

Copyright © 2022 by Cherkas Global University



Published in the USA
 Bylye Gody
 Has been issued since 2006.
 E-ISSN: 2310-0028
 2022. 17(2): 621-630
 DOI: 10.13187/bg.2022.2.621

Journal homepage:
<https://bg.cherkasgu.press>



Organization of the Space of the First Maternity Clinics in Russia (XVIII – beginning of the XX centuries)

Natalia A. Mitsyuk ^{a, *}, Natalia L. Pushkareva ^b, Anna V. Belova ^{b, c}

^a Smolensk State Medical University, Russian Federation

^b N.N. Miklukho-Maklai Institute of Ethnology & Anthropology, Russian Academy of Sciences, Russian Federation

^c Tver State University, Department of World History, the Head of the Department, Russian Federation

Abstract

The article reveals the process of formation of maternity clinic space in pre-revolutionary Russia. The research is based on the medical literature of the 18th–early 20th centuries, archival materials, ego-documents. The main approaches were the social history of medicine, gender history and the concept of medicalization. The article shows that clinical obstetric care acquired legitimacy exclusively in large cities and was perceived by the population as a pathological place for childbirth. Clinical obstetrics destroyed the traditional culture of childbirth, based on the free behavior of the woman in labor, the preservation of the female space of childbirth, the use of religious rites, traditional medicine. The approved biomedical model of childbirth reduced the level of maternal and infant mortality, provided surgical care and anesthesia. But on the other hand, patients were isolated, rigid ideas about norm and pathology were introduced, the number of surgical interventions increased; patients became an object for medical actions, losing their individuality and initiative, and a single maternity pose was fixed. The space of the maternity clinic reflected primarily the interests of physicians, aimed at maximizing the efficiency of their obstetrical manipulations of the laboring women.

Keywords: childbirth, history of birth culture, obstetrics, technocratic model of childbirth, medicalization of childbirth, clinical obstetrics.

1. Введение

В современных государствах продолжается поиск оптимальной модели родовспоможения, при которой будет соблюден баланс между безопасностью, комфортом, правами и интересами врачей и пациентов. Для российского общества этот вопрос особенно важен, так как он затрагивает проблемы, связанные с демографической ситуацией, выстраиванием принципов семейной политики и отвечает за здоровьесбережение нации, что отражено в ведущих стратегических документах РФ (Указ Президента..., 2019; Национальный проект..., 2019; Концепция..., 2014).

Исследователи культуры деторождения, среди которых историки, социологи, антропологи, выделяют три основные модели деторождения, существовавшие в различные исторические периоды: естественная, биомедицинская (технократическая) и холистическая. По мнению историков, смена естественной модели родов технократической, основанной прежде всего на научных медицинских знаниях, активной роли врачебного сообщества и превращении женщины в объект для медицинских действий, связана с переходом от аграрных к индустриальным обществам (Gelis, 1991). В результате развития научной медицины, акушерской теории и практики, роста числа родильных стационаров

* Corresponding author

E-mail addresses: nmitsyuk@gmail.com (N.A. Mitsyuk), pushkarev@mail.ru (N.L. Pushkareva), anna.belova@iea.ras.ru (A.V. Belova)

формировалась система клинического родовспоможения. Новая модель существенным образом меняла семейную повседневность, так как происходил перенос важнейшего семейного события – рождения детей – из домашнего пространства в клиническое. В различных странах и регионах формирование стационарного акушерства проходило неравномерно. Клиническое родовспоможение в России утверждалось на протяжении второй половины XVIII – начала XX вв. (Leavitt, 1986). Как формировалось пространство родильной клиники в России? Каким образом происходил поиск оптимальной модели родовспоможения? Как происходил перенос родов из дома в клинику? Получить ответы на эти вопросы, обойденные вниманием российских социальных историков и историков медицины, сфокусированных преимущественно на институциональной истории развития акушерства (появление родильных стационаров и прогресс медицинской науки), ориентировано представленное исследование. Используя российский кейс, мы нацелены раскрыть специфику формирования пространства родильной клиники в XVIII – начале XX вв. Нам важно определить, каким образом утверждалась биомедицинская модель родов в России, что при этом приобретали и что теряли женщины.

2. Материалы и методы

В исследовании были использованы четыре группы источников.

1. Медицинская литература XIX – начала XX вв. (отчеты родильных клиник, описания родовспомогательных стационаров, учебники по гинекологии, акушерству), хранящиеся в фондах Российской национальной библиотеки, Российской государственной библиотеки.

2. Регистрационные карточки пациенток, родильные журналы, хранящиеся в фондах медицинских учреждений российских архивов (Российский государственный исторический архив, Центральный государственный исторический архив г. Санкт-Петербурга, Государственный архив Смоленской области) (Мицок и др., 2021).

3. Визуальные источники (фотоматериалы, музейные артефакты, иллюстративный материал).

4. Автодокументальная литература. Описание родов в стационаре удалось обнаружить в литературных воспоминаниях Т. Фохт-Ларионовой, Л.Д. Менделеевой-Блок, Н.А. Миротворской, дневниках А.А. Алексеевского, Ф.Ф. Фидлера (РГИА. Ф. 1102. Оп. 1. Д. 40. Л. 220б-2; Блок, 1979; Две тетради..., 2010; Фохт-Ларионова, 2001; Фидлер, 2008).

В исследовании были использованы классические методы исторического исследования (историко-критический, сравнительно-исторический, проблемно-хронологический). Для анализа разнородного по характеру источникового материала проведено комплексное кабинетное исследование. При работе с эго-документами для поиска соответствующих контекстов использовался нарративный анализ текстов, основанный на пробной версии программы LIWC 2015. При работе с фотоматериалами и иллюстрациями был применен метод интерпретативного анализа. Ключевыми научными подходами для нас явились подход социальной истории медицины (Loudon, 1997; Porter, 2007), теории медиализации (Conrad, 2007; Foucault, 2008). Нам важно установить, как родильная клиника трансформировала культуру родовспоможения и семейную повседневность горожан, каким образом медицинское знание меняло представления о нормах и патологиях не только в самом акте родоразрешения, но и в поведении роженицы, членов ее семьи, врачей и акушерок.

3. Обсуждение

Зарубежные социальные историки медицины, гендерные историки, социальные и культурные антропологи обращаются к изучению различных сторон медиализации деторождения, в особенности в контексте исследования технократической модели родов. По их мнению, технократическая модель родов – продукт легитимации именно клинического родовспоможения (Leavitt, 1986; Davis-Floyd, 1994; Minghui, 2019). Дж. Левитт связывала историю медиализации родовспоможения, утверждение технократической модели родов не столько с прогрессом науки и технологий, сколько с господствовавшей патриархатной системой, которая не только не думала сдавать позиции, но и вытесняла женский опыт и знания из сферы наблюдения за женским репродуктивным здоровьем. Часть исследований посвящено проблеме проникновения врачей-мужчин в область родовспоможения и занятие акушерками подчиненного положения (Green, 2008). Важным направлением исследовательского интереса стал историко-сравнительный анализ материнской смерти в условиях домашнего и клинического родовспоможения (Loudon, 1991). Вызывали интерес отдельные стороны медиализации родовспоможения, в частности внедрение в клиническое родовспоможение обезболивания (Wolf, 2011).

В российской исторической литературе существует ограниченное число работ по истории родовспоможения (Mitsyuk, Pushkareva, 2019), что связано с устоявшимися междисциплинарными рамками и игнорированием использования современных релевантных концептуальных исследовательских подходов. Родильная культура нередко становилась предметом исследования для этнографов. Однако их интерес ограничен исключительно традиционными практиками родовспоможения в крестьянской среде. Историки медицины фокусируются на институциональной истории родовспомогательных учреждений и истории научного знания в сфере акушерства.

Исключение составляют историки повседневности и гендерные историки, которые поднимают новые сюжеты в исследовании историко-антропологической культуры родовспоможения (Веременко, 2011; Мицюк, Пушкарева 2017; Мицюк, Пушкарева, 2021), а также социологи, которые затрагивают проблемы советского родовспоможения (Leykin, Rivkin-Fish, 2021).

4. Результаты

Первые родильные клиники в России появились в конце XVIII в. при медицинских учебных заведениях и воспитательных домах в Москве и Санкт-Петербурге, а также в крупнейших городах, в которых были открыты университеты. Главная задача родильных домов состояла не столько в заботе о здоровье женщин, сколько в возможности развивать практические навыки у врачей. В условиях домашних родов было невозможно заставить женщин обращаться за помощью к врачам-мужчинам. Стационарное акушерство в регионах, лишенных университетов, стало развиваться с 1860–1870-х гг., в связи с буржуазным развитием и реформами местного самоуправления. К началу XX в. клиническое родовспоможение утвердилось в столице и крупнейших промышленно развитых городах. В регионах России, в уездных городах и сельской местности устойчивость сохраняло народное акушерство. Стационарные роды приобретали легитимность исключительно среди горожанок.

Клиническое родовспоможение в России в XIX в. характеризовалось разнообразием форм родильных стационаров: самостоятельные родильные отделения (приюты), акушерские клиники при медицинских учреждениях, родильные приюты, принадлежавшие городским или земским органам власти и частные родильные приюты. Образцом для многих заведений считался родильный госпиталь Императорского Клинического повивально-гинекологического института. Родильные дома, в отличие от приютов, убежищ и родильных отделений больниц, являлись массивными зданиями, включавшими значительное число палат, оснащенных операционными, смотровыми, дезинфекционными, дежурными комнатами, с многочисленными дополнительными постройками. Планировка основного здания имела традиционные черты, характеризовавшие больничное пространство: широкий длинный коридор с палатами на две стороны. К организации клинического пространства крупнейших госпиталей подходили с особым вниманием, о чем свидетельствует участие в разработке архитектурных планов врачей и ведущих архитекторов. К примеру, в проектировании нового здания Императорского Клинического повивально-гинекологического института в начале XX в. принимал участие титулованный профессор Д.О. Отт, его идеи воплощал профессор архитектуры Л.Н. Бенуа (Акушерско-гинекологические..., 1910: 90). Акушерская клиника при Императорской Военно-медицинской академии была построена по проекту академика Г.Е. Рейна.

Важными принципами клинического пространства являлись изоляция и сегрегация пациенток. Первоначально существовало разделение на «секретных» (незамужние женщины, чья беременность относилась к разряду «незаконной») и «законных» (состоявших в браке). Их палаты располагались в различных концах здания. С внедрением правил асептики и антисептики появились отдельные помещения для здоровых и инфицированных («септическое», «изоляционное», «лазарет», «для инфицированных», «заразное», «сомнительное»). Принцип изоляции пациенток стал выражаться в запрете родственникам посещать палату родильного отделения. В дальнейшем этот принцип распространится на все отделения родильной клиники.

С развитием акушерской науки, применением все большего числа хирургических операций важным преимуществом клинического родовспоможения стали широкие возможности использования оперативного вмешательства в случае возникновения патологии. К началу XX в. операционные стали ключевым преимуществом клинического родовспоможения и символом авторитета врача перед домашними повивальницами. Родовой акт патологизировался, операционная становилась аксиологическим центром родильной клиники.

В крупных родильных клиниках, как правило, располагалось две операционные – большая и малая. В университетских родильных клиниках к операционным предъявлялся особый подход, так как они занимали важное место в практическом образовании будущих врачей (Отт, 1914: 63-119). Оперлируемая рассматривалась в этом случае в качестве особого объекта, над которым не только совершались определенные действия: ее тело становилось предметом для обучения, своеобразным «живым фантомом». В связи с этим конструкции операционных при университетских клиниках были однотипными, напоминавшими амфитеатр со специальными местами для зрителей-слушателей (Акушерско-гинекологические..., 1910: 120). В центре круглой операционной акушерской клиники Императорской Военно-медицинской академии и родильного госпиталя Повивального института в Санкт-Петербурге находился стеклянный павильон. На уровне второго этажа размещалось несколько ярусов для зрителей, рассчитанные на 60 человек. Приходившие студенты превращались в зрителей, которым выдавали бинокли. Оперлируемая находилась в экстремальном положении. За производимыми над ней манипуляциями могли наблюдать до 100 человек, включая врачебный персонал. Для лучшего освещения профессор Отт разработал специальный шлем с лампочкой для врача, получивший название «лобная лампа» (Отт, 1914: 70). Поведение врачей на операциях не всегда соответствовало современным стандартам. К примеру, врач вполне мог оперировать «с сигарой в руках» (Груздев, 1898: 50).

Центральное место в операционной занимал родильный стол или вариации родильного кресла. Акушеры и гинекологи «соревновались» в изобретении оптимального операционного кресла (кровати), а также средств, фиксирующих положение тела роженицы для максимально удобной работы врача. Распространение получили приспособления профессора акушерства и гинекологии Д.О. Отта. Вместо металлических операционных кроватей он сконструировал более дешевый деревянный вариант операционного гинекологического кресла, который оценивался в 30 руб. (Бубличенко, 1915: 6-7). Он был устроен таким образом, что пациентку можно было фиксировать в различном положении (даже вниз головой) и проводить над ней всевозможные медицинские манипуляции. Для удобной фиксации ног пациенток врач предлагал специальные приспособления, которые получили название «ногoderжатели Отта».

В небольших родильных приютах с ограниченным финансированием операционные могли вовсе отсутствовать. При необходимости проведения оперативных вмешательств в операционную превращалась палата роженицы.

В начале XX в. в столичных родильных клиниках стали появляться рентгеновские кабинеты и диагностические лаборатории. Рентгеновские снимки становились важным средством при назначении операций и корректировке методов акушерской помощи.

Первоначально родильные дома, предназначенные для бедных рожениц, содержали большие палаты (дородовые и послеродовые), рассчитанные на 6–12 пациенток. С последней трети XIX в. услугами родильных домов стали пользоваться обеспеченные клиентки, что обусловило появление одиночных палат, за размещение в которых необходимо было вносить повышенную плату. В ряде палат было предусмотрена дополнительная кровать для родственников женского пола, которые могли находиться вместе с роженицей или родильницей. Если в условиях домашних родов муж оказывал поддержку роженице и повитухе, то в условиях клиники доступ к роженице был запрещен.

С развитием учения в области гигиены в родовспомогательных заведениях стали появляться ванне комнаты. Дезинфекции рожениц начали уделять особое внимание. Палаты родильной клиники непременно были снабжены умывальниками с холодной и горячей водой. В благоустроенных родильных домах в каждой палате за специальной драпировкой размещалось биде. В начале XX в. все родильные клиники были снабжены помещениями для стерилизации инструментов, использовался автоклав.

Традиционную обстановку родильных палат составляли письменный стол, стулья, шкаф, иногда кресло и кушетка. На окнах могли висеть занавески, это придавало палате ощущение домашнего уюта. В больших родильных домах на дверях палат размещались рамочки, куда помещались фамилии пациенток. В правом верхнем углу, по аналогии с «красным углом» в крестьянских избах, размещалась икона, как правило, с изображением Богородицы.

Послеродовые палаты располагались в особом отделении. Они могли быть общими (вмещали до 10–12 кроватей) и одиночными. В первой половине XIX в. новорожденные размещались в отдельном помещении – «детской», в которых часто использовались красные занавески. Считалось, что занавески именно этого цвета имели благоприятное действие на кожу новорожденных (Отчет..., 1988: 88). К началу XX в. с развитием идеалов материнской заботы новорожденные стали содержаться в отдельной кроватке рядом с матерью (Мицюк, Белова, 2021). Для удобства идентификации новорожденных стали использовать детские браслеты, которые соответствовали идентификационному листку матери. Они крепились на ручку ребенка вскоре после рождения. На браслетах, как правило, указывался номер ребенка, такой же номер располагался на кровати матери новорожденного. В некоторых отделениях использовались медальоны, которые крепились к кроваткам новорожденных.

Ориентация родильных домов на образовательную цель (обучение будущих врачей) оказывала влияние на организацию пространства. При крупных родильных домах располагались ассистентские, кабинет профессора, квартиры для медицинского персонала. Многие родильные дома имели учебные классы, где обучали студентов медицинских факультетов и повивальных бабок. Частым явлением было проектирование при родильных домах и отделениях квартир врачей, акушерок, обслуживающего персонала, что было связано с необходимостью их экстренного присутствия на родах.

В ряде родильных клиник были устроены специальные крестильные комнаты («крещальни») для младенцев, где могли присутствовать приглашенные на крестины гости. В крупных стационарах могли находиться курительные комнаты, оборудованные креслами, классными досками и даже фантомами. Предполагалось, что именно там между медицинским персоналом обсуждались наиболее интересные врачебные случаи («эта комната представляется излюбленным местом, где зачастую обсуждаются наблюдавшиеся интересные случаи» (Акушерско-гинекологические..., 1910: 121).

Родильные госпитали, имевшие несколько этажей, стали оснащаться лифтами («подъемные машины»/«подъемные платформы») (Груздев, 1898: 167), которые решали проблему транспортировки пациенток из одного отделения в другое.

Провинциальные родильные отделения, если таковые вообще были, разительно отличались от столичных больниц, что было связано с ограниченностью средств у городских и земских властей.

С 1870-х гг. в связи с распространением случаев инфицирования в крупных родильных домах стали появляться небольшие родильные приюты. Они не имели собственного помещения, размещаясь на каком-либо этаже (или части этажа) больницы или даже на съемной квартире, были рассчитаны на 2–5 кроватей (Городские..., 1882: 2).

С конца XIX в. начали исчезать отделения, предназначенные для «секретных» рожениц. Это было связано с тем, что количество замужних пациенток стало превышать число незамужних. Кроме этого, в обществе наблюдалось более терпимое отношение к внебрачным беременностям.

С развитием стационарного акушерства повышались требования к организации родильных приютов. К 1910-м гг. оформились первые стандарты относительно таких учреждений. Согласно предписаниям, любой, даже самый небольшой родильный приют на несколько коек, должен был иметь следующие отделения: «смотровую и ванную», родильную палату, операционную, палаты для послеродовых, палату для изоляции, служебные помещения (Бубличенко, 1915: 4). Палаты должны были выходить на солнечную сторону, операционная – на северо-восток. Символом родильных отделений стал зеленый фонарь. Именно он размещался над входом с той целью, чтобы в ночное время роженицы могли без труда обнаружить его местоположение (Городские..., 1882: 6).

В рамках клинического родовспоможения, в особенности с развитием научного акушерства, стал заметен процесс медикализации деторождения. Главная черта технократической модели – восприятие женского тела как несовершенной машины, которая без помощи профессионалов не в состоянии произвести ребенка (Davis-Floyd, 1996). Женщины, поступавшие в родильные отделения, стали оцениваться не просто как «пациентки», но как «больные». По образцу других отделений врачи стали собирать анамнез и составлять «истории болезней» рожениц. Даже если роды у женщины протекали без осложнений, в больничных документах история родов стала называться «история болезни» (История болезней..., 1899). Если в первой половине XIX в. в журналах родильных стационаров размещались минимальные сведения о пациентах (ЦГИА. СПб. Ф. 145. Оп. 1. Д. 1–4, 7), то к концу XIX в. врачи собирали внушительный анамнез (ЦГИА. СПб. Ф. 145. Оп. 1. Д. 75; Ф. 366. Оп. 1. Д. 1, 35; Ф. 432. Оп. 1. Д. 7). Медицинская терминология, описывающая родовой акт, превращалась в описание врачебной истории болезни.

Первые стандарты в течении родового процесса были связаны с установлением норм в отношении временного течения родового акта. Отклонение от установленной средней величины могло стать критерием для необходимости оперативного вмешательства. Средний период родового процесса для первородящих считался 18 ч. 45 мин., у многородящих – 10 ч. 68 мин. Средняя продолжительность родов – 13 ч. 34 мин. (Вофф, 1891: 18). Несмотря на это, в отчетах родильных клиник продолжали встречаться весьма продолжительные роды, которые заканчивались благополучно. Согласно отчетам Санкт-петербургских клиник, 20–30 ч. длились роды более чем у 20 % первородящих; 30–50 ч. у 10 % первородящих, наконец, более 50 ч. – у 5 % таковых (Михайлов, 1895: 113). В первой половине XIX в. нередко в отчетах родильных отделений продолжительность родов могла быть до 100 часов (Сто лет..., 1898: 30), во второй половине XIX в. подобных цифр уже не встречалось. Все случаи, превышавшие закрепленные стандарты, квалифицировались в качестве патологии и требовали оперативного вмешательства.

Понятие «медицинская норма» стало ключевым в определении способности женщины к самостоятельным родам. Наиболее частым признаком, свидетельствующим о возможных нарушениях родовой деятельности, в больничном пространстве становилось «сужение таза». В 1910-х гг. в родильных приютах Москвы до 20 % беременных имели подобный диагноз (Отчеты..., 1916: 16), следствием которого было оперативное вмешательство.

Профессиональное акушерство унифицировало не только место для родов, но и родильные позы. Если в народной традиции использовались различные родильные позы (в положении стоя, «на корточках», сидя, на коленях, в висячем положении), то положение «лежа на спине» становилось единственным легитимным с позиции научного акушерства. Все иные позы оценивались врачами как «первобытные» (Рейн, 1906: 25). Женское тело воспринималось как объект для врачебных манипуляций, движения и позы роженицы должны были быть ограничены для максимального удобства работы профессионалов.

К началу XX в. в родильных клиниках неизменными атрибутами стали специальные средства и инструменты для осмотра пациенток. Акушерские и гинекологические осмотры, регулярные анализы оказались чрезвычайно важны при работе профессионалов. Авторы учебников, доктора медицины словно соревновались в поиске способов оптимального гинекологического осмотра. Доктор медицины Д.О. Отт разработал около 20 различных поз для внешнего и внутреннего осмотра пациенток, среди которых такие экстремальные, как положение головой вниз с разведенными, обездвиженными при помощи «ногдержателя», связанными ногами (Отт, 1914: 90). На картинках учебников по гинекологии и акушерству, начиная с последней трети XIX в., детально изображались различные позы оперируемых и осматриваемых пациенток, во многом напоминающие тела на средневековых конструкциях для пыток (Отт, 1914: 70, 76).

Акушерские клиники превращались в особое пространство для родов, наполненное новыми материальными артефактами. Врач в акушерской клинике обладал значительным количеством

инструментов, которые символизировали его профессионализм и превосходство над повивальными бабками, призываемыми на домашние роды. Большинство инструментов было заимствовано из хирургии. Впоследствии на основе хирургических разрабатывались специфические акушерские инструменты (акушерские ложки, зеркала, расширители, ножницы, иглодержатели, различные скальпели, пинцеты, зонды, зажимы, всевозможные щипцы, различные вариации ножниц и др.).

Непосредственно в родильной комнате, операционных появляются различные акушерские (родильные) кресла и столы. До последней трети XIX в. родильные кресла мало чем отличались от образцов, которые могли использоваться при домашних родах. В столичных родильных домах использовались дорогие зарубежные родильные кровати, имевшие сложную конструкцию. Поскольку стандарты только зарождались, многие врачи конца XIX – начала XX вв. могли экспериментировать. Акушеры-гинекологи К.А. Раухфус, Д.О. Отт разработали новые кресла-кровати, которые позволяли лучше фиксировать положение роженицы с помощью специальных колец и ремней. Классическим на века стало родильное кресло, разработанное в начале XIX в. акушером-гинекологом А.Н. Рахмановым, получившее наименование «рахмановское кресло».

Статистические данные акушерских отделений свидетельствуют о стремительном росте оперативных вмешательств с 1860-х гг. Анализ отчетов родильного госпиталя при Императорском Клиническом повивальном институте в Санкт-Петербурге показал, что до середины XIX в. операционных вмешательств было не более 7 % (Сто лет..., 1898: 9-11, 15). К концу XIX в. оперативные вмешательства достигали 20 % родов (Сто лет..., 1898: 539). В 1910-е гг. в родильных отделениях Москвы количество операций доходило до 30 % от принятых родов (Отчеты..., 1916: 17). Среди оперативных вмешательств были распространены искусственное вскрытие плодного пузыря, различные внутренние повороты («поворот на ножку»), с конца XIX в. в практику клинического родовспоможения входили операции кесарева сечения, краниотомия, операция Ротто (абдоминальное кесарево сечение с ампутацией матки), выжимание плода, «прободение головки» и др. (Потеенко, 1911). При крайнем затруднении прохода плода через родовые пути использовались техники наложения щипцов, формы которых в условиях стационара были многообразными. Наиболее частыми в использовании были щипцы Лазаревича, Симпсона, Левре, Брауна, Буша, Зейферта.

В женской автодокументалистике XIX в. крайне редко описывался опыт деторождения в акушерских клиниках. Самые сильные страхи женщин были связаны с применением хирургических инструментов (Две тетради..., 2010). Тяжелую картину родового процесса описывала Л.Д. Менделеева-Блок: «Четверо суток длилась пытка. Хлороформ, щипцы, температура сорок, почти никакой надежды, что бедный мальчик выживет... Я лежала: передо мной была белая равнина больничного одеяла, больничной стены. Я была одна в своей палате и думала: «Если это смерть, как она проста...». Но умер сын, а я нет» (Блок, 1979: 67). Безусловно, возможность проведения оперативных вмешательств могла спасти жизнь женщин при трудных родах, облегчала их страдания. Однако хирургические вмешательства нередко отражали интересы врачей, так как позволяли демонстрировать превосходство стационарного акушерства и усиливать авторитет врачей перед лицом повивальных бабок.

Медиализация деторождения выражалась в стремительном проникновении в родильную клинику средств обезболивания. Оперативное акушерство утверждалось благодаря появлению анестезии. Впервые наркоз при родах применил шотландский акушер Д.Я. Симпсон в 1847 г. (Фицхаррис, 2018). В середине XIX в. в России во врачебном сообществе встречалось применение народных средств, снимающих боли. В частности, использовалась «спорынья внутрь» (Груздев, 1898: 137), хотя к концу XIX в. употребление подобного средства уже не встречалось. Не было жестких стандартов относительно средств обезболивания. К концу XIX в. для обезболивания в условиях стационаров применялся чаще всего хлороформный наркоз, а также эфир, морфий, опиум (Вофф, 1891: 56). Обезболивание, приводившее пациенток в бессознательное состояние, несомненно, имело преимущество в части избавления женщин от страданий. Наркоз превращал роженицу в «идеальную пациентку». Хлороформирование позволяло врачам проводить комплекс медицинских манипуляций, лишая женщину активной роли в родах.

Не было жестких стандартов в отношении применяемых методов акушерской помощи. Для врачей сохранялось поле для экспериментов. Использовались свето- и водолечение, радиотерапия, электролечебницы, газолечение и проч. (Акушерско-гинекологические..., 1910: 98, 206). При Императорском Клиническом повивальном институте проводилось изучение влияния звуковых волн на родовую деятельность, в связи с чем кровати пациенток были снабжены специальными микрофонами для прослушивания музыки (Акушерско-гинекологические..., 1910: 107). В начале XX в. появился экспериментальный метод лечения и даже стимуляции родовой деятельности – при помощи электричества и электромагнита. Эксперименты с применением электрического тока в акушерстве и гинекологии вызывали особый врачебный интерес.

5. Заключение

К началу XX в. клиническое родовспоможение утвердилось в крупнейших городах. Оно разрушало традиционную культуру родов, основанную на свободном поведении роженицы,

сохранении женского пространства родов, использовании религиозных обрядов, средств народной медицины. В рамках клинического родовспоможения формировалась технократическая (биомедицинская) модель родовспоможения. С одной стороны, новая модель родов создавала преимущества: снижение материнской и младенческой смертности, предоставление оперативной помощи в случае затруднения родового процесса, обезболивание родовой деятельности, профессиональный уход, новые медицинские технологии и инструменты. Но она имела свои издержки. Важными принципами клинического пространства родов являлась изоляция и сегрегация пациенток, введение жестких представлений о норме и патологии. Важнейшими признаками клинического родовспоможения являлись патологизация родового процесса; рост оперативного вмешательства; пациентки лишались индивидуальности, они должны были полностью подчиняться правилам и режиму родильной клиники, превращаясь в объект врачебных действий; рост формального контроля над пациентками (строгость в режиме, требования к одежде, запреты на посещения); стандартизация действий, осуществляемых над роженицами (дезинфекция при поступлении, анатомио-физиологические измерения, акушерско-гинекологические осмотры, зачастую публичные); легитимация единственной родильной позы.

6. Благодарности

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-28-00625, Родительство в контексте семейной и репродуктивной политики в новейшей истории России: социально-исторический, медико-антропологический анализ и поддержано Министерством науки и высшего образования Российской Федерации (№ соглашения о предоставлении гранта: 075-15-2020-910).

Литература

- Акушерско-гинекологические...**, 2010 – Акушерско-гинекологические учреждения России. СПб., 1910. 328 с.
- Блок, 1979** – Блок Л.Д. И был, и небылицы о Блоке и о себе. Бремен, 1979. 103 с.
- Бубличенко, 1915** – Бубличенко Л.И. Практические указания для устройства родильного приюта и приютов для беременных и родильниц. Петроград, 1915. 26 с.
- Веремченко, 2011** – Веремченко В.А. Организация акушерской помощи дворянкам в России во второй половине XIX – начале XX в. // *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина*. 2011. Т. 4. № 3. С. 138-144.
- Вовф, 1891** – Вовф И. (1891) Медицинский отчет акушерского отделения клиники акушерства и женских болезней при Императорской Военно-медицинской академии, 1884–1891 гг. СПб. 122 с.
- Городские...**, 1897 – Городские родильные приюты в С.-Петербурге в 1868–1885 гг. СПб., 1887. 95 с.
- Груздев, 1898** – Груздев С.А. Исторический очерк кафедры акушерства и женских болезней Императорской военно-медицинской академии. СПб., 1898. С. 5-76.
- Две тетради, 2010** – Две тетради. Дневник Н.А. Миротворской. М., 2010. 296 с.
- Истории болезней, 1899** – Истории болезней // *Журнал акушерства и женских болезней*. 1899. Т. XIII. С. 336-403.
- Концепция...**, 2014 – Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации до 2025 года. Распоряжение Правительства РФ от 25 августа 2014 года №1618-р. [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2014/08/29/semya-site-dok.html> (дата обращения: 29.12.2021 г.).
- Михайлов, 1895** – Михайлов В. Средние русские акушерские итоги за 50 лет (1840–1890). Новгород, 1895. 448 с.
- Мицюк, Белова, 2021** – Мицюк Н.А., Белова А.В. Акушерский труд как первая официальная профессия женщин в России в XVIII – начале XX в. // *Вестник РУДН. Серия «История России»*. 2021. Т. 20. № 2. С. 270-286.
- Мицюк и др., 2021** – Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л., Белова А.В. Источниковедческий потенциал фондов родильных домов и отделений в дореволюционной России. Вторая половина XVIII – начало XIX в. // *Вестник архивиста*. 2021. № 4. С. 1009-1022.
- Мицюк, Пушкарева, 2017** – Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л. У истоков медиализации: основы российской социальной политики в сфере репродуктивного здоровья (1760–1860 гг.) // *Журнал исследований социальной политики*. 2017. № 4. С. 515-530.
- Мицюк, Пушкарева, 2021** – Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л. Зарождение биополитической модели рождаемости в XIX – начале XX в. // *Журнал исследований социальной политики*. 2021. № 3. С. 421-436.
- Национальный проект...**, 2019 – Национальный проект «Здоровье и демография» 2019–2024. [Электронный ресурс]. URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf>. (дата обращения: 29.12.2021 г.).
- Отт, 1914** – Отт Д. Оперативная гинекология. СПб., 1914. 603 с.
- Отчет...**, 1909 – Отчет о деятельности городского родильного дома им. А.А. Абрикосовой (с 3 июня 1906 г. по 1 января 1908 г.). М., 1909. 26 с.

- Отчеты...**, 1916 – Отчеты родовспомогательных учреждений, находящихся в ведении Московского городского общественного управления за 1914 г. М., 1916. 253 с.
- Потеенко, 1911** – *Потеенко В.В.* 159 случаев чревосечений // *Журнал акушерства и женских болезней*. 1911. № 11. С. 1521-1553.
- РГИА** – Российский государственный исторический архив.
- Рейн, 1906** – *Рейн Г.Е.* Родовспоможение в России. Сборник докладов на IX Пироговском съезде. СПб., 1906. 144 с.
- Сто лет..., 1898** – Сто лет деятельности Императорского клинического повивального института (1797–1897 гг.). СПб., 1898. 1281 с.
- Указ Президента..., 2019** – Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г.» [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/ (дата обращения: 29.12.2021 г.).
- Фидлер, 2008** – *Фидлер Ф.Ф.* Из мира литераторов: характеры и суждения. М., 2008. 861 с.
- Фицхаррис, 2018** – *Фицхаррис Л.* Ужасная медицина. Как всего один хирург Викторианской эпохи кардинально изменил медицину и спас множество жизней. М., 2018. 301 с.
- Фохт-Ларионова, 2001** – *Фохт-Ларионова Т.* Воспоминания. М., 2001. 661 с.
- ЦГИА СПб** – Центральный исторический архив С.-Петербурга.
- Conrad, 2007** – *Conrad P.* The Medicalization of Society. Baltimore. 2007. 204 p.
- Davis-Floyd, 1994** – *Davis-Floyd R.E.* The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression // *Social Science and Medicine*. 1994. Vol. 38. № 8. Pp. 1125-1140.
- Davis-Floyd, 1996** – *Davis-Floyd R.* The Technocratic Body and the Organic Body: Hegemony and Heresy in Women's Birth Choices. New Jersey: 1996, pp. 123-166.
- Foucault, 2008** – Foucault M. The birth of biopolitics: lectures at the College de France, 1978–1979. Basingstoke. 2008. 346 p.
- Gelis, 1991** – *Gelis J.* History of Childbirth: Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe. Boston, 1991. 326 p.
- Green, 2008** – *Green M.H.* Making Women's Medicine Masculine: The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology. Oxford, 2008. 409 p.
- Leavitt, 1986** – *Leavitt J.W.* Brought to Bed. Childbearing in America 1750–1950. Oxford, 1986. 284 p.
- Leykin, Rivkin-Fish, 2021** – *Leykin I., Rivkin-Fish M.* Politicized Demography and Biomedical Authority in post-Soviet Russia // *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*. 2021. 41 (9). Pp. 857-869.
- Loudon, 1991** – *Loudon I.* On maternal and infant mortality, 1900–1960 // *Social History of Medicine*. 1991. №4. Pp. 29-73.
- Loudon, 1997** – *Loudon I.* (Ed.) Western Medicine: An Illustrated History. Oxford, 1997. 347 p.
- Minghui, 2020** – Minghui Li Childbirth transformation and new style midwifery in Beijing, 1926–1937 // *The History of the Family*. 2020. Vol. 25. № 3. Pp. 406-431.
- Mitsyuk et al., 2019** – *Mitsyuk N.A., Pushkareva N.L., Belova A.V.* The history of childbirth as the subject of social and humanitarian studies in Russia // *History of Medicine*. 2019. Vol. 6(3). Pp. 153-157.
- Porter, 2006** – *Porter R.* (Ed.). Cambridge History of Medicine. Cambridge, 2006. 400 p.
- Wolf, 2011** – *Wolf J.H.* Deliver Me from Pain: Anesthesia and Birth in America. Baltimore, 2011. 367 p.

References

- Akushersko-ginekologicheskie..., 2010** – Akushersko-ginekologicheskie uchrezhdenija Rossii [Obstetric and gynecological institutions of Russia]. СПб., 1910. 328 p. [in Russian]
- Blok, 1979** – *Blok, L.D.* (1979). I byl', i nebylicy o Bloke i o sebe [And the past, and tall tales about the Block and about yourself]. Bremen, 103 p. [in Russian]
- Publichenko, 1915** – *Publichenko, L.I.* (1915). Prakticheskie ukazaniya dlja ustrojstva rodil'nogo prijutov i prijutov dlja beremennyh i rodil'nic [Practical instructions for setting up a maternity shelter and shelters for pregnant women and maternity hospitals]. Petrograd, 26 p. [in Russian]
- CGIA SPb** – Central'nyj istoricheskij arhiv S-Peterburga [Central Historical Archive of St. Petersburg].
- Conrad, 2007** – *Conrad, P.* (2007). The Medicalization of Society. Baltimore, 204 p.
- Davis-Floyd, 1994** – *Davis-Floyd, R.E.* (1994). The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression. *Social Science and Medicine*. 38 (8): 1125-1140.
- Davis-Floyd, 1996** – *Davis-Floyd, R.* (1996). The Technocratic Body and the Organic Body: Hegemony and Heresy in Women's Birth Choices. New Jersey, pp. 123-166.
- Dve tetradi, 2010** – Dve tetradi. Dnevnik N.A. Mirotvorskoy [Two notebooks. Diary of N.A. Mirotvorskoy]. М., 2010. 296 p. [in Russian]
- Ficharris, 2018** – *Ficharris, L.* (2018). Uzhasnaja medicina. Kak vsego odin hirurg Viktorianskoj jepohi kardinal'no izmenil medicinu i spas mnozhestvo zhiznej [Terrible medicine. How Just One Victorian-era Surgeon Radically Changed Medicine and Saved Many Lives]. М., 301 p. [in Russian]
- Fidler, 2008** – *Fidler, F.F.* (2008). Iz mira literatorov: haraktery i suzhdenija [From the world of writers: characters and judgments]. М., 861 p. [in Russian]

- Foht-Larionova, 2001 – *Foht-Larionova, T.* (2001). *Vospominanija [Memories]*. M., 661 p. [in Russian]
- Foucault, 2008 – *Foucault, M.* (2008). *The birth of biopolitics: lectures at the College de France, 1978–1979*. Basingstoke. 346 p.
- Gelis, 1991 – *Gelis, J.* (1991). *History of Childbirth: Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe*. Boston. 326 p.
- Gorodskie..., 1897 – *Gorodskie rodil'nye prijuty v S-Peterburge v 1868–1885 [City maternity shelters in St. Petersburg in 1868–1885]*. SPb., 1897. 95 p. [in Russian]
- Green, 2008 – *Green, M.H.* (2008). *Making Women's Medicine Masculine: The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology*. Oxford. 409 p.
- Gruzdev, 1898 – *Gruzdev, S.A.* (1898). *Istoricheskiy ocherk kafedry akusherstva i zhenskih boleznj Imperatorskoj voenno-medicinskoj akademii [Historical essay of the Department of Obstetrics and Women's Diseases of the Imperial Military Medical Academy]*. SPb. Pp. 5-76. [in Russian]
- Istorii boleznj, 1899 – *Istorii boleznj [Histories of Diseases]* (1899). *Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznj [Journal of Obstetrics and Women's Diseases]*. XIII. Pp. 336-403. [in Russian]
- Koncepcija..., 2014 – *Koncepcija gosudarstvennoj semejnoy politiki v Rossijskoj Federacii do 2025 goda. Rasporjazhenie Pravitel'stva RF ot 25 avgusta 2014 g. №1618-r [The Concept of state family policy in the Russian Federation until 2025. Decree of the Government of the Russian Federation]*. [Electronic resource]. URL: <https://rg.ru/2014/08/29/semya-site-dok.html>. (date of access: 29.12.2021).
- Leavitt, 1986 – *Leavitt, J.W.* (1986). *Brought to Bed. Childbearing in America 1750–1950*. Oxford. 284 p.
- Leykin, Rivkin-Fish, 2021 – *Leykin, I., Rivkin-Fish, M.* (2021). *Politicized Demography and Biomedical Authority in post-Soviet Russia. Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*. 41 (9): 857-869.
- Loudon, 1991 – *Loudon, I.* (1991). *On maternal and infant mortality, 1900–1960. Social History of Medicine*. 4: 29-73.
- Loudon, 1997 – *Loudon, I.* (Ed.) (1997). *Western Medicine: An Illustrated History*. Oxford: Oxford University Press. 347 p.
- Mikhailov, 1895 – *Mikhailov, V.* (1895). *Srednie russkie akusherskie itogi za 50 let (1840–1890) [Average Russian obstetric results for 50 years (1840–1890)]*. Novgorod, 448 p. [in Russian]
- Minghui, 2020 – *Minghui, L.* (2020). *Childbirth transformation and new style midwifery in Beijing, 1926–1937. The History of the Family*. 25 (3): 406-431.
- Mitsyuk, Belova, 2021 – *Mitsyuk, N.A., Belova, A.V.* (2021). *Akusherskiy trud kak pervaja oficial'naja professija zhenshhin v Rossii v XVIII – nachale XX v. [Midwifery as the first official profession of women in Russia, 18th to early 20th centuries]*. *Vestnik RUDN. Seriya «Istoriya Rossii»*. 20(2): 270-285. [in Russian]
- Mitsyuk, Pushkareva, 2017 – *Mitsyuk, N.A., Pushkareva, N.L.* (2017). *U istokov medikalizacii: osnovy rossijskoj social'noj politiki v sfere reproduktivnogo zdorov'ja (1760–1860 gg.) [The Origins of Medicalization: The Basis of Russian Social Policy in the Field of Reproductive Health (1760–1860)]*. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki*. 15(4): 515-530. [in Russian]
- Mitsyuk, Pushkareva, 2021 – *Mitsyuk, N.A., Pushkareva, N.L.* (2021). *Zarozhdenie biopoliticheskoj modeli rozhd'aemosti v XIX – nachale XX v. [The origin of the biopolitical model of birth control in the 19th – beginning of 20th centuries Russia]*. *Zhurnal issledovaniï sotsial'noi politiki*. 19(3): 421-436. [in Russian]
- Mitsyuk et al., 2019 – *Mitsyuk, N.A., Pushkareva, N.L., Belova, A.V.* (2019). *The history of childbirth as the subject of social and humanitarian studies in Russia. History of Medicine*. 6(3): 153-157.
- Mitsyuk i dr., 2021 – *Mitsyuk, N.A., Pushkareva, N.L., Belova, A.V.* (2021). *Istochnikovedcheskiy potencial fondov rodil'nyh domov i otdelenij v dorevoljucionnoj Rossii. Vtoraja polovina XVIII – nachalo XIX v. [Source Potential of the Fonds of Maternity Hospitals and Wards in Pre-Revolutionary Russia: Second Half of the 18th – Early 20th Century]*. *Vestnik arkhivista*. 4: 1009-1022. [in Russian]
- Nacional'nyj projekt..., 2019 – *Nacional'nyj projekt Zdorov'e i demografija 2019–2024 [National Project Health and Demography]*. [Electronic resource]. URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf>. (date of access: 29.12.2021).
- Otchet..., 1909 – *Otchet o dejatel'nosti gorodskogo rodil'nogo doma im. A.A. Abrikosovoj [Report on the activities of the city maternity hospital of A.A. Abrikosovoj]*. M., 1909. 26 p. [in Russian]
- Otchety..., 1916 – *Otchety rodovspomogatel'nyh uchrezhdenij, nahodjashhihsja v vedenii Moskovskogo gorodskogo obshhestvennogo upravlenija za 1914 g. [Reports of maternity institutions under the jurisdiction of the Moscow City Public Administration for 1914]*. M., 1916. 253 p. [in Russian]
- Ott, 1914 – *Ott, D.* (1914). *Operativnaja ginekologija [Operative gynecology]*. SPb., 603 p. [in Russian]
- Porter, 2006 – *Porter, R.* (Ed.). (2006). *Cambridge History of Medicine*. Cambridge. 400 p.
- Poteenko, 1911 – *Poteenko, V.V.* (1911). *159 sluchaev chrevosechenij [159 cases of cesarean section]*. *Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznj*. 11: 1521-1553. [in Russian]
- Rejn, 1906 – *Rejn, G.E.* (1906). *Rodovspomozhenie v Rossii. Sbornik dokladov na IX Pirogovskom sezde [Obstetrics in Russia. Collection of reports at the IX Pirogov Congress]*. SPb., 144 p. [in Russian]
- RGIA – *Rossijskiy gosudarstvennyj istoricheskiy arhiv [Russian State Historical Archive]*.

[Sto let..., 1898](#) – Sto let dejatel'nosti Imperatorskogo klinicheskogo povival'nogo instituta (1797–897 gg.) [One hundred years of activity of the Imperial Clinical Midwifery Institute]. SPb., 1898. 1281 p. [in Russian]

[Ukaz..., 2019](#) – Ukaz Prezidenta RF ot 6 ijunja 2019 g. N 254 O Strategii razvitija zdavoohranenija v Rossijskoj Federacii na period do 2025 g. [Decree of the President of the Russian Federation No. 254 of June 6, 2019 On the Strategy for the Development of Healthcare in the Russian Federation for the period up to 2025]. [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/ (date of access: 29.12.2021).

[Veremenko, 2011](#) – Veremenko, V.A. (2011). Organizacija akusherskoj pomoshhi dvorjankam v Rossii vo vtoroj polovine XIX–nachale XX v. [Organization of obstetric care for noblewomen in Russia in the second half of the XIX-early XX century]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina*. 4(3): 138-144. [in Russian]

[Voff, 1891](#) – Voff, I. (1891) Medicinskij otchet akusherskogo otdelenija kliniki akusherstva i zhenskikh boleznej pri Imperatorskoj Voenno-medicinskoj akademii, 1884–1891 [Medical report of the Obstetric department of the Clinic of Obstetrics and Women's Diseases at the Imperial Military Medical Academy, 1884–1891]. SPb., 122 p. [in Russian]

[Wolf, 2011](#) – Wolf, J.H. (2011). Deliver Me from Pain: Anesthesia and Birth in America. Baltimore. 367 p.

Организация пространства первых родильных клиник в России (XIX – начало XX вв.)

Наталья Александровна Мицюк ^{a, *}, Наталья Львовна Пушкарева ^b, Анна Валерьевна Белова ^{b, c}

^a Смоленский государственный медицинский университет, Российская Федерация

^b Институт этнологии и антропологии имени Н.Н. Миклухо-Маклая РАН, Российская Федерация

^c Тверской государственный университет, Российская Федерация

Аннотация. На основании медицинской литературы XIX – начала XX вв., архивных материалов, эго-документов раскрыто своеобразие формирования пространства родильной клиники в дореволюционной России. Ключевыми научными подходами стали подход социальной истории медицины, гендерной истории и концепции медиализации. В статье показано, что клиническое родовспоможение приобретало легитимность исключительно в крупных городах и воспринималось населением как патологическое место для родов. Клиническое родовспоможение разрушало традиционную культуру родов, основанную на свободном поведении роженицы, сохранении женского пространства родов, использовании религиозных обрядов, средств народной медицины. Утверждавшаяся биомедицинская модель родов, с одной стороны, снижала уровень материнской и младенческой смертности, предоставляла оперативную помощь и обезболивание. Но с другой – происходила изоляция и сегрегация пациенток, вводились жесткие представления о норме и патологии, росло не всегда обоснованное число оперативных вмешательств; пациентки становились объектом для врачебных действий, лишаясь индивидуальности и инициативы, происходило закрепление единственной родильной позы. Пространство родильной клиники отражало прежде всего интересы врачей, было направлено на максимальную эффективность производства ими акушерских манипуляций над роженицами.

Ключевые слова: деторождение, история родильной культуры, акушерство, технократическая модель родов, медиализация деторождения, клиническое родовспоможение.

* Корреспондирующий автор

Адреса электронной почты: nmitsyuk@gmail.com (Н.А. Мицюк), pushkarev@mail.ru (Н.Л. Пушкарева), anna.belova@iea.ras.ru (А.В. Белова)