
История медицины

УДК 61:614.2]:94 (47)

50 ЛЕТ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ

Н.Н.Пилипцевич

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

В деятельности земств медицинская помощь населению относилась к необязательным повинностям. За полвека функционирования земская медицина прошла путь от беспорядка, нищеты, беспомощности до конкретной логической организации, с определенными целью, задачами, возможностью их рациональной реализации. Земская медицина – крупный реформаторский почин, осуществленный в Российской империи. Сформированы новые организационные принципы медицинского обслуживания сельского населения: участковость, бесплатность, появилась ведущая фигура – врач с широким кругозором, профессиональными знаниями и умениями. В настоящее время интерес к опыту земской медицины по-прежнему значим.

Ключевые слова: Российская империя; история здравоохранения; земская медицина.

Введение. Со второй половины XIX века в Российской империи начали складываться новые социально-экономические отношения. Они стимулировали движение по пересмотру медицинской помощи населению. В медицинской печати развернулась острая дискуссия «об устройстве врачебной части для сельского населения». В то время его удельный вес среди населения империи составлял 85–90%. Важно было наметить черты системы будущей организации доступной медицинской помощи. Один из активных сторонников этого направления, член Санкт-Петербургского общества русских врачей П.Д.Любимов (1828–1881) в статье «К вопросу об устройстве врачебной части для народа» (1865) следующим образом объединил итоги дискуссии: «...назначение участковых врачей с одновременным устройством участковых больниц ...есть один из самых лучших проектов устройства сельской медицины» [1]. Прогрессивными, в частности, для того времени являлись рассуждения об ее структурном и кадровом устройстве. В каждом участке должны быть больница, аптека, врач, два фельдшера, повивальная бабка. Врач руководит подчиненным штатом сотрудников, заведует больницей, органи-

зует амбулаторный прием, посещение больных на дому; изучает участок, принимает меры против эпидемических болезней, занимается пропагандой гигиенических знаний. Идеи медицинской помощи сельскому населению получили свое последующее развитие и, в определенной степени, практическое воплощение в пореформенный период.

Социальный эксперимент. 155 лет отделяет текущий – 2019 – год от введения земской реформы в 1864 г. В январе 1918 г. декретом советского правительства ликвидированы земства, вместе с ними прекратила свое существование земская медицина. Период от начала земской реформы до смены в стране государственной власти (1917) равен 53 годам. Продолжительность управляемой государством части этого периода правомочно определить в 50 лет, так как в сложившейся обстановке с 1914 по 1917 гг. организованного ведения медицинского дела в стране не было: военные действия и огромные людские потери на фронтах мировой войны; внутри страны – гражданская война, дезорганизация управления, бесхозяйственность, нищета, разруха [2].

В 1865 г. в 19 центральных губерниях сформированы местные органы самоуправления – зем-

ства. По состоянию на 1875 г., земства введены в 34 губерниях европейской части России [3]. В большинстве публикаций это число земских губерний указывается как конечное. Хотя позже, в 1890-х гг., земства появились в восьми губерниях на территории современной Украины и трех – Беларуси. Медицинская помощь там осуществлялась менее совершенной системой государственной сельской медицины. Для сравнительного анализа данные по этим территориям задействуются мало.

Согласно введенному в действие Александром II 1 января 1864 г. «Положению о губернских и уездных земских управлениях», земская деятельность включала обязательные и необязательные повинности. В первую группу входило содержание тюрем, устройство дорог, выделение транспорта для разъездов государственных чиновников и полиции, распределение земских налогов и государственных податей. К необязательным повинностям относились страхование от пожаров, продовольственная и медицинская помощь населению, организация народного образования.

При крепостном праве заботы о нуждах крестьянства культурно-бытового характера формально возлагались на хозяев-помещиков. С его отменой их переложили на земства. Однако и после реформы дворяне-помещики по-прежнему распоряжались всеми земскими делами. Так было предусмотрено планом реформы. Свидетельство тому – кадровая комплектация земских управ. По закону в их состав, наряду с помещиками, входили состоятельные выборные представители – волостные старшины, зажиточные крестьяне. Председательствовали на земских собраниях предводители дворянства. Министр внутренних дел такое решение обосновал следующим образом: чтобы «...вознаградить дворян за потерю помещичьей власти, им следует предоставить первенство в хозяйственной администрации» [3].

Становление земской медицины. В истории земской медицины принято выделять два периода. *Первый* – с 1864 г. Начальным вариантом во всех земских губерниях была разъездная система оказания медицинской помощи. Основной предпосылкой для такой ее организации являлась экономия на медицинских расходах. Дворянское земство свысока смотрело на земскую медицину, стремилось строить ее подешевле и попроще. Большинство земств придерживались следующего расклада: доктор – барский лекарь, фельдшер – мужицкий. В 1868 г. 50 уездных земств вообще не выделяли средств на медицину. Помимо экономической составляющей, основными пробле-

мами были малое число врачей (работали в основном фельдшеры), огромные территории сельского расселения, трудности с транспортной доступностью, платная медицинская помощь. Наиболее частым вариантом решения задач медицинского обслуживания являлось приглашение одного, реже двух врачей на уезд, работавших преимущественно по совместительству. По основному месту работы, в большей части это были уездные или городские врачи. В их обязанности входил выезд в деревни уезда в случае особых происшествий, чаще – эпидемических вспышек [4, 5]. Так складывалась разъездная система медицинской помощи сельскому населению. Она создавала иллюзию полной обеспеченности населения медицинской помощью.

Выпускник медицинского факультета Казанского университета (1865), первый земский санитарный врач России, образно современниками именованный «дедушкой земской санитарии», И.И.Моллесон в статье «Земская медицина» (1871) так рассказывал о проблемах земского врача: «...чтобы посетить каждую деревню медику понадобилось бы к месяцу прибавить еще 40 суток, т.е. почти 1,5 месяца». Ему же, по результатам собственных наблюдений, принадлежат следующие заключения. Лечение больных «на лету» не может быть результативным, врачу недостает на это времени. Сама по себе такая деятельность бесполезна для больных, врач лишен возможности их вылечить. На бесполезного врача бесполезно тратить деньги [6]. Кстати, за свою трудовую жизнь И.И.Моллесон работал в Пермском, Саратовском, Тамбовском, Калужском, Воронежском земствах, приобрел большой профессиональный опыт, активно участвовал в обсуждении вопросов и решении проблем земской медицины.

Секретарь «Русского общества охранения народного здоровья», активный участник съездов земских врачей М.Я.Капустин (1847–1920) в работе «Основные вопросы земской медицины» (1889) дал аналогичную оценку разъездной системе: «...врач всегда в езде, больные не знают где его найти, ...мечется по уезду, всегда торопится, ...не имеет под руками нужных пособий и инструментов, редко видит результаты своих действий» [7].

В каждом уездном городе имелась уездная, в губернском городе – губернская и городские больницы. По большей части они перешли со времен Приказов общественного призрения со всеми былыми своими недостатками. Земским организациям были переданы 335 губернских, городских и 16 уездных лечебных учреждений суммар-

ной мощностью 11400 соматических и 1167 психиатрических коек [7, 8].

Источником доходов земских организаций являлись сборы с недвижимых имуществ (крестьянских наделных земель, казенных, удельных, частновладельческих земель, фабрик, заводов, городских имуществ), плата за лечение и медикаменты, пособия от казны на народное образование, агрономию и пр.

Характерен итог по первому периоду земской медицины: «фельдшеризм», разъездная система, платность, иллюзия обеспеченности помощью [3].

Губернские медицинские общества Москвы, Казани, Самары, Полтавы и некоторых других территорий, на основе приобретенного опыта, доказывали нецелесообразность разъездной системы.

Среди земских врачебных организаций видное место принадлежало Московскому земству во главе с одним из основоположников земской медицины Е.А.Осиповым. Московская земская управа утвердила его предложения об основах построения земской медицины (1875). В них были сформулированы принципы врачебной стационарной участковой помощи. На смену разъездной организации медицинского обслуживания предложена более рациональная – стационарная участковая система, заключающаяся в стационарном местопребывании врача. Получив место постоянной работы, он, из «неумолимого кочевника», становился прикрепленным к определенному медицинскому учреждению. В уездах предусматривалось создание врачебных участков. В пунктовом селении участка планировалось возведение участковой лечебницы в составе больницы с палатой для рожениц и амбулатории, аптеки, 1–2 фельдшерских пунктов в удаленных селах. Главным предназначением участковой лечебницы становилась организация санитарной деятельности на местах, наблюдение и изучение санитарного состояния (здоровья) населения. Обязательной являлась регистрация обращений за медицинской помощью как важнейшего исходного элемента для последующего статистического анализа заболеваемости [8, 9].

Реализация предложений Е.А.Осипова положила начало *второго* периода земской медицины. В 1880-х гг. в ряде земств, по примеру Московского и Тверского земств, начали создаваться сельские врачебные участки. В половине земских губерний (17 из 34) приступили к замене разъездной системы стационарной системой врачебных участков. Среди решаемых задач одной из важнейших являлось искоренение платности медицинской помощи.

Земские управы не проявляли должной заботы об улучшении условий работы врачей. Преимущественно с этим связана высокая их текучесть. О слабых организации и возможностях медицинского обслуживания населения можно судить по следующим примерам. Территория одного из уездов Полтавской губернии являла собой врачебный участок. В течение года он четыре раза подвергался территориальному разукрупнению. В конечном итоге, на его площади было создано пять врачебных участков. Очевидно, применительно к обозначенному временному интервалу – один год, речь можно вести преимущественно о намерениях, потому что перепланировать территорию, обозначить участки – дело сравнительно малозатратное по времени и ресурсам, намного сложнее (деньги, материалы, рабочая сила) построить там необходимую медицинскую инфраструктуру. Естественно, при тех возможностях, еще более сложным представляется укомплектование врачебными кадрами.

В 1870-е гг. в той же Полтавской губернии создалось критическое положение с заболеваемостью населения: холера, тиф, туберкулез, сифилис, трахома и др. Чудовищной, например, оценивалась ситуация по сифилису. Во многих местностях заболеваемость распространилась до такой степени, что «не было ни одного семейства, к какому бы сословию оно не принадлежало, ни одной личности, каких бы то ни было высоких правил, святой жизни, которым бы не угрожала эта опасность. Если земство не примет энергичных мер борьбы с распространением заболевания, то недалеко время, когда все население переродится и окончательно будет изуродовано» [5].

Становление стационарной системы шло медленно. К концу XIX века в большинстве земских уездов преобладала смешанная система, при которой врачи выезжали к больным только в экстренных случаях (эпидемическая вспышка, травма, отравление, трудные роды и т.п.).

В царской России полный переход на стационарную систему врачебных участков так и не осуществился.

Из опыта деятельности земской медицины. Для содействия земским врачам в их повседневной работе при отдельных губернских и уездных земских управах начали создавать постоянные *медицинские комиссии* [4]. Их усилиями разрабатывались направления деятельности земской медицины, включающие организационные основы и пути развития санитарного направления. Преимущественно это была разрозненная профессиональная реакция в виде территориальных проек-

тов в ответ на общую тяжелую ситуацию, в первую очередь, по инфекционной заболеваемости. Приведем, в качестве примера, деятельность медицинской комиссии Полтавского губернского земства. Комиссией планировалось осуществление общего руководства проведением предупредительных и лечебных мер. В делегируемой на уездный уровень для решения проблематике предусматривались обсуждение местных санитарных вопросов, изучение санитарно-гигиенических условий уезда, рассмотрение отчетов и медико-топографических описаний, выполняемых земскими врачами. Результаты подлежали представлению губернской медицинской комиссии и оттуда, в обобщенном варианте, – земскому собранию. Предполагалось составление на базе уездных материалов медико-топографического описания губернии в целом. Преследовалась цель выхода на принятие взвешенных управленческих решений медицинского характера в интересах всего населения. Это была перспективная инициативная попытка, но через пару лет благие намерения иссякли. Полтавская комиссия потеряла влияние на развитие медицинского дела в губернии и была упразднена. И, все же, ее предложения сыграли позитивную роль в развитии земского санитарного дела в стране. Позже они были воплощены в жизнь в других губерниях [5].

Просветительская деятельность. С течением времени активизировалась работа врачей на местах. Стали более заметными результаты их деятельности. В ряде земств разрабатывались инструкции для земских участковых врачей, согласно которым на них возлагалась обязанность, наряду с лечебной, проводить санитарную работу. Инструкции являлись результатом произвольного местного творчества, отличались разнообразием вариантов своего содержания, при этом, повсеместно одинаково устойчивой была их целевая ориентированность – для общей пользы. В масштабе губерний они дополняли одна другую, в совокупном итоге представляли определенный санитарный документ. В подтверждение, обратим внимание на две наиболее содержательные из них.

По инструкции, утвержденной собранием одного из уездов Бессарабской губернии (1871), каждый участковый земский врач должен «распространять в народе здоровые гигиенические понятия», руководить противоэпидемической деятельностью фельдшеров, следить за оспопрививанием на участке, представлять в конце года в земскую управу санитарные описания своих участков. В описании рекомендовалось обращать осо-

бое внимание на качество почвы, грунтовой воды, флору, фауну; на характеристику заболеваемости – причины возникновения, применяемые лечебные средства, мероприятия по снижению.

В такой же инструкции участковым врачам уезда Петербургской губернии (1876) предлагалось обращать особое внимание на гигиеническую обстановку деревни в целом и каждого двора в отдельности; исследовать почву, воду, пищу, продукты питания, освещение, одежду, обувь, при необходимости делать соответствующие рекомендации.

Земские врачи видели тяжелое положение народа, «освобожденного» реформой. Выезжая на место эпидемий, они практически повсеместно наблюдали, что главнейшей причиной болезней были страшная бедность, теснота, нечистота, плохая пища и т.п.

Правовое поле земского врача. Неоднократно земствами поднимался вопрос о предоставлении земским врачам права санитарного надзора наряду с уездными и городскими врачами [4]. Мотивировалось это тем, что живя непосредственно среди сельского населения, земским врачам легче выявлять причины эпидемий и устранять их. Сошлемся, для примера, на два факта. Харьковские земские врачи выступили с предложением (1876) ввести земскую медицинскую полицию. Вменить ей в обязанности контроль за чистотой жилищ, дворов, улиц, рек, состоянием питьевых колодезев, недопущение продажи недоброкачественных пищевых продуктов, исполнение других предупредительных мер в интересах сохранения здоровья. В ходатайстве земского собрания Петровского уезда Саратовской губернии (1883) предлагалось уравнивать земских врачей с уездными в проведении медико-полицейских мер, чтобы уездный врач не мог отменять распоряжения земского. Реакцией властей на эти и другие подобные обращения чаще всего был отказ, преимущественно по причине политического недоверия к врачам.

Земская медицина в борьбе с эпидемиями. Тяжесть борьбы с эпидемиями падала преимущественно на участковых земских врачей. Они в ряде случаев были единственной профессиональной силой, кто мог в конкретной ситуации обоснованно ориентироваться и действовать. Хотя, чаще всего, для них это являлось запредельной нагрузкой. Повседневная занятость на приеме больных ограничивала возможности проведения противоэпидемических мер. На местный «резерв» врачебных кадров рассчитывать не приходилось, в большинстве уездов его не было.

По литературным данным, только за 15 «земских» лет зарегистрированы десятки разных эпидемических очагов: 1869 г. – оспа, 1871 г. – холера (в трех регионах), 1879 г. – чума, оспа, тиф, 1880 и 1881 гг. – дифтерия, 1882 г. – тиф, скарлатина, 1884 г. – сибирская язва и др. Среди губерний европейской части России наиболее высокой смертность населения была в Пермской и Вятской губерниях. В Пермской губернии с июня по октябрь 1871 г. заболело холерой 13292 и умерло 3343 чел. Во время эпидемии холеры в России с 1865 по 1874 г. заболело 884754, умерло 326968 чел. [4]. Очаги в большинстве случаев были распространены по общему числу, величине территорий, количеству больных среди проживающего на них населения. Инфекции в ряде мест «накладывались» одна на другую [2, 8].

Эпидемии холеры и других инфекционных болезней являлись устойчивыми предпосылками для активизации поиска решений по становлению «института» санитарного врача. В 1871 г. Пермское земское собрание первым в России подняло вопрос об утверждении должности губернского санитарного врача. На ее замещение рассматривался упоминавшийся выше земский врач И.И.Моллесон. При обсуждении его кандидатуры единодушия мнений не сложилось, принятие решения отнесли на год. На этот раз положительно был решен вопрос о созыве губернских врачебных съездов и, частично, о санитарном враче, с конкретизацией содержания его деятельности. В частности, вынесено решение учредить должность специального врача для заведования статистической работой, руководства санитарными исследованиями, обработки материалов съезда и подготовки к следующему съезду.

Обращая внимания на бюрократическую чиновничью волокиту, мы преследовали цель: подчеркнуть отсутствие в то время единства восприятия значимости ранее не известного специалиста – санитарного врача, а также отсутствие разработанных критериев прогнозирования результатов его деятельности. По этим, а, возможно, и другим значимым причинам, реализация идеи введения должности санитарного врача в Пермском крае встретила немало противников. Частым доводом была позиция: «Что может сделать для гигиены один человек?» [5].

В числе предварительных процедурных мер, при решении вопроса о санитарном враче, было обращение из Перми за советом к Н.И.Пирогову (1810–1881). В своем ответе он поддержал обсуждаемую идею. Одновременно, в нем содержались рекомендации в виде трех задач: 1) внедрение и

распространение оспопрививания среди местного населения; 2) искоренение сифилиса; 3) учреждение санитарных комиссий.

Пермский опыт был первым в России. Наряду с позитивной оценкой, высказывались позиции о бессилии земской организации. В последующем к нему обращались с различным успехом во многих губерниях. Для уездных земских управ одним из вариантов решения задач борьбы с массовой инфекционной заболеваемостью являлось ходатайство к губернскому земству о целевом приглашении «эпидемических врачей». Практика направления врачей в эпидемические очаги на земских территориях стала сравнительно частой. Первыми губерниями, подобным путем решающими вопрос борьбы с эпидемическими угрозами, были Пермская, Вятская, Московская, Самарская, Симбирская, Петербургская, Херсонская и некоторые другие. В последующем эти врачи получили название «санитарных». Фактически они были врачами-лечебниками; с 1883 г. именовались участковыми.

В конце 1870-х гг. для борьбы с эпидемиями холеры, дифтерии, иных инфекций практиковалось формирование *санитарных отрядов*. В их состав входили врачи и средний медицинский персонал в планируемой комплектации 1:10. Такие отряды создавались в Курской, Тамбовской, Полтавской, Харьковской, других губерниях. Материальные затраты по их организации несли губернские земства. Деятельность отрядов в эпидемических очагах иногда продолжалась пять и более месяцев, завершалась расформированием после их ликвидации. Многие врачи отрядов оставались работать в губерниях в должностях «эпидемических» или санитарных земских врачей.

Еще одним важным направлением деятельности земской медицины являлись изучение и оценка факторов среды, условий труда и быта рабочих промышленных предприятий. Предприниматели не были заинтересованы в обнародовании таких сведений, чинили препятствия, на таких позициях их поддерживало правительство. Право обследования предприятий делегировано попечителям и полиции. Обобщенные медицинские материалы и предложения во внимание не брались, гласности не получали, в лучшем случае, выслушивались на земских собраниях, складывались в архив.

Наибольшей была потребность в такой деятельности в губерниях, в которых стекалось множество «пришлых» рабочих. Подобная ситуация, например, ежегодно складывалась в Херсонской губернии, являвшейся основным поставщиком

экспортируемого хлеба России во второй половине XIX века. С учетом специфики условий трудовой деятельности и патологии, в данном регионе сформировался «херсонский» тип санитарного врача [5]. Одной из наиболее стабильных в промышленном отношении была Московская губерния. Здесь, в сравнении, стали наиболее заметными подвижки в становлении земской санитарной организации в России.

Информационной трибуной для врачей служили *земские врачебные съезды* [2]. Их резолюции содержали ходатайства о предоставлении врачам права контроля санитарного состояния предприятий, проведения санитарного надзора. К заслугам съездов земских врачей относятся детальная разработка принципов организации земской медицины, введение рациональных приемов санитарной статистики, разработка комплекса вопросов, касающихся участковой больницы, и пр. После образования Общества русских врачей, актуальные проблемы земской медицины вошли в повестку его съездов. Общество приобрело ведущую роль в развитии земской медицины.

Первый губернский съезд земских врачей состоялся в Твери в 1871 г. В последующий период, по 1913 г. проведено 378 съездов земских врачей. Наибольшее их число (19) состоялось в Московской губернии. Далее, в порядке убывания числа съездов, перечень губерний сложился следующим образом: Рязанская, Херсонская (17); Самарская, Тульская, Тверская (16); Вологодская, Смоленская (14) [4, 8]. По оценке З.Г.Френкеля (1869–1970), съезды не отстаивали интересы самих врачей, они защищали интересы земско-медицинского дела.

Первые земские санитарные врачи. Важно отметить заслуги отдельных земских деятелей, усилия которых способствовали появлению земской санитарной организации. В 1874 г. Вятская губернская земская управа пригласила первого на своей территории и второго после И.И.Моллесона (пермское земство) в России санитарного врача. Им был врач В.О.Португалов (1835–1897), известный публицист, автор большого числа санитарно-гигиенических работ. Силу влияния самой его личности на профессиональную деятельность подтвердим таким фактом. Губернской земской управой были извещены уездные земства о том, что он приступил к обязанностям санитарного врача. Всем уездным земствам надлежит согласовывать с ним вопросы постройки больниц, школ, других общественных заведений. После знакомства с санитарным состоянием некоторых уездов губернии В.О.Португалов при-

шел к убеждению о необходимости направленного вмешательства санитарного врача в вопросы предупредительного и текущего санитарного надзора. Он активный участник подготовки и проведения первого съезда земских врачей Вятской губернии. Деятельность его на данном посту была непродолжительной, за революционную деятельность он был арестован. В течение последующих двух лет в вятском земстве последовал ряд противоположных решений. Началом стала ликвидация должности санитарного врача. Взамен, для проведения санитарно-статистических исследований, разработки медико-топографических описаний и статистических данных учреждена постоянная медицинская комиссия. В последующем земское собрание учло рекомендации II губернского съезда вятских врачей и вместо медицинской комиссии восстановило должность санитарного врача (1876) [5, 9].

О том, насколько серьезными на местах являлись ожидания деятельности санитарного врача, можно судить по подбору кандидатов на эту должность. Выше отмечалось обращение к Н.И.Пирогову за соответствующим советом. Аналогичное обращение из Вятской губернии (1876) было направлено профессору А.П.Доброславинову (1842–1889), первому руководителю кафедры гигиены Медико-хирургической академии.

Таким образом, первый опыт создания санитарных организаций в Пермской и Вятской губерниях завершился неудачно. Первые санитарные врачи особое внимание в своей деятельности обращали на исследование санитарного состояния населения России посредством, главным образом, медико-статистического описания и статистического обобщения.

Поучительным примером является деятельность известного санитарного врача В.А.Левицкого (1867–1936). Ее он начал земским участковым врачом, затем, как и многие лучшие участковые врачи, он стал санитарным врачом (Подольский уезд Московской губернии). По результатам его обследования населения ряда сел были выявлены низкие показатели физического развития, высокий уровень заболеваемости, отрицательный естественный прирост [5].

Земские собрания в ряде губерний, первично высказавшись за введение должности санитарного врача, в последующем ее упраздняли. Формальными причинами такого решения являлись: во-первых, расхожее мнение, что обязанности его крайне неопределенны; во-вторых, земцы считали, что из-за бедности и неграмотности крестьяне не могут исполнять советы и требования санитар-

ного врача относительно жилищ, воздуха, пищи и др.

Земская медицина провозгласила и частично реализовала принципы бесплатности и общедоступности медицинской помощи. С 1880-х гг. бесплатным стало амбулаторное лечение на ФАПах, а затем и на врачебных приемах. В начале земского периода плата взималась за больничное лечение. В последующем она снижалась с постепенной отменой для отдельных категорий больных. К 1910 г. сохранилось платное лечение в уездных больницах для приезжающих из других уездов. К 1912 г. расходы земств на медицину достигали 26% [7, 10, 11]. Земствам разрешалось устанавливать дополнительные сборы на медицинские нужды и принимать частные пожертвования.

По состоянию на 1910 г., в земских губерниях функционировали 1715 сельских участковых больниц (емкостью в среднем на 13 коек); 331 уездная больница (соответственно в среднем на 45 коек); 32 губернские больницы (в среднем на 190 коек), а также 45 психиатрических больниц (на 23,5 тысячи коек). Подготовка средних медицинских кадров осуществлялась в 22 фельдшерских и фельдшерско-акушерских школах и в 14 акушерских школах. В 20 губерниях были санитарные бюро, в 16 – санитарные врачи губернских земств в уездах [11].

Значительную роль в руководстве земской медициной сыграли санитарные врачи Е.А.Осипов (1841–1904), Н.И.Тизяков (1859–1925), профессор гигиены Московского университета Ф.Ф.Эрисман (1842–1915) и многие другие.

Развитию практической санитарной деятельности способствовало выделение в 1870-е гг. самостоятельных кафедр гигиены в Военно-медицинской академии, в составе медицинских факультетов университетов в Казани, Киеве, впоследствии и других университетов.

Заключение. Отношение к земской медицине, за 50 лет ее истории, складывалось по-разному. Государственные власти, проводя половинчатый медико-социальный эксперимент в центральной части России (в 34 губерниях из 89), очевидно, сами не верили в успех. Публикаций по земской медицине сравнительно много. В наше время также сохраняется интерес к ней. Мнения расходятся, но положительных оценок ее пользы намного больше.

Профессор М.Я.Капустин рассматривал земскую медицину как новое, основанное на общественных началах самобытное явление. «Земская медицина тем хороша, что возникла и поддерживается местными нуждами в рамках и формах

местных потребностей... Все ее недостатки и несовершенства имеют ... и ту хорошую сторону, что, будучи раз осознанными, могут быть устроены или ограничены компетентностью каждого уездного собрания» [7].

Земская медицина – крупный реформаторский почин, осуществленный в России. Впервые в мире организована система оказания медицинской помощи сельскому населению. Созданы новые организационные формы медицинского обслуживания сельского населения. Сложился тип земского врача, носителя высоких нравственных качеств и общественных принципов. В рамках земской медицины сформулированы важнейшие организационные принципы: участковость, этапность, бесплатность, создание санитарной организации, санитарное просвещение.

Литература

1. Любимов, П.Д. К вопросу об устройстве врачебной части для народа / П.Д.Любимов // Московская медицинская газета. – 1865. – №9. – С.186.
2. Ашурков, Е.Д. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / Е.Д.Ашурков; под ред. проф. М.И.Барсукова. – М.: Медгиз, 1957. – С.20–42.
3. Баткис, Г.А. Земская медицина конца XIX и начала XX века. Санитарно-статистические описания // Организация здравоохранения. Учебник / Г.А.Баткис. – М.: Медгиз, 1948. – С.61–71.
4. Земская медицина [Электронный ресурс] // Большая российская энциклопедия (электронная версия). – Режим доступа: <https://bigenc.ru/medicine/text/2382088>. – Дата доступа: 21.01.2019.
5. Карпов, Л.Н. Земская санитарная организация в России / Л.Н.Карпов. – Л.: Медицина, 1964. – 122 с.
6. Моллесон, И.И. Земская медицина: Очерк И.И.Моллесона, зем. врача в с.Перми, чл. О-ва врачей г.Казани / И.И.Моллесон. – Казань: Унив. тип., 1871. – 56 с.
7. Капустин, М.Я. Основные вопросы земской медицины / М.Я.Капустин. – СПб.: Тип. кн. В.Оболенского, 1889. – 99 с.
8. Френкель, З.Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела: (По данным работ, произведенных для Дрезден. и Всерос. гигиен. выставок) / З.Г.Френкель. – СПб.: Тип. АО «Слово», 1913. – 228 с.
9. Ягудин, Р.Х. Земская медицина в Российской империи и в Казанской губернии: становление, развитие, достижения (к 150-летию земской медицины) / Р.Х.Ягудин, Л.И.Рыбкин // Экономические науки (Казань). – 2014. – №11 (120). – С.29–40.
10. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / М.В.Поддубный [и др.]; под ред. Р.У.Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 248 с. – ISBN 978-5-9704-2731-6.
11. Веселовский, Б.Б. История земства за 40 лет / Б.Б.Веселовский. – СПб.: Изд-во О.Н.Поповой, 1909–1911. – Т.1: Бюджет. Медицина. Общественное призрение. Народное образование. Система-

тический указатель литературы по земским вопросам [Текст]. – 1909. – 724 с.

50 YEARS OF THE ZEMSTVO MEDICINE IN HEALTHCARE HISTORY OF THE RUSSIAN EMPIRE

N.N.Pilptsevich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Medical care to the population was an optional duty in the Zemstvo activity. In half a century of its functioning, the Zemstvo medicine went from lawlessness, poverty, helplessness to specific logical organization with specific goals, objectives and possibility of their rational implementation. The Zemstvo medicine was the major implemented in the Russian Empire reform initiative. New organizational principles for rural population healthcare, such as functioning on

principle of physician's area, free of charge, have been formed. A broad-minded doctor with professional knowledge and skills became the key figure in this system. Experience of the Zemstvo medicine continues to be of great interest now.

Keywords: Russian Empire; healthcare history; the Zemstvo medicine.

Сведения об авторе:

Пилипцевич Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

Поступила 24.01.2019 г.