидемических очагов в губерниях внутренней России правительство издало ряд распоряжений, в которых предлагало городским управам разработать план противоэпидемических мероприятий и приступить к его осуществлению на местные средства. При недостаточности собственных средств городские самоуправления должны были направлять ходатайства на их восполнение в Противочумную комиссию МВД, причем денежные средства правительство планировало отпускать только на постройку заразных барачков упрощенного типа [8, с. 21—22].

Однако А. Н. Сысин отмечал, что пособия и ссуды Противочумной комиссии МВД ассигнуются без всякого плана и

системы, по случайным ходатайствам, часто урезаются или вовсе отклоняются [14, с. 37]. На этот факт указывалось на заседании Главного комитета 26 апреля 1915 г. [9, с. 11—12]. В результате задержки выплат и, как следствие, сильного промедления в осуществлении плана противоэпидемических мероприятий оградить страну от вторжения эпидемических болезней не удалось.

Руководство ВСГ оказывало городам экстренную помощь, выделяя средства на расширение инфекционных отделений и больниц, на строительство бараков для инфекционных больных и т. п.

Вынужденная необходимость оперативности действий и экономии средств определяли строительство зданий удешевленного типа — бараков. Такие сооружения возводились даже в столицах. Например, в Москве на Ходынском поле были построены специальные бараки на 1000 человек. В Тифлисе и Баку были построены специальные заразные бараки на 1000 и на 600 коек соответственно [22, с. 168, 180].

В отчете о деятельности ВСГ за 1914—1915 гг. содержатся достаточно полные статистические данные, позволяющие судить о масштабе деятельности городских дум в борьбе с эпидемиями. Так, к 1 августа 1915 г. всего на балансе ВСГ, включая и Кавказ, состояло 10 422 инфекционных коек в 38 городах России. На постройку и оборудование госпиталей и бараков для инфекционных больных ВСГ было ассигновано свыше 3 млн руб. ВСГ выделил также средства на устройство и оборудование центральных прачечных в 16 городах, на устройство центральных дезинфекционных камер в 7 городах, на снабжение 49 городов аппаратами для дезинфекции одежды «Гелиос», на оборудование ассенизационных обозов в 39 городах, на устройство бань-прачечных — в двух городах и пр. На все указанные мероприятия, вместе с койками для инфекционных больных, было израсходовано до 4 млн рублей [22, с. 95—96].

Ограниченность городов в денежных средствах, чрезмерная дороговизна, недостаток технических кадров и необходимого оборудования для коммуникационных сооружений (подключение к водопроводной сети, возведение очистных сооружений, проведение канализации) не позволили осуществить запланированные Санитарным отделом ВСГ мероприятия в должном объеме. Тем не менее для многих городов были выделены ассигнования на эти цели. Члены Санитарного отдела выезжали в города в целях изучения местных условий по поводу проектируемых к строительству коммуникационных сооружений, проводили консультации.

В годы войны не только расширились задачи и сфера деятельности городских самоуправлений, но претерпели изменение также методы работы и организационная сторона дела.

В орбиту практической работы все больше вовлекалось население. Во многих городах были воссозданы санитарные попечительства, прежде всего, как орган санитарного надзора за проведением в жизнь санитарных постановлений городской думы.

Органы местного самоуправления в годы Первой мировой войны накопили богатый опыт санитарно-противоэпидемической работы. Однако, несмотря на все мероприятия, не удалось не только победить, но даже приостановить распространение эпидемий, которые достигли своего максимального развития к концу 1915 г.

5.3. Организация медико-санитарной помощи беженцам

Серьезной проблемой для городских общественных управлений и ВСГ стала организация помощи беженцам. В годы Первой мировой войны беженство носило массовый характер. Оно распространилось на огромную территорию с запада на восток, охватив 39 губерний центральной России, Поволжье и проникнув глубоко в Сибирь. В некоторых городах беженцы и военнопленные составляли 4—10% населения городов (Саратов, Ярославль и др.). Беженство было одной из главных причин распространения эпидемий по всей стране.

В августе 1915 г. правительство приняло решение о массовом принудительном перемещении беженцев во «внутренние губернии Империи». Первоначально беженцев эвакуировали гужевым транспортом. С Северо-Западного фронта в восточные губернии (Могилевскую, Смоленскую, Орловскую, Тамбовскую, Пензенскую, Самарскую и Оренбургскую) двинулись особые беженские обозы во главе с «проводниками» из числа местного духовенства и сельской администрации. Этот вид транспортировки, особенно в осенние месяцы, способствовал развитию эпидемических заболеваний, вскоре от него отказались. В октябре было сформировано 200 поездов, каждый из которых вмещал более 1 тыс. человек [18, с. 104].

Первым организацией беженского дела в России занялся Комитет Великой княжны Татьяны Николаевны для оказания временной помощи пострадавшим от военных бедствий, который пользовался правительственной поддержкой и широкими государственными субсидиями. Однако масштабы бедствия были таковы, что требовались экстраординарные меры. 30 августа 1915 г. был издан «Закон об обеспечении нужд беженцев», которым определялось основное содержание политики «государственного попечения» о беженцах. На основании этого законоположения 10 сентября 1915 г. при Министерстве внутренних дел было учреждено Особое совещание по устройству беженцев. Специальным подразделением в са-

мом МВД стал Отдел по устройству беженцев, который функционировал как управление делами Особого совещания [25, с. 1]. Под председательством губернатора или градоначальника образовывались губернские, областные и городские (в градоначальствах) совещания из представителей администрации, земских и городских самоуправлений, а также национальных организаций [25, с. 5]. Однако эти учреждения первое время не проявляли активности. Военные и местные власти, нуждаясь в практической помощи, обратились к ВЗС и ВСГ с просьбой об устройстве по путям следования беженцев и в местах назначения чайных, столовых, санитарных пунктов.

На совещании в Брест-Литовске (18 июля 1915 г.) ВСГ наметил план помощи беженцам. Согласно этому плану, Россия разбивалась на три зоны: 1) на фронте предполагалось устроить передовые передвижные пункты. В их задачу входило накормить и направить дальше беженцев; 2) на границе между фронтом и центральными губерниями намечалась вторая линия пунктов-заслонов, которая фильтровала беженцев, задерживая всех подозрительных в инфекционном отношении, регистрировала и направляла их во внутренние эвакуационные пункты; 3) в центральных губерниях предполагалось создать распределители, откуда беженцы должны были направляться в восточные губернии Европейской России и в Сибирь. При этом значительную часть беженцев предполагалось направить в сельские местности через ВЗС [22, с. 127—129]. Однако этот широкий план реализован полностью не был, но ВЗС и ВСГ, первоначально на свои средства, а затем — получая государственные субсидии, организовали дополнительные санитарно-питательные пункты в местах скопления беженцев.

В ноябре 1915 г. был создан объединенный орган ВЗС и ВСГ по руководству беженским движением и принято положение об Отделе по устройству беженцев. Совместная работа Земского и Городского союзов проходила в два этапа: первый — эвакуация беженцев и выселенцев вглубь России и второй — устройство беженцев на местах.

Вопросы эвакуации беженцев требовали четкой регламентации, о чем ходатайствовал М. В. Челноков в своей телеграмме, направленной военному министру, министрам внутренних дел и путей сообщения. Он считал, что при определении губерний для водворения беженцев необходимо учитывать численность местного населения, степень промышленного развития, наличие организаций помощи беженцам, предлагал направлять в промышленные центры преимущественно трудоспособных беженцев; считал совершенно недопустимым дробление семей, подчеркивал необходимость сопровождения поездов с беженцами медицинским персоналом, хотя бы фельдшерским и др. [22, с. 129—130].

Однако попытки придать планомерность беженскому движению терпели неудачу как из-за стихийности самого движения, так и в связи с отсутствием необходимых средств, а также порядками, царившими на железных дорогах. Отделу по беженцам ВЗС и ВСГ приходилось ограничиваться решением отдельных неотложных задач: разгружать заборы беженцев на станциях и в попутных городах, организовывать питательные пункты, чайные, амбулатории, проводить поголовный санитарный осмотр и строить бараки для инфекционных больных.

Важную роль в деле оказания помощи беженцам сыграли созданные при Отделе по устройству беженцев группы проводников на железнодорожном транспорте. Проводники оказывали продовольственную и медицинскую помощь беженцам, следили за санитарным состоянием поезда, регистрировали беженцев, доставали для них теплушки, топливо, одежду. В состав каждой группы (12 чел) входили рядовые проводники, братья и сестры милосердия, в основном студенты и курсистки. Группа направлялась в пункты наибольшего скопления беженцев — Гомель, Рославль, Вязьму, Брянск, Смоленск, Ржев, Бахмачи, Тверь, Воронеж и др. По данным ВСГ, проводниками было обслужено за период с сентября по декабрь 1915 г. около тысячи поездов и до 1 млн беженцев [22, с. 132—133].

К началу 1916 г., по данным, полученным из 45 губерний и областей, число осевших внутри России беженцев по губерниям и городам составляло 2 189 185 человек [22, с. 40]. Городскими управлениями была проделана большая работа по устройству беженцев и обеспечению их продовольственной и медицинской помощью. В городах были созданы особые медико-санитарные организации для осуществления санитарно-эпидемического надзора и подачи медицинской помощи беженцам на вокзалах, в беженских пунктах, изоляционных квартирах. Врачебный надзор и оказание лечебной помощи приняли на себя городские врачи. Беженцам предоставлялась бесплатная медицинская помощь от земств и городов на общих основаниях с местным населением. Для детей-беженцев были организованы приюты-распределители. В разных городах Европейской России было образовано в этих целях 58 приютов на 3714 детей [22, с. 142].

В качестве примера можно привести организацию медико-социального обслуживания беженцев, осевших в Москве. Первая волна беженцев из Польши (Калиша) прибыла в Москву в августе 1914 г., но главный наплыв был во второй половине 1915 г. По переписи, проведенной в ноябре 1915 г., в Москве было зарегистрировано около 140 тыс. человек. Всего же через Москву осенью прошло до 320 тыс. беженцев [11, с. 388—389].

Беженцам, осевшим в Москве, городским самоуправлени-

ем предоставлялось жилое помещение и питание, а также медицинское обслуживание. К сентябрю 1915 г. городом содержалось 120 квартир, не считая квартир, которые открывались и содержались национальными организациями на средства, ассигнуемые городским управлением. Всего с начала войны по 1 октября 1915 г. воспользовались бесплатными квартирами 44 174 беженца. В 22 жилищных пунктах были организованы детские комнаты для занятий (на 1940 детей). Необходимо отметить, что основную часть расходов на помощь беженцам несло московское городское самоуправление [22, с. 180—183].

В 1915—1916 гг. в Москве были построены бараки для беженцев в Черкизове, Владыкине, а также Калитниковский беженский поселок [15, с. 29].

Среди беженцев Москвы, по данным Л. Б. Грановского, общее количество инфекционных больных доходило до 12%, число острозаразных составляло около 2—2½% [2, с. 32]. В августе 1915 г. в Москве городской управой была создана врачебно-санитарная организация по надзору за беженцами и оказанию им первой медицинской помощи. Во главе организации стоял коллективный орган — совет врачей, были учреждены особые районные попечительства о беженцах. При московской врачебно-санитарной организации был создан так называемый Вокзальный отдел в составе двух врачей, 10 дежурных фельдшеров и выездного отряда из 6 студентов-медиков. Отряд встречал поезда с беженцами, производил осмотр и вел амбулаторный прием на вокзалах. При этом выявленные ими инфекционные больные отправлялись в городские больницы. Позже появились новые учреждения, принимавшие больных беженцев: Ржевский, Брюсовский гражданские госпитали [17, с. 180—182].

Вся лечебная помощь, равно как и санитарный надзор, возлагались на районных врачей. Москва была разбита на 10 районов, в каждом имелась участковая больница на 12—60 коек. Во главе каждого участка стоял врач, имелся и средний медицинский персонал. Районные врачи периодически обходили находящиеся в их районах беженские пункты, с целью проверки их санитарного состояния и для выявления инфекционных больных и отправки их в больницы и на изоляционные квартиры [2, с. 32—33]. Районные врачи вели ежедневный амбулаторный прием беженцев в четырех пунктах [22, с. 182]. Было хорошо поставлено оказание врачебной помощи на дому [28].

Что касается организации специализированной помощи, то для беженцев были выделены 120 кроватей для туберкулезных больных в Медведниковской больнице, 150 мест в Алексеевской психиатрической [17, с. 181]. Кроме того, Никольская община Красного Креста на средства и по просьбе города устроила больницу для душевнобольных беженцев, сначала

на 40 мест, потом больницу расширили до 120 коек [16, с. 2]. Под надзором врачебно-санитарной организации функционировали два распределителя для детей-сирот, прибывавших в Москву с фронта: один — при Харитоньевском рабочем доме, другой — в Арестном доме [22, с. 182].

Многим городским управлениям из-за недостатка городских средств и непоступления беженских кредитов пришлось обращаться за помощью к ВСГ. Общая субсидия ВСГ городам на нужды беженцев на 1 января 1915 г. составила 6 567 759 рублей [22, с. 144]. На средства ВСГ содержались амбулатории и врачебные пункты для беженцев в 25 городах, командировался медицинский персонал, производилось обеспечение медикаментами, дезинфекционными аппаратами и пр. До 1 января 1916 г. на средства ВСГ было открыто 1640 инфекционных коек для беженцев по разным городам [22, с. 135].

Некоторые города получали субсидии также от Татьянинского комитета, от национальных комитетов и даже из-за границы. Например, Петроградский городской комитет по беженцам получил осенью 1915 г. 381 160 рублей от Татьянинского комитета, из Петроградского комитета ВСГ — 400 тыс. рублей и из Особого совещания — 800 тыс. рублей. Всего 1 181 160 рублей [21].

Большим эпицентром скопления беженцев оказалось Поволжье. Помимо эвакуированных сюда раненых, с конца 1915 г. правительственные и общественные организации, национальные комитеты и др. вывозили в этот район для долечивания большие группы выздоравливающих раненых и беженцев.

Самара представляла собой важный узловой пункт эвакуации. Через город следовало огромное количество беженцев и военнопленных, направляемых в Сибирь. На фоне антисанитарного состояния города, отсутствия средств у городского управления для организации санитарных мероприятий эти миграционные процессы провоцировали вспышки эпидемией. Особенно сильной была вспышка эпидемии сыпного тифа в январе 1915 г. [10, с. 140—144].

Преодоление эпидемий осложнялось также острым недостатком эпидемического медицинского персонала. Несмотря на установленные в Самаре для эпидемического персонала двойные и даже тройные оклады, желающих работать на эпидемиях и в инфекционных госпиталях было немного [7, с. 66].

В Ярославле, где беженцы составляли около 10% населения города (12 тыс.), медицинской помощью беженцам заведовал специальный врачебный Совет. При нем действовало санитарное бюро. Врачебно-санитарной организацией на средства, отпущенные из Государственного казначейства, были устроены изоляционные помещения для беженцев, баня, пароформалиновая камера. Два специальных врача и фельдшеры посе-

щали беженцев на дому, оказывали медицинскую помощь в ночное время. Для беженцев была оборудована инфекционная больница на 100 коек, выделено 50 терапевтических коек и по 25 для туберкулезных больных и хроников, организована бесплатная выдача лекарств, главным образом, за счет городских средств.

Однако масштабы мероприятий и отпущенные средства все-таки были далеко не достаточными для оказания помощи беженцам. Специальные комитеты по устройству беженцев были организованы далеко не при всех городских думах. Так, несмотря на значительный поток беженцев с Юго-Западного фронта и с Кавказа, а также большие партии административно высланных из Привислянского края немцев, которые были направлены в Харьков, при городской думе Харькова не был организован беженский отдел. Из-за неорганизованности, отсутствия достаточных помещений для врачебного осмотра и временной изоляции острозаразных больных из числа вновь прибывших беженцев, среди них распространились эпидемии скарлатины, тифов, оспы, а Городская Николаевская больница была не в состоянии принять всех заболевших [3, с. 35—36].

Выполнение планов и решений городских управлений по оказанию своевременной и в полном объеме помощи населению, пострадавшему от войны, нередко затруднялось в результате урезывания запрашиваемых сумм. Например, Москве по смете в октябре 1915 г. полагалось 406 580 рублей на содержание беженцев. Но от казны город получил только 100 тыс. рублей [22, с. 183].

Ярославский врач Н. Пинегин подчеркивал в выступлении на Пироговском съезде в 1916 г., что «Помощь беженцам со стороны административных учреждений сводится к совершенно формальному отношению и даже органы общественных самоуправлений... недалеко ушли в деле оказания действенной помощи» [23, с. 35—36].

Со спадом беженского движения началась реорганизация возникших в годы войны структур: Объединенный отдел по оказанию помощи беженцам Земского и Городского союзов самоликвидировался в декабре 1916 г. Особое совещание по беженцам при МВД формально продолжало свою деятельность и после Октябрьской революции. 23 апреля 1918 г. декретом СНК оно было упразднено, а его дела были переданы Центральной коллегии по делам пленных и беженцев (Центропленбеж), созданной в составе Комиссариата по военным делам [4, с. 166].

Война обострила социальные противоречия в стране, четче обозначила проблему реформирования городского самоуправления в России. Съезд ВСГ в марте 1916 г. поставил вопрос о демократизации местного самоуправления и порядков в стра-

не. Городской и Земский союзы все активнее втягивались в политическую жизнь. Осенью 1916 г. правительство запретило проведение различных собраний, съездов, а 9 декабря были распущены ВЗС и ВСГ. После Февральской революции деятельность Городского (как и Земского) союза возобновилась, но к руководству пришли более радикальные элементы. Во главе ВСГ встал левый кадет Н. М. Кишкин. Однако враждебное отношение руководства ВСГ к Октябрьскому перевороту, свертывание военных действий привели к ликвидации ВСГ в июле 1918 г.

Таким образом, в условиях Первой мировой войны врачебно-санитарные организации городских управлений включились в решение неотложных задач военного времени. В этой работе они опирались преимущественно на общественные организации, одной из наиболее действенных был Всероссийский союз городов (ВСГ), деятельность которого была направлена на формирование госпитальной базы в тылу, на координирование и финансирование медико-санитарных мероприятий в городах, принимавших раненых, больных, беженцев и военнопленных. Важно подчеркнуть, что в экстремальных условиях войны земства и города сумели преодолеть противоречия и впервые объединили свои усилия в решении рожденных военным временем проблем.

В годы войны городские самоуправления использовали накопленный опыт в области организации медицинской помощи населению. В то же время война показала беспомощность многих городов и неспособность справиться собственными силами с этой сложной задачей при существующих условиях их правового и финансового положения, обозначила необходимость реформирования городского самоуправления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В пореформенной России, в связи с интенсивным ростом городов, проблема медико-санитарного обеспечения городского населения приобрела особую остроту. Толчком к развитию городской медицины, под которой понимали лечебную помощь и санитарные мероприятия, организуемые на средства городских самоуправлений, послужило «Городовое положение» 1870 г., предоставившее им право осуществления врачебно-санитарных мероприятий.

Согласно российскому законодательству, земские и городские органы самоуправления функционировали по одним и тем же принципам, что дало основание Д. Н. Жбанкову назвать городскую медицину «младшей сестрой земской медицины». Однако, несмотря на ряд общих черт (участковый принцип медицинского обслуживания, внедрение профилактических принципов в санитарную работу, стремление к доступности врачебно-санитарной помощи), в развитии земской и городской медицины имелись существенные различия.

Становление медицины городских самоуправлений на огромной территории России протекало крайне неравномерно: формирование городских врачебно-санитарных организаций в различных городах происходило не одновременно (как в земской медицине), а с большим временным разрывом, с существенными отличиями в уровне постановки врачебно-санитарного дела. Если в столицах медико-санитарные мероприятия осуществлялись городскими самоуправлениями уже с 70-х годов, а в ряде крупных городов — с конца 80-х годов XIX в., то в подавляющем большинстве городских поселений России врачебно-санитарные организации сформировались лишь к началу XX в.

Причинами медленного развития городского врачебно-санитарного дела являлись недостатки законодательства, характер представительства в городских самоуправлениях, скудный бюджет большинства городов, ограниченное участие общественности в решении санитарных проблем. В то время как земская медицина получила в наследство медицинские учреждения и капиталы приказов общественного призрения, города, за исключением столиц, должны были создавать свои лечебные учреждения с нуля.

Строительство городских больниц могли позволить себе лишь крупные промышленные города. С конца 90-х годов XIX в. создание городских лечебных учреждений велось преимущественно на деньги благотворителей, однако дальнейшее содержание больниц и амбулаторий в большинстве случаев финансировалось городскими самоуправлениями. Особенно широкий размах благотворительность этого рода получила в Москве. Возможность увековечить свое имя в названии больницы являлась более привлекательной для представителей торгово-промышленной буржуазии, составлявшей большинство в думах, нежели введение специальных городских налогов на здравоохранение, которые все равно легли бы на их плечи как основных налогоплательщиков. Кроме того, сказывалась личная незаинтересованность представителей городских дум в слишком интенсивном развитии санитарного надзора, особенно торгового, коммунального и промышленного, а также в самостоятельности санитарных организаций. В результате, согласно сведениям о состоянии врачебно-санитарного дела, полученным Правлением Пироговского общества из 258 европейских городов России, медицинская помощь населению к началу XX в. была организована лишь в 26,3%, а санитарная работа велась в 10% городов.

Только 32 города в эти годы располагали городскими больницами. Поэтому городские жители земских губерний пользовались земскими лечебными учреждениями, находившимися в городах. В этих случаях города оплачивали лечение городских жителей, а иногда выделяли незначительные субсидии на содержание земских больничных зданий или медицинского персонала. В некоторых крупных городах был введен больничный сбор с рабочих, ремесленников, мелких торговцев и лиц, нанимающихся в услужение, который давал право на бесплатное лечение в городских больницах.

Развитие лечебного дела в городах началось с организации внебольничной помощи в виде так называемого института думских врачей, которые обслуживали малоимущее население по участковому принципу и вели прием у себя на дому. Следующим шагом стало создание специальных амбулаторий как при городских больницах, так и в виде самостоятельных учреждений. Стационарная помощь, организуемая городскими самоуправлениями, достигла наибольшего развития в столицах, Варшаве, Харькове, Одессе, где городские больницы соответствовали уровню современных научных требований. Многие из них являлись клиническими базами медицинских факультетов. Кроме общих городских больниц, создавались специализированные больницы — инфекционные, психиатрические, родовспомогательные, количество которых, однако, по оценкам современников, не соответствовало реальной потребности. Заметное развитие получило городское родовспоможение,

организационные формы которого развивались от сети небольших родильных приютов в сторону строительства крупных родильных домов, позволявших оказывать более квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь, особенно в сложных случаях.

Заслугой городских самоуправлений явилось участие в развитии новых для России видов лечебной помощи (скорой помощи, ночных дежурств). Деятельность городских самоуправлений в сфере лекарственного обеспечения населения выражалась в обеспечении медикаментами лечебных учреждений, в открытии вольных аптек, число которых, однако, в связи с высокой конкуренцией со стороны частных лиц было очень невелико. Однако даже немногочисленные аптеки городских самоуправлений были социально ориентированы и пытались решать проблему доступности лекарственной помощи для горожан.

Формирование большинства городских санитарных организаций началось в 90-е годы XIX в. Характерно, что санитарные комиссии в городах (в отличие от земств) часто возникали независимо от комиссий больничных, а связь между этими двумя отраслями городского врачебно-санитарного дела нередко была весьма слабой. Отсутствие взаимодействия снижало эффективность борьбы с эпидемиями.

В начале XX в. не более 26 городов России имели постоянную санитарную организацию, в состав которой, кроме санитарной комиссии (состоявшей чаще всего из представителей администрации) и санитарных попечителей, назначаемых думой, входили и санитарные врачи. Большинство городов не имело санитарных врачей. Некомпетентность городских санитарных комиссий и зависимое положение в них врачей накладывали отпечаток на характер санитарной деятельности. Однако справедливо заметить, что только городские самоуправления осуществляли мероприятия, направленные на благоустройство российских городов.

Развитие городских торгово-промышленных центров, череда крупных эпидемий в начале XX в. привели к росту внимания медицинской общественности и правительства к проблемам санитарного состояния городов и их благоустройства. К началу Первой мировой войны уже 86 российских городов имели постоянную санитарную организацию.

С конца XIX в. развитие санитарного дела в крупных торгово-промышленных городах пошло по пути специализации и достигло наиболее заметных успехов. Получили развитие такие направления санитарной деятельности, как торгово-санитарный, пищевой, школьно-санитарный, санитарно-ветеринарный, жилищно-коммунальный надзор. Санитарные врачи курировали вопросы водоснабжения, канализации, принимали участие в решении проблем очистки сточных вод. В Петер-

бурге, Москве и Одессе, где на городских санитарных станциях и в лабораториях работали известные ученые-гигиенисты, вопросы санитарного контроля решались на высоком научном уровне. Однако слабыми звеньями оставались городская санитарная статистика, а также фабрично-заводская санитария, не отвечавшая интересам предпринимателей, широко представленных в городских думах.

Начало интенсивного развития городской медицины относится к первому десятилетию XX в. Большая заслуга в разработке организационных основ и методов городской врачебно-санитарной деятельности принадлежала Пироговскому обществу, разработавшему основополагающий документ — «Основные начала желательного устройства врачебно-санитарного строя в городах» (1904), послуживший руководством к действию для многих городских управлений. Ценным практическим пособием стали также изданные Пироговским обществом сборники по городскому врачебно-санитарному делу в России, подготовленные А. А. Чертовым (1903) и Д. Н. Жбанковым (1915).

В связи с началом Первой мировой войны, в августе 1914 г. был создан Всероссийский союз городов для организации помощи больным и раненым воинам, объединивший 474 города и 13 областных организаций. На средства городов в годы войны была создана широкая сеть лазаретов для эвакуированных раненых, организованы санитарные поезда и ряд прифронтовых госпиталей. Учреждения Союза городов оказывали также медицинскую и продовольственную помощь беженцам, принимали меры по предупреждению распространения эпидемий. В экстремальных условиях войны земства и города впервые объединили свои усилия для решения неотложных задач военного времени.

Таким образом, городская медицина, интенсивное развитие которой началось на рубеже XIX—XX в., внесла существенный вклад (особенно в крупных городах) в развитие здравоохранения страны. Основной заслугой городского лечебного дела было обеспечение доступной медицинской, в том числе лекарственной, помощью малоимущих слоев городского населения, а городской санитарии — обеспечение санитарного контроля над различными сферами городского хозяйства и эпидемической ситуацией. Следует признать, что опыт передовых городских врачебно-санитарных организаций, наряду с опытом земской медицины, послужил базой для развития здравоохранения в последующие десятилетия. Кроме того, этот опыт свидетельствует о выраженной социальной направленности муниципальной медицины.

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

Глава 1. Истоки медицины городских самоуправлений в России (XVIII — первая половина XIX в.)

1. *Адрианов С. А.* Министерство внутренних дел. Ист. очерк. 1802—1902.— СПб., 1902.— С. 78.
2. *Альбом городских голов Российской империи.*— Пг., 1903.— С. 3.
3. *Дитятин И. И.* Устройство и управление городов России.— СПб., 1875.— Т. 1.— С. 368.
4. *Загорский С.* Рост современных городов // Энциклопедический словарь Т-ва «Брокгауз. А. и И. Гранат и Ко.».— Т. 16.— С. 8.
5. *Извлечение из доклада о преобразовании губернских врачебных учреждений* // Тр. Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Т. II.— СПб., 1913.— С. 1—195.
6. *Изложение главнейших недостатков гражданской врачебной администрации* // Архив судебной медицины и общественной гигиены.— 1865.— № 3 — .2. С. 35.
7. *Материалы*, относящиеся до нового общественного устройства в городах Империи.— СПб., 1877.— Т. 1.— С. 212, 288.
8. *Мушинский К.* Устройство общественного призрения в России.— СПб., 1862.— С. 20.
9. *ПСЗ.— Собр.* 1.— Т. 6.— № 3708.— С. 301.
10. *ПСЗ.— Собр.* 1.— Т. 10.— № 7245.— С. 136—137.
11. *ПСЗ.— Собр.* 1.— Т. 15.— № 11086.— С. 494.
12. *ПСЗ-1.— Т.* 20.— № 14392.— С. 232.
13. *ПСЗ-1.— Т.* 22.— № 16188.— С. 358.
14. *Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел от учреждения по 1 октября 1853 г.*— Т. 7.— СПб., 1861.— С. 28—29, 34—35, 53, 84—108.
15. *Свод законов Российской империи.*— Т. XIII.— № 8892.— 20 февраля 1836.— СПб., 1892.— С. 11.
16. *Смоленский Н.* История больниц в России // Вестник судебной медицины и общественной гигиены.— 1888.— Т. 2.— С. 216—220.
17. *Соловьев С. М.* Собр. соч.— Т. XXII.— СПб., 1901.— С. 38—39, 237—239; *Соловьев С. М.* Ук. соч.— Т. XXIII — С. 203.
18. *Чистович Я. А.* Первые городские врачи в России // Медицинский вестник.— 1872.— № 31.— С. 247—248.
19. *Шрейдер Г. И.* Городское самоуправление на Западе и в России // Энциклопедический словарь. Гранат.— Т. 16. СПб.— С. 9—42.
20. *Щепкин И. П.* Общественное хозяйство г. Москвы в 1863—1887 гг. Ч. 1.— Вып. 1.— М., 1888.— С. 134.
21. *ЦИАМ.— Ф.* 56.— Д. 365, 683, 808, 809, 870.

Глава 2. Становление и особенности развития городской медицины в пореформенной России

1. *Альбом городских голов Российской империи.*— СПб., 1903.
2. *Васильевский Н. П.* Городская медицина на Всероссийской гигиенической выставке 1913 г. // *Общественный врач.*— 1913.— № 6.— С. 1106—1107; № 9.— С. 1084—1125; № 10.— С. 1209—1252.
3. *Веселовский Б.* История земства за сорок лет.— Т. 1.— СПб., 1909.— С. 33—39.
4. *Второй съезд Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова* // *Медицинское обозрение.*— Т. XXVII.— 1887.— № 2—3.— С. 378.
5. *Городовое положение с объяснениями.*— СПб., 1873.
6. *Грановский Л.* Обзор Московской городской врачебно-санитарной организации // *Общественный врач.*— 1912.— № 3—4.— С. 355—387.
7. *Грацианов П. А.* Очерк врачебно-санитарной организации в русских городах.— Минск, 1899.
8. *Десятый съезд русских врачей в память Н. И. Пирогова.* Отчет. Москва 25 апреля — 2 мая 1907 г.— СПб., 1907.
9. *Дитягин И. И.* Устройство и управление городов России.— СПб., 1875.— Т. 1.— С. 368.
10. *Дурново А. С.* Санитарные попечительства // *Общественный врач.*— 1912.— № 7.— С. 260—273.
11. *Егорышева И. В.* Становление земской и городской медицины: сходство и различия // *Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины.*— 2007.— № 1.— С. 56—59.
12. *Загорский С.* Рост современных городов // *Энциклопедический словарь Г-ва «Бр. А. и И. Гранат и Ко».*— Т. 16.— С. 8.
13. *Записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России. К проекту положений по обеспечению населения врачебной помощью* // Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. Подкомиссия «Врачебная помощь и призрение».— Т. 2.— СПб., 1914.— С. 25.
14. *Жбанков Д. Н.* Земско-медицинский сборник.— Т. 1—7.— М., 1890—1893.
15. *Жбанков Д. Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России.— М., 1915.
16. *Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела // *Общественный врач.*— 1915.— № 7.— С. 449—485.
17. *Журналы* учрежденной при Медицинском совете комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшению смертности в России.— СПб., 1886.
18. *Историческая справка о комиссиях и совещаниях по вопросу о переустройстве врачебно-санитарной части в Империи* // *Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.*— Т. 1.— СПб., 1913.— С. 3—8.
19. *История Москвы.*— Т. 4.— М., 1954.— С. 505—506.
20. *Календарь для врачей всех ведомств. 1904 г.* / Под ред. П. Н. Булатова.— Ч. III.— СПб., 1904.

21. *Киценко О. С.* Городские и земские медицинские организации в России конца XIX века: проблемы и взаимодействия // Бюллетень ННИИ общественного здоровья РАМН. Тематический выпуск: Муниципальное здравоохранение: история и современность. Материалы международного симпозиума.— М., 2006.— С. 40—42.
22. *Лоцилов П.* Общий взгляд на земскую и городскую медицину // Врачебная газета.— 1903.— № 26.— С. 630—631.
23. *Матвеева В. Г.* К вопросу о школьном санитарном надзоре за начальными училищами в больших городах.— Восьмой Пироговский съезд.— Вып. II.— М., 1901.— С. 78—91.
24. *Москва.* Краткий очерк развития и современного состояния городской врачебно-санитарной организации.— М., 1911.— С. 10.
25. *Нардова В. А.* Городское самоуправление в России в 60-х — начале 90-х годов XIX в.— Л., 1984.— С. 51.
26. *Нечаев Н. О* разграничении обязанностей по охранению народного здоровья между губернскими и уездными земствами и городами // Врачебная газета.— 1903.— № 34.— С. 81.
27. *Оппенгейм А. Н.* Краткий очерк современного состояния городского санитарного дела в Санкт-Петербурге.— СПб., 1903.
28. *От редакции* отдела «городская медицина» // Общественный врач.— 1911.— № 1.— С. 73.
29. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1912 г. / Управление Главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел.— Пг., 1914.
30. *Пироговский съезд* по борьбы с холерой.— Вып. II.— М., 1905.— С. 209—211.
31. *Пирумова Н. М.* Земское либеральное движение. Социальные корни и эволюция до начала XX века.— М.: Наука, 1977.— С. 85—86.
32. *Приклонский С. А.* Очерки самоуправления земского, городского и сельского.— СПб., 1886.
33. *Приложения* к журналам учрежденной при медицинском совете Комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшения смертности в России.— Вып. 1—3.— СПб., 1887—1889.
34. *Приложение* к записке Министра внутренних дел по вопросу об учреждении Главного врачебно-санитарного управления // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Т. II.— СПб., 1913.— С. 224—321.
35. *Рубель М. Н.* Очерк врачебно-санитарной организации в Петербурге // Труды IX Пироговского съезда.— Т. VI.— СПб., 1904.— С. 198—212.
36. *С VII съезда* русских врачей в Казани // Врач.— 1899.— № 29.— С. 673—674.
37. *Собрание* узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем Сенате.— СПб., 1912.— № 97.— Ст. 842.
38. *Страшун И. Д.* Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907—1917.— М.: Медицина, 1964.— С. 67.
39. *Сысин А. Н.* Городская врачебно-санитарная печать // Общественный врач.— 1913.— № 4.— С. 411.
40. *Труды IV съезда* русских врачей в память Н. И. Пирогова в Москве.— М., 1892.— С. 278.
41. *Труды V съезда* Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1894.— Т. 2.— С. 657—666.

42. *Труды IX Пироговского съезда.*— СПб., 1905—1906.— Т. III.— С. 76—83; Т. IV.— С. 414; Т. VI.— С. 317—325.
43. *Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.*— Т. 2.— СПб., 1910.— С. 183.
44. *Фрейберг Н. Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России.— СПб., 1913.— С. 119—136.
45. *Фрейберг Н. Г.* Справка по вопросу о переустройстве управления врачебно-санитарной частью в России.— СПб., 1910.
46. *Френкель З. Г.* О сохранении Всероссийского Союза городов для обслуживания постоянных нужд врачебно-санитарного дела в городах // *Общественный врач.*— 1917.— № 1—3.— С. 75—88.
47. *Хлопин Г. В.* Гигиена городов.— Юрьев, 1903.— С. 59.
48. *Чертов А. А.* К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах // *Восьмой Пироговский съезд.*— Вып. II.— М., 1901.— С. 52—58.
49. *Чертов А. А.* О городской врачебно-санитарной организации // *Общественный врач.*— 1922.— № 2.— С. 98—109.
50. *Шрейдер Г. И.* Город и Городовое положение 1870 г.— В кн.: *История России в XIX веке. Эпоха реформ.*— М., 2001.— С. 325—351.
51. *Шрейдер Г. И.* Городское самоуправление на Западе и в России // *Энциклопедический словарь Гранат.*— Т. 16.— СПб., 1910.— С. 9—42, 66.
52. *Щенетев В. И.* История государственного управления в России.— М., 2003.— С. 270.

Глава 3. Городская лечебная помощь

1. *1-я городская больница.* Медицинский отчет за 1890 г. / Московское городское управление.— М., 1891.— С.14.
2. *1-я городская больница.* Медицинский отчет за 1904 г. / Московское городское управление.— М., 1905.— С.1—3.
3. *Базанов В. А., Селиванов В. И., Селиванов Е. Ф.* Медицинские памятные места Ленинграда.— Л., 1971.
4. *Больница им. Кн. А. А. Щербатова.* Медицинский и хозяйственный отчеты за 1902 г. / Московское городское управление.— М., 1903—1906.
5. *Васильевский Н. П.* Городская медицина на Всероссийской гигиенической выставке // *Общественный врач.*— 1913 — №9.— С. 1085—1125.
6. *Власов А.* Обитель милосердия.— М., 1991.
7. *Врачебные и санитарные учреждения г. Санкт-Петербурга.*— СПб., 1910.
8. *Горфин Д. В.* Городская медицина // *БМЭ.*— Изд.1-е.— Т. 10.— С. 638—645.
9. *Дьяконов П. И.* Лечебные учреждения Москвы (хирургические и гинекологические).— М., 1907.
10. *Егорышева И. В., Шерсттнева Е. В.* Московская городская врачебно-санитарная организация в начале XX века // *Проблемы соц. гиг., здравоохранения и истории медицины.*— 2006.— № 5.— С. 50—52.
11. *Егорышева И. В.* Из истории становления Щербатовской больницы // *Бюллетень НИИ им. Семашко.*— 2004.— № 1.— С. 171—175.

12. *Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела // *Общественный врач.*— 1915.— № 7—8.— С. 449—485.
13. *Жбанков Д. Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России.— СПб., 1915.
14. *Зильберберг И. Г.* Об организации института думских врачей в Петербурге // *Труды IX Пироговского съезда.*— СПб., 1904.— Т. VI.— С. 219.
15. *К статистике* аптечного дела в России // *Фармацевтический журнал.*— 1919.— №32.— С. 348—349.
16. *Коноплева Е. Л., Отвагин И. В., Остапенко В. М.* Становление и развитие здравоохранения в Смоленской губернии (вторая половина XVIII века — 1917 год).— Смоленск, 2015.— С. 74.
17. *Короткова Т. М.* Полуторавецкий путь.— Л., 1957.
18. *Липский А. А.* 20 лет деятельности думских врачей в С.-Петербурге // *Практический врач.*— 1902.— № 49.— С. 1075; №50.— С. 1101—1102.
19. *Морозовская* больница — 100 лет. Сотни тысяч спасенных детских жизней во имя Отечества. История и современность.— М., 2003.
20. *Москва.* Краткий очерк развития и современного состояния городской врачебно-санитарной организации.— М., 1913
21. *Московская* городская Екатерининская больница — родоначальница городской и общественной медицины 1776—1926: Юбилейный сборник.— М., 1926.
22. *Муниципализация* аптечного дела // *Вестник Временного Правительства.*— 1917.— № 175 (221) — (12 /25/ октября).— С. 4.
23. *Никольский Д. П.* О первой помощи в несчастных случаях // *Русский врач.*— 1905.— №10—11.— С. 353—356; №12.— С. 393—396.
24. *Об организации* больничного дела // *Известия С.-Петербургской Городской Думы.*— СПб., 1907.— № 9.— С. 1637.
25. *Обзор* деятельности городских самостоятельных амбулаторий с 1887—1911.— СПб., 1913.
26. *Овер А. И.* Материалы для истории московских больниц гражданского ведомства.— М., 1859.
27. *Основные* начала желательного врачебно-санитарного строя в городах // *Труды IX Пироговского съезда.*— Т. 3.— СПб., 1904.— С. 76—82.
28. *Отчет* 1 Городской больницы имени Н. И. Пирогова за 1912 год.— М., 1912.
29. *Отчет* по заведениям общественного призрения общественного призрения, находящимся в ведении и Московского городского общественного управления за 1900—1901 гг.— М., 1901 г.
30. *Очерк* деятельности Всероссийского Союза Городов в 1914—1915 гг.— М., 1915.
31. *Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.* и др. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI—начало XX в.) / Под ред. акад. Р. У. Хабриева.— М., 2014.
32. *Полное* собрание законов Российской империи.— Изд. 2.— Т. 48.— Отд. 2.— № 52 611.
33. *Рохлин Л. К.* К вопросу об организации и деятельности врачебных ночных дежурств в городах // *Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.*— СПб., 1910.— С. 206—210.
34. *Сведения* о вольных аптеках в России // *Российский медицинский список* на 1901 год.— СПб., 1901.

35. *Сведения о вольных аптеках в России // Российский медицинский список на 1909 год.*— СПб., 1909.
36. *Сведения о вольных аптеках в России // Российский медицинский список на 1913 год.*— СПб., 1913.
37. *Сведения о вольных аптеках в России // Российский медицинский список на 1916 год.*— СПб., 1916.
38. *Свод законов Российской империи / Под ред. И. Д. Мордухай-Болтовского.*— Книга 5.— Т. 13.— СПб., 1913.
39. *Соколов Н. И.* Первое десятилетие Городской барачной больницы в память С. П. Боткина.— СПб., 1892.
40. *Труды IV съезда русских земских состоявшихся в С-Петербурге с 5 по 12 января 1911.*— СПб., 1911.— С. 347.
41. *Ураносов Г. А.* Первая градская больница в Москве.— М., 1902.
42. *Хроника и мелкие известия // Русский врач.*— 1908.— №49.— С. 1666.
43. *Чертов А. А.* Городская медицина в Европейской России.— М., 1903.
44. *Чертов А. А.* К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах // Восьмой Пироговский съезд.— Вып. 1.— М., 1901.— С. 52—55.
45. *Яровинский М. Я.* Здравоохранение Москвы.— М., 1988.

Глава 4. Санитарная деятельность городских самоуправлений

1. *Бекарюков Д. Д.* К вопросу о врачебно-санитарной организации в городских школах // *Общественный врач.*— 1912.— № 7.— С. 868—877.
2. *Бекарюков Д. Д.* Об организации врачебного надзора за школами в больших городах // *Материалы VIII Пироговского съезда.*— СПб., 1903.— С. 79—83.
3. *Бекарюков Д. Д.* Школьно-санитарный надзор // *Справочник по общественно-санитарным и врачебно-бытовым вопросам.*— М., 1910.— С. 150—165.
4. *Белицкая Е. Я.* Очерк развития санитарной статистики в Петербурге-Петрограде в дореволюционный период // *Очерки истории отечественной санитарной статистики / Под ред. А. М. Меркова.*— М. 1966.— С. 177—225.
5. *Богомолец М. А.* О санитарных попечительствах Одессы // *Труды VIII Пироговского съезда.*— СПб., 1903.— С. 411—413.
6. *Васильевский Н. П.* Городская медицина на Всероссийской гигиенической выставке 1913 года // *Общественный врач.*— 1913.— № 9.
7. *Васильевский Н. П.* Задачи деятельности санитарных врачей в городах // *Общественный врач.*— 1912.— № 7.— С. 246—260.
8. *Васильевский Н. П.* Прения до доклада Кашкадамова В. П. // *Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.*— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 48—49.
9. *Вегер Г. И.* Основы деятельности городского санитарного врача, заведующего санитарным бюро (К истории городской санитарной организации) // *Практический врач.*— 1905.— № 36—37.— С. 10—13.
10. *Водоснабжение и способы удаления нечистот в городах России.* СПб. Изд-е Управления Главного врачебного инспектора МВД. СПб., 1912.

11. *Врачебная хроника* // Медицинская беседа.— 1902.— С. 475.
12. *Врачебно-санитарная* организация С.-Петербурга в борьбе с холерой. Доклад совещания санитарных врачей // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 162—169.
13. *Второй* годовой отчет Московской городской санитарной станции. Май 1892—май 1893 / Под ред. Ф. Ф. Эрисмана.— М., 1894.
14. *Гран М. М.* К вопросу о принудительном оздоровлении городов // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 182—185.
15. *Грановский Л.* К 30-летию санитарной организации Москвы // Врачебно-санитарная хроника Москвы.— 1914.— № 9.— С. 573—584.
16. *Грановский Л.* Обзор московской городской врачебно-санитарной организации // Общественный врач.— 1912.— № 3.— С. 1—30.
17. *Грацианов П. А.* Санитарная организация в городах // Материалы IX Пироговского съезда.— СПб., 1904.— Вып. 3.— С. 179—180.
18. *Григина О. В.* Комплексные санитарно-статистические исследования второй половины XIX в. // Очерки истории отечественной санитарной статистики / Под ред. А. М. Меркова.— М., 1966.— С. 63—121.
19. *Двенадцатый* годовой отчет Московской городской санитарной станции за 1903 год (сост. С. Ф. Бубнов).— М., 1906.
20. *Диатроптов Н. П.* О необходимости постоянного санитарного надзора в водопроводном деле. Сообщено 10 августа на IV Водопроводном съезде в Одессе.— СПб., 1899.
21. *Дувакин Д. Д.* Ночлежные дома // Отчет Московской городской управы по принятию мер против появления и развития холерной эпидемии в Москве и о деятельности Санитарной комиссии в 1884 и 1885 годах.— СПб., 1886.— С. 69—71.
22. *Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги городского врачебно-санитарного устройства // Общественный врач.— 1915.— № 7—8.— С. 449—485.
23. *Жбанков Д. Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России.— М., 1915.
24. *Журналы* заседания Постоянного Бюро Санкт-Петербургской, Киевской, Варшавской групп постоянных членов Русских Водопроводных Съездов.— М., 1911.
25. *Из городских* врачебно-санитарных хроник // Общественный врач.— 1915.— № 9—10.— С. 578.
26. *Календарь* для врачей всех ведомств.— СПб., 1904.
27. *Кашкадамов В. П.* О применении санитарных норм в строительной практике русских городов // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 45—47.
28. *Лашенков П.* Основы врачебно-санитарной организации городов // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины.— 1903.— № 2.— С. 161—200.
29. *Левенсон Д.* Медико-топографический очерк Одессы // Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике, издаваемый Медицинским департаментом.— СПб., 1875.— Т. 1.— Отдел 2.— С. 52—54.

30. *Матвеев Н. Н.* Ночлежные дома, артельные квартиры и постоянные дворы г. Саратова.— Саратов, 1896.
31. *Москва.* Краткий очерк врачебно-санитарной организации.— М., 1911.
32. *Московская* городская управа. Доклады.— М., 1905.— Т. 1.
33. *Московская* городская управа. Доклады.— М., 1909.— Т. 1.
34. *Московская* городская управа. Доклады.— М., 1909.— Т. 2.
35. *Невядомский М. А.* XII Пироговский съезд // Общественный врач.— 1913.— № 6.— С. 636—672.
36. *Общественный* врач.— 1913.— № 10.— Объявления.
37. *Обязательные* для жителей Москвы постановления Московской Городской Думы.— М., 1910.
38. *Оппенгейм Н. А.* К вопросу об оздоровлении Санкт-Петербурга. Угловые квартиры в связи с устройством и улучшением жилищ для нуждающегося и рабочего населения. Доклад в городской думе.— СПб., 1905.
39. *Оппенгейм А. Н.* Краткий очерк современного состояния городского санитарного дела в Санкт-Петербурге.— СПб., 1903.
40. *Орлов И. И.* К вопросу об организации летних школьных колоний. Положение доклада // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 50—52.
41. *Орлов И. И.* Московские городские летние школьные колонии. Положение доклада // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 52—56.
42. *Орлов Н. И.* О санитарном контроле и исследовании пищевых продуктов в дооктябрьский период в Москве (1891—1917) // Вопросы питания.— 1957.— № 6.— С. 70—73.
43. *Основные* начала желательного врачебно-санитарного строя в городах // Труды IX Пироговского съезда.— СПб., 1904.— Вып. 3.— С. 76—83.
44. *Островский В.* Санитарный надзор в Париже // Известия Московской городской думы. Отд. оттиск. Б.г.
45. *Отчет* Медицинского департамента Министерства внутренних дел. Санитарное состояние городов Российской империи за 1895 год.— СПб., 1899.
46. *Отчет* Московской городской управы по принятию мер против появления и развития холерной эпидемии в Москве и о деятельности Санитарной комиссии в 1884 и 1885 годах.— СПб., 1886.
47. *Отчет* о деятельности Врачебного совета Московского городского управления Москвы.— М., 1899—1916.
48. *Отчет* о деятельности харьковской управы за январь-апрель 1911 года.— Харьков., 1912.
49. *Отчет* о санитарном состоянии г. Вильны и о деятельности виленской городской исполнительной санитарной комиссии за 1904 год.— Вильна, 1905.
50. *Отчет* Санкт-Петербургской городской лаборатории за 1900 и первую половину 1901 г.— СПб., 1901.
51. *Отчет* Санкт-Петербургского городского общественного управления за 1908 г. (В Приложении: Отчет санитарной комиссии по борьбе с холерою в столице в 1908 году.) — СПб., 1910.
52. *Проект* плана организации школьно-санитарного надзора в городах // Труды IX Пироговского съезда.— СПб., 1904.— Т. 4.— С. 78—84.

53. *Реферат* д-ра Горшкевича, зачитанный М. С. Уваровым на Втором съезде Общества врачей в память Н. И. Пирогова // Медицинское обозрение.— 1887.— Т. 27.— № 2—3.— С. 378.
54. *Родионов Н. И.* Санитарная организация на группах Кавказских минеральных вод // Общественный врач.— 1912.— № 7.— С. 318—327.
55. *Ростовцев Г. И.* Об организации санитарного дела в городах. Доклад VIII Пироговскому съезду // Медицинская беседа.— 1902.— № 4.— С. 116—122.
56. *Савельев Н. К.* вопросу о принудительном оздоровлении городов // Городское дело.— 1909.— № 15.— С. 731—739.
57. *Санитарное* положение Одессы и деятельность Одесской лечебно-санитарной организации в 1902 г. (сост. Н. П. Васильевский).— Одесса, 1903.
58. *Санитарное* состояние городских школ г. Москвы в 1902—1903 гг. Хроника // Вестник общественной гигиены.— 1903.— № 6.— С. 828—829.
59. *Санитарное* состояние Симбирских школ в 1900 и 1901 гг. Хроника // Вестник общественной гигиены.— 1903.— № 6.— С. 827—828.
60. *Ставровский В.* Роль участковых санитарных попечительств и санитарных врачей в качестве санитарных попечителей // Труды IX Пироговского съезда.— СПб., 1905.— С. 185—192.
61. *Степанов В. В.* Задачи медико-санитарной статистики в городах // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 138—143.
62. *Труды V* съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1894.— Т. 2.— С. 657—661.
63. *Труды IV* Пироговского съезда в Москве.— М., 1892.— С. 278.
64. *Уваров М. С.* Санкт-Петербургская санитарная организация.— СПб., 1898.
65. *Успенский В. П.* Об организации и задачах деятельности городских санитарных бюро // Общественный врач.— 1912.— № 7.— С. 226—234.
66. *Успенский В. П.* Об основных задачах санитарных бюро в области санитарной статистики // Общественный врач.— 1912.— № 7.— С. 235—246.
67. *Успенский В. П.* О мерах борьбы с эпидемиями в городах // Общественный врач.— 1912.— № 7.— С. 182—183.
68. *Успенский В. П.* Холера в Москве в 1908—1909 годах // Труды XI съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 169—176.
69. *Фрейберг Н. Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России.— СПб., 1913.
70. *Хлопин Г. В.* Гигиена городов.— Юрьев, 1903.
71. *Хлопин Г. В.* Материалы по оздоровлению России. Санитарное описание городов Астрахани, Самары, Саратова и Царицына с указанием мер, необходимых для их оздоровления.— СПб., 1911.
72. *Холера* и борьба с нею в Санкт-Петербурге в 1909 году. Предварительный отчет Председателя Городской санитарной комиссии В. О. Губерга.— СПб., 1910.
73. *Чертов А. А.* Городская медицина в европейской России.— СПб., 1903.

74. *Чертов А. А.* К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах // *Материалы VIII Пироговского съезда.*— СПб., 1903.— С. 52—55.
75. *Чертов А. А.* К вопросу об организационных принципах городской медицины. Доклад XII Пироговскому съезду // *Общественный врач.*— 1913.— № 6.— С. 673—681.
76. *Четырнадцатый* годовой отчет Московской городской санитарной станции, устроенной при Гигиеническом институте Императорского Московского университета за 1905 год / Под ред. С. С. Орлова.— М., 1912.

Глава 5. Всероссийский союз городов в годы Первой мировой войны (1914—1917)

1. *Асташов А. Б.* Союзы земств и городов и помощь раненым в первую мировую войну // *Отечественная история.*— 1992.— № 6.— С. 171.
2. *Грановский Л. Б.* О беженцах в Москве // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени.— Пг., 1916.— С. 32.
3. *Григорович А. П.* Холера и сыпной тиф в г. Харькове в связи с беженским движением // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени.— Пг., 1916.— С. 35—36.
4. *Декреты Советской власти.*— Т. 2.— М., 1959.— № 93.— С. 166.
5. *Думова Н. Г.* Кадетская партия в период первой мировой войны и Февральской революции. М., 1988.
6. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1914.— № 2.
7. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1915.— № 10.
8. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1915.— № 11—12.
9. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1915.— № 13—14.
10. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1915.— № 15.
11. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1916.— № 31—32.
12. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1916.— № 35.
13. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1916.— № 36.
14. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1916.— № 37.
15. *Известия* Всероссийского союза городов помощи больным и раненым воинам.— 1917.— № 2.— С. 29.
16. *Известия* Московской городской думы.— 1916.— № 1.
17. *Коварский И.* К вопросу об организации в Москве особой медицинской помощи для беженцев // *Известия* Всероссийского союза городов.— 1916.— № 35.— С. 180—181.

18. *Курцев А. Н.* Беженцы первой мировой войны в России (1914—1917) // Вопросы истории.— 1999.— № 8.
19. *Лотова Е. И., Идельчик Х. И.* Борьба с инфекционными болезнями в СССР 1917—1967. Очерки истории.— М.: Медицина, 1967.
20. *Лотова Е. И.* Санитарно-эпидемическое состояние страны в годы первой мировой войны (1914—1917) // Советское здравоохранение.— 1964.— №7.— С. 76—80.
21. *Оболенский В. А.* О положении беженцев в Петрограде // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени.— Пг., 1916.— С. 36.
22. *Очерк деятельности Всероссийского Союза городов.* 1914—1915.— М., 1916.
23. *Пинегин Н.* Беженцы в Ярославле // Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени.— Пг., 1916.— С. 35—36.
24. *Пироговский съезд врачей и представителей врачебно-санитарных организаций земств и городов по врачебно-санитарным вопросам в связи с условиями настоящего времени.*— Пг., 1916.
25. *Руководящие положения по устройству беженцев.*— Пг., 1916.
26. *Семенова Е. Ю.* Благотворительные учреждения Самарской и Симбирской губерний в годы Первой мировой войны (1914—1918).— Самара, 2001.
27. *Справка* мобилизационного отдела канцелярии ГУ РОКК 17 августа 1914 г. // Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917 гг.: Сб. док.— Куйбышев, 1942.
28. *Швайцар С. М.* Организация в Москве врачебной помощи на дому // Известия Московской городской думы.— 1917.— № 5—6.— С. 31—48.

Монография

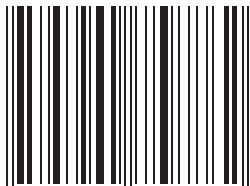
Ирина Валентиновна ЕГОРЫШЕВА
Елена Владимировна ШЕРСТНЕВА
Светлана Гринорьевна ГОНЧАРОВА

**МЕДИЦИНА ГОРОДСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ
САМОУПРАВЛЕНИЙ В РОССИИ**

Редактор *И. И. Жданюк*
Корректор *Т. А. Кузьмина*
Верстка *А. В. Чирков*

Подписано к печати 31.01.2017. Формат бумаги
60 × 90¹/₁₆. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Таймс.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 11. Уч.-изд. л. 12,5. Ти-
раж 500 экз.

ISBN 5-900-75886-9



9 785900 758862