

ПЕРЕСЕЛЕНЧЕСКАЯ И СЕЛЬСКАЯ МЕДИЦИНА ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ В ПЕРИОД СТОЛЫПИНСКОЙ АГРАРНОЙ РЕФОРМЫ (1906-1917 гг.)

Огромное значение в столыпинской реформе имели переселенческие врачи, которые помимо своих прямых обязанностей (лечения больных) выполняли большое количество других: заведование всеми «постройками, оборудованием и содержанием врачебного пункта»; распределение кредитов на врачебно-продовольственную и ссудную помощь переселенцам в пути; приём, отправка и регистрация переселенцев. Правда, в обязанности переселенческих врачей не входили функции по судебно-медицинской экспертизе и медико-полицейской части.

При организации врачебно-поселковых пунктов часто не соблюдалась элементарная плановость, поэтому некоторые врачебно-поселковые пункты располагались слишком далеко от мест водворения. К тому же при тех ассигнованиях, которые выделяло Переселенческое управление, осуществить сколь угодно обширные планы врачебной помощи переселенцам было невозможно. С помощью переселенческих кредитов можно было лишь покрыть расходы по приглашению медицинских работников и по поддержанию организаций, оказывавших помощь переселенцам непосредственно в пути, а также в поселках [1].

Правительство не раз пыталось улучшить медицинское обслуживание переселенцев, однако по мнению царских чиновников данное дело оставалось чем-то второстепенным и малосущественным, а это порождало медлительность в принятии решений, многие из которых на местах зачастую просто не выполнялись. Шёл уже 1908 г. (второй год столыпинской реформы), а начальник Переселенческого управления Г.В. Глинка в Переселенческой комиссии III Государственной Думы всё рассуждал о том, какие врачебные пункты для переселенцев лучше строить – лёгкие или долговечные. К тому же заведующие переселенческими районами главную свою задачу в деле осуществления медицинской помощи видели лишь в приглашении на работу врачебного персонала и содержании переселенческих больниц, которые оказывали «непосредственную помощь переселенцам». Создание же в Сибири санитарно-гигиенической службы было отодвинуто на неопределённое время [2].

Начиная с 1910 г. правительство неоднократно подчёркивало необходимость усиления медицинской помощи переселенцам не столько на линиях железных дорог, сколько на местах водворения. В соответствии с этим были увеличены кредиты на врачебную помощь, возросло количество постоянных больниц в районах заселения. Однако, облегчая себе задачу, переселенческое ведомство строило больницы для переселенцев рядом с «земскими», что негативно сказывалось на качестве медицинской помощи населению Сибири, так как целые волости оказывались без всякой помощи, а в отдельных местностях её было более, чем достаточно. На некоторых участках было по 2 больницы и по 2 врача, при этом переселенческие врачи должны были обслуживать лишь переселенцев, а сельские – старожилов и инородческое население. При этом сами врачебные участки часто оказывались неравномерными и чересполосными. По первоначальному замыслу медицинскую помощь в окончательно «заполненных» городах и селениях должны были оказывать врачебные учреждения Министерства внутренних дел, а в заселяемых районах – больницы Переселенческого управления, но из-за того, что заселяемые и уже заселённые местности было очень трудно четко разграничить, возникали указанные накладки [3].

Для устранения этих недостатков и для достижения большей «равномерности врачебных участков» 21 июня 1910 г. (для областей Степного края) и 1 июня 1912 г. (для «всех прочих местностей, где организация сельско-врачебной части» была подчинена МВД) были приняты законы, согласно которым переселенческие врачи «в отношении своей компетенции, порядка действий и ответственности» были подчинены правилам, «обязательным для сельских участковых врачей». По этим законам разрешалось бесплатное лечение старожилов в переселенческих больницах, а переселенцев – в больницах МВД, в так называемых «земских» больницах. Лишь лечение душевнобольных переселенцев в «земских» специальных лечебницах производилось за счёт Переселенческого управления. Данные меры позволили «приступить к образованию сплошных и равномерных врачебных участков», установление которых было предоставлено «соглашению Министерства внутренних дел и Главного управления землеустройства и земледелия». Кроме этого была достигнута и «некоторая плановость» в деле организации врачебной помощи, так как врачебные инспекторы, заведовавшие губернскими врачебными управами, после принятия законов от 21 июня 1910 г. и от 1 июня

* © С.А. Сафронов, Красноярский педагогический университет, 2004.

1912 г., объединили в своих руках «наблюдение за всей врачебной частью («земской» и переселенческой)» [4].

В целях улучшения медицинской помощи переселенцам Переселенческая комиссия III Государственной Думы решила принять закон «Об учреждении в Императорских университетах 25 стипендий для студентов медицинских факультетов». 25 октября 1911 г. состоялось первое заседание данной комиссии по этому вопросу, на котором было подчеркнуто, что цель законопроекта - подготовка врачей, которые за полученную стипендию обязывались (из расчёта полтора года за год) служить переселенческими врачами. Причиной же этого шага послужило то, что из-за «трудных условий жизни в отдалённых районах» многие врачи «не уживались долго и стремились подыскивать службу более лёгкую», покидая должность переселенческого врача уже через несколько месяцев после вступления в неё.

Однако сибирские депутаты Ф.Н. Чиликин, В.И. Дзюбинский и Н.Л. Скалозубов, заявив, что они не возражают против учреждения данных стипендий, тем не менее высказали мнение по поводу «текучки» переселенческих медицинских кадров. По их мнению, главной причиной бегства переселенческих врачей с места работы было их «ненормальное положение» в местных переселенческих организациях. Так, многие заведующие переселенческими подрайонами, которые обладали «очень малым образовательным цензом», позволяли себе грубо вмешиваться в профессиональные дела переселенческих врачей. Всё это приводило к обострению отношений между переселенческими врачами и переселенческой «районной канцелярией», в подчинении которой и находились медицинские работники [5].

На эти обвинения начальник Переселенческого управления Г. В. Глинка ответил, что ссоры между переселенческими врачами и заведующими переселенческими подрайонами бывали и добавил: «... но где же ссор не бывает?» Тем не менее, он заявил, что не знает ни одного случая, чтобы по этой причине уволился хотя бы один переселенческий врач. Более того, Г.В. Глинка сказал, что не видит «ничего ненормального в том, что в чисто хозяйственных и денежных делах врач подчинён заведующему подрайоном». Далее он привел примеры того, как переселенческие врачи, объединившись «в 1905 и 1906 годах» начали «свои бесконечные разговоры печатать, тратя на это средства из операционных кредитов», в результате «центральному ведомству пришлось вмешаться» [6].

После этого начались разногласия по «женскому» и национальному вопросу. Так, депутат Ф. Н. Чиликин предложил внести поправку в 1-ю статью данного законопроекта, согласно которой разрешалось «назначать стипендии не только студентам, но и курсисткам». На что Г.В. Глинка возразил, что «ведомству нужны именно мужчины». Тем не менее Переселенческая комиссия эту поправку приняла. Для этой цели решено было увеличить количество стипендий с 25 до 30 (по 360 руб. каждая). Противоречия же по конфессиональному вопросу начались при обсуждении 4-го пункта, где было указано, что выбор стипендиатов зависел от Главного управления землеустройства и земледелия, а «подробные правила» устанавливались Главным управляющим землеустройством и земледелием «по соглашению с Министерством народного просвещения», причём данными правилами предусматривалось, что «стипендии могут назначаться исключительно лицам христианских вероисповеданий и, при равенстве прочих условий, преимущественно бывшим воспитанникам учебных заведений в Сибири» [7].

На это возразил представитель Мусульманской фракции Тевкелев, напомнив, что переселенческое ведомство занималось «устройством» не только русских, но и «киргиз, переводя их из кочевого быта в оседлый». На что граф И.И. Капнист высказал мнение о том, что он не против «магометан и других инородцев» и что «нельзя всех инородцев лишать права пользоваться этими стипендиями», но тем не менее он настаивал на том, чтобы данные стипендии «ни в каком случае не назначались евреям». Против этого выступили сибирские депутаты Н.К. Волков и Н.Л. Скалозубов, обвинившие И.И. Капниста в стремлении «лишний раз уколоть евреев, нанести им новую обиду и при том без всякой нужды даже с точки зрения защитников таких ограничений, так как выбор стипендиатов будет зависеть от правительства», которое не слишком страдало «юдофильством». Однако Г.В. Глинка поддержал графа И.И. Капниста, заявив, что «врачей-евреев и так много». По его утверждению, население относилось к ним «несочувственно» и предпочитало «видеть около больного врача-христианина, чем еврея». Поэтому Г.В. Глинка сделал вывод, что «нет надобности ведомству увеличивать число евреев-врачей». Начальника Переселенческого управления поддержал депутат Н. А. Белогуров, который сказал, что «нет оснований допускать евреев на службу переселенческого ведомства, когда имеется в виду их прогнать из армии». После этой реплики Н. Л. Скалозубов и Н. К. Волков в знак протеста против «безнаказанного оскорбления иноплеменников» покинули заседание Переселенческой комиссии. Вслед им Н. А. Белогуров крикнул: «Вот они предатели и враги Отечества!». После этого ушли все представители оппозиции. Затем оставшиеся депутаты приняли решение о том, что «стипендии могут назначаться и инородцам, кроме евреев» [8].

Данный законопроект был утверждён и стал законом 28 июня 1912 г. Причём размер стипендий был повышен с 360 руб. до 420 руб. в год, при этом в Московском университете учреждалось 5 стипендий, в

Казанском - 5, в Киевском - 5, в Томском - 10; для слушательниц Петербургского женского медицинского института также выделялось 10 стипендий (всего 35).[9]

Одним из самых насущных для сельской и переселенческой медицины был вопрос «о помещении под лечебницу». Значительная часть участков больниц Восточной Сибири находилась в арендуемых домах, а не в специально выстроенных зданиях. Между тем в большинстве селений данного региона Сибири не существовало «таких обширных домов, в которых могли бы разместиться все отделения лечебницы». Поэтому, как правило, в аренду снимались два «домика», в одном из которых располагалась амбулатория и аптека, а в другом - больница с кроватями. Причём очень часто они находились на приличном расстоянии друг от друга, и медицинские работники вынуждены были «перескакивать» по несколько раз в день из одного помещения в другое. При этом сами помещения совершенно не соответствовали требованиям, которые предъявлялись медицинским учреждениям. В большинстве случаев это были «домики» в несколько комнат, с низкими потолками и маленькими окнами, в которых зимой очень трудно было поддерживать тепло, так как «из полов и окон дуло»; вентиляции же, кроме форточек, не было. Многие были в достаточно ветхом состоянии и не подлежали ремонту [10].

Теснота в арендуемых домах не позволяла иметь отдельных помещений под перевязочные, даже для операционных выделялись такие комнаты, где могли проводиться только несложные операции. Количество больничных палат было невелико, к тому же они были очень тесными и душными. «Заразных» отделений практически не существовало, и «заразных» больных, в основном, содержали дома, из-за чего подвергались риску их семьи. Ванн для мытья больных было немного, бани же при участковых больницах «оставляли желать лучшего» и располагались «где-нибудь во дворе или на задах двора», что также было не совсем удобно для «тяжёлых» больных. Ледников, погребов и кладовых было тоже немного, очень часто летом негде было хранить продукты. Покойники отсутствовали почти повсеместно, и умершие больные до приезда родственников как правило оставались «на глазах у остальных больных». Всё это происходило из-за тесноты помещений. Так, по положению 29 мая 1897 г., действие которого сохранялось и в начале XX в., в сельских лечебницах должно было быть не больше 10 кроватей. Однако такого количества коек было недостаточно, особенно в холодное время года, когда заболеваемость усиливалась. Поэтому в ряде случаев врачи вынуждены были превышать эту норму и держать в больницах по 12-13 человек, которых они помещали на полу, так как мест на кроватях не хватало [11].

В целом же на аренду больницы отпускалось около 300 руб. в год, чего было недостаточно, чтобы снять сколько-нибудь подходящее помещение. В ряде случаев местные сельские общества помогали больницам и выделяли им дополнительные средства, но это случалось не всегда. В большинстве случаев, чтобы не стеснять больных, врач не мог жить непосредственно при больнице, поэтому она «немалую часть времени оставалась под надзором и заведованием низшего служебного персонала», что приводило к различным злоупотреблениям: «секретным отлучкам», неряшливости, недостаточному «присмотру» за больными, мелкому воровству. В редких случаях при участковой больнице выделялась комната или «флигелёк», куда поселялся один из фельдшеров, который, тем не менее, не мог жить при больнице «безотлучно». Таким образом, большинство участковых врачей мучилось следующим вопросом: «дать ли лучший присмотр и стеснить чисто больничное дело или же разместить получше больных, а наблюдение чтобы было со стороны?» [12].

Много усилий медицинским работникам приходилось тратить на борьбу с эпидемиями малярии, гриппа, дизентерии, кори, скарлатины, брюшного тифа, дифтерита, которые бывали как у переселенцев, так и у старожилов. Причиной их возникновения было плохое санитарное состояние быта, большая скученность проживания (особенно у переселенцев) и малокультурность в области профилактики эпидемиологических заболеваний. Например, стоило одному из вышеперечисленных заболеваний появиться в одном из домов, как достаточно быстро оно перекидывалось на всё селение. Происходило это потому, что сельское население Восточной Сибири считало болезни наказанием Божиим или поветрием, «нанесённым от дьявола». Поэтому крестьяне совершенно спокойно посещали «заразных» больных, «проводжали» их в случае смерти на кладбище «со всеми обрядами прощания», «пиروвали на тризнах по умершим в их же домах без производства какой бы то ни было дезинфекции». К тому же сообщения о начавшихся эпидемиях часто бывали запоздалыми, и врачи узнавали о них не от крестьян, а от духовенства, полиции или у своих больных путём случайных расспросов. В связи с этим посещение больных на месте, их лечение и возможная изоляция производились несвоевременно, что часто приводило к «самым печальным результатам», ежегодно унося «в могилу из каждой деревушки десятки и даже сотни людей». Профилактического просвещения против эпидемий среди крестьян практически не существовало [13].

В практике сельских и переселенческих врачей присутствовала и разъездная система оказания медицинской помощи. Она была двух типов.

1. Периодическая, которая осуществлялась в крупных населённых пунктах, определяемых самим врачом. В этих селениях заранее назначался день медицинского приёма и сообщался волостному или сельскому управлению, которые оповещали об этом местное сельское население. Как правило, это были значительно

удалённые от сельских больниц селения, и сами врачи редко участвовали в подобных выездах, в основном их замещали фельдшера. На такие приёмы больных приходило немного, как правило, это были люди, страдавшие хроническими заболеваниями. В основном они приходили за нужными им медикаментами. При этом помещения, где происходили данные приёмы, были очень неудобными. На «земских» же квартирах принимать больных не рекомендовалось, так как там, помимо врачей и фельдшеров, останавливались и приезжающие чиновники. Поэтому медицинским работникам приходилось ютиться в «нанятой комнатке, которая служила и ожидальней, и приёмной, и аптекой». Все «манипуляции осмотра больных, перевязки, оперативные пособия, извлечение зубов» производились на глазах «ожидающей очереди публики». Когда одному из пациентов нужно было раздеться, остальные больные вынуждены были покинуть помещение. К тому же присутствовавшие на осмотре «зрители» иногда начинали критиковать действия медицинских работников и подсказывать им «правильные» решения.

2. Вызовы сельскими старостами или писарями к больным из подчинённого им селения. Такие вызовы были не всегда эффективными, так как очень часто причиной их служила не тяжесть заболевания, а «родство, свойство и влияние прихворнувших лиц». Бывало много случаев, что вызванный врач приезжал, когда больной уже поправлялся или страдал «лёгкими заболеваниями в виде бронхита, зубной боли, расстройства пищеварительных органов после перехода с постной пищи на мясную или даже после праздничной гулянки». На соответствующие претензии врача должностные лица иногда извинялись и клятвенно обещали больше не вызывать по пустякам, а иногда «с апломбом» «напоминали, что врач по инструкции обязан объезжать селения своего участка». В целом на подобные разъезды выделялось около 100 руб. в год («прогоны»). Селения же, куда выезжали медицинские работники, иногда были расположены от сельских и переселенческих больниц на 80-200 вёрст (особенно в Усинском пограничном округе). Поэтому многие врачи выступали за отмену разъездной системы, считая её малопродуктивной [14].

Медицинскому обслуживанию населения мешала излишняя регламентация врачебного дела. Так, в инструкциях для переселенческих больниц, которые составлялись Переселенческим управлением, все было «расписано и точно указано», даже какие блюда могла «изготавливать больничная кухня», а к реестру блюд было сделано примечание о том, что «если бы врач пожелал назначить больному не попавшее в список кушанье, то он предварительно должен был спросить разрешение заведующего движением». Если же учесть, что «заведующий-чиновник» проживал в г. Иркутске и «правил линейными больницами от Челябинска чуть не до Владивостока», то, по словам переселенческих врачей, такие правила означали «настоящую эквилибристику». «Неумолимая логика бюрократизма» «сминала» все более или менее толковые начинания переселенческих врачей. Поэтому многие медицинские работники считали, что переселенческая медицина «как отдельная отрасль государственного хозяйства» должна была быть «уничтожена» и что «переселенец своими медицинскими потребностями ничем особенным» не отличался от остальных жителей Сибири, в связи с этим нужно было объединить «переселенческую медицину с общей сельской организацией». В результате устранился бы «ненужный дорого стоящий дуализм». К тому же многие переселенцы, привыкшие «уже на родине к благам и хорошей постановке земской медицины» постоянно жаловались на отсутствие врачебной помощи в тех местах Сибири, где Министерство внутренних дел и Переселенческое управление из-за ведомственных разногласий не смогли договориться о добротной постановке врачебного дела [15].

Что же касается масштабов финансирования, то они были примерно одинаковыми как для Западной, так и для Восточной Сибири. Например, в 1910 г. на медицинские надобности в Томской губернии было выделено 1192383 руб., в Tobольской губернии - 625383 руб., в Иркутской губернии - 1031358 руб. и Енисейской губернии - 721948 руб., то есть 1817766 руб. в Западной Сибири против 1753306 руб. в Восточной Сибири.

Если же учесть, что населения в Западной Сибири было намного больше, чем в Восточной, то можно сделать вывод, что медицинское обслуживание в Восточной Сибири финансировалось лучше. Так, в Tobольской губернии выделялось на одного человека в среднем 32 коп., в Томской - 31 коп., а в Енисейской - 75 коп., в Иркутской же губернии - 1 руб. 63 коп. К тому же в Tobольской губернии 1 врач приходился на 25 тыс. человек, в Томской - на 12,5 тыс., в Енисейской - тоже на 12,5 тыс., а в Иркутской губернии - на 5,5 тыс. человек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ПРИМЕЧАНИЯ

1. Вошинин В. П. Переселение и землеустройство в Азиатской России/В. П. Вошинин. - Петроград, 1915. - С. 26; Вошинин В. П., Переселенческий вопрос в Государственной думе Третьего созыва (Итоги и перспективы) / В. П. Вошинин. - СПб., 1912. - С. 108.
2. Островский И.В. Аграрная политика царизма в Сибири в период империализма/ И.В. Островский. - Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1991. - С.190.
3. Там же. - С. 191; Азиатская Россия. - Спб., 1914 - Т.1. - С. 271-272.
4. Азиатская Россия. - С.272.

5. В переселенческой комиссии (По поводу учреждения стипендий в медицинских факультетах) // Сибирские вопросы. - 1911. №42-43-44. - С.66-67.
6. Там же. - С.67-68.
7. Там же. - С.68.
8. Там же. - С.68-70.
9. Воцинин В. П. Указ. соч. - С. 108; Усердие не по разуму // Сибирские вопросы. - 1910. - № 31-32. - С.46-47.
10. Ахиезер С.И. О необходимости постройки казенных зданий для сельских лечебниц в Енисейской губернии / С.И. Ахиезер // Труды первого съезда врачей Енисейской губернии с 4-го по 7-е сентября 1912 г. Красноярск: Енис. губ. тип., 1913. - С. 160.
11. Там же. - С. 161; Большешальский М. И. Об увеличении количества коек для стационарных больных в сельских лечебницах / М.И. Большешальский // Труды первого съезда врачей Енисейской губернии с 4-го по 7-е сентября 1912 г. Красноярск: Енис. губ. тип., 1913. - С. 167-168.
12. Ахиезер С.И. Указ. соч. - С. 162.
13. Большешальский М.И. К вопросу о борьбе с заразными эпидемическими болезнями / М. И. Большешальский // Труды первого съезда врачей Енисейской губернии с 4-го по 7-е сентября 1912 г. Красноярск: Енис. губ. тип., 1913. - С. 169-170.
14. Большешальский М. И. К вопросу о разъездной подаче медицинской помощи / М. И. Большешальский // Труды первого съезда врачей Енисейской губернии с 4-го по 7-е сентября 1912 г. Красноярск: Енис. губ. тип., 1913. - С. 173-177; Высоцкий Н. К. К вопросу о состоянии медицинского дела в Усинском пограничном округе и на спорной территории (земле урянхов) / Н. К. Высоцкий // Труды первого съезда врачей Енисейской губернии с 4-го по 7-е сентября 1912 г. Красноярск: Енис. губ. тип., 1913. - С.119.
15. Козьмин М. К съезду врачей Енисейской губернии / М. Козьмин // Сибирские вопросы. - 1912. - №7-8. - С. 21-23; Первый съезд врачей Енисейской губернии // Сибирские вопросы. - 1912. - №24. - С. 43.