



# Антропология родильной клиники в России в XIX начале XX в.: клиническое пространство, пациенты и профессионалы

Мицюк Наталья Александровна<sup>А</sup>, Пушкарева Наталья Львовна<sup>Б</sup>

<sup>А</sup> Смоленский Государственный Медицинский Университет, Смоленск, Россия [nmitsyuk@gmail.com](mailto:nmitsyuk@gmail.com)

<sup>Б</sup> ИЭА РАН, Москва, Россия [pushkarev@mail.ru](mailto:pushkarev@mail.ru)

## АННОТАЦИЯ

*В России социальная история родовспоможения – новая тема для исследовательского поиска. Представленная публикация раскрывает своеобразие антропологии родильной клиники в рамках утверждавшейся на протяжении второй половины XVIII – начала XX в. биомедицинской модели родовспоможения. В статье показано, что клиническое родовспоможение приобретало легитимность исключительно в крупных городах и воспринималось населением как патологическое место для родов. С одной стороны, утверждавшаяся технократическая модель родов снижала уровень материнской и младенческой смертности, предоставляла оперативную помощь и обезболивание. Но с другой, происходили 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 – в положении лежа. Пространство родильной клиники отражало прежде всего интересы врачей, было направлено на максимальную эффективность производства ими акушерских манипуляций над роженицами. Акушерки заняли подчиненное место в иерархии медицинского персонала, полностью подчиняясь врачам. Клиническое родовспоможение разрушало традиционную культуру родов, основанную на свободном поведении роженицы, сохранении женского пространства родов, использовании религиозных обрядов, средств народной медицины.*

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

деторождение, история родильной культуры, акушерство, технократическая модель родов, медикализация деторождения, клиническое родовспоможение

Важным этапом в истории развития родильной культуры Нового времени стран Европы и Северной Америки явился переход от традиционной модели деторождения к профессиональной, основанной прежде всего на научном знании. Главным признаком формирующегося на протяжении XVIII – начала XIX в. профессионального акушерства было оказание услуг родовспоможения людьми, имевшими особую институционализированную (научную) подготовку. В результате развития научной медицины, акушерской теории и практики, роста числа родильных стационаров формировалась система клинического

родовспоможения. Новая модель существенно образом меняла семейную повседневность, так как происходил перенос важнейшего семейного события – рождения детей из домашнего пространства в клиническое (Gelis 1991). В процессе перехода менялся состав участников, характер медицинских приемов (новый инструментарий, увеличение оперативных вмешательств), отношение к роженице. Родильная клиника превращалась в единственное легитимное пространство для родов. В различных странах и регионах формирование стационарного акушерства проходило неравномерно. Этот процесс характеризовался национальной спецификой. Клиническое родовспоможение в России утверждалось на протяжении второй половины XVIII – начала XX в. (Leavitt 1986).

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).

В данном исследовании нас не интересует институциональная сторона развития клинического родовспоможения (появление и распространение родильных клиник, история научных открытий и изобретений). Цель настоящего исследования, используя российский кейс – впервые раскрыть специфику формирования пространства родильной клиники в XIX – начале XX в. Ориентируясь на подходы социальной истории медицины (Loudon 1997, Porter 2006) и антропологии родов (Киященко, Ожиганова 2021), теории медиализации (Conrad 2007), 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. Нам важно определить, каким образом утверждалась биомедицинская модель родов, что при этом приобретали и что теряли женщины, 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.

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, Belova 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).

В исследовании были использованы четыре основные группы источников. Основу исследования составила медицинская литература XIX – начала XX в. (отчеты родильных клиник, описания родовспомогательных стационаров, учебники по гинекологии, акушерству), работа с которой была организована в фондах Российской национальной библиотеки, Российской государственной библиотеки. Привлекались также регистрационные карточки пациенток, родильные журналы, хранящиеся в фондах медицинских учреждений российских архивов (Российский государственный исторический архив, Центральный государственный исторический архив г. Санкт-Петербург, Государственный архив Смоленской области) (Мицюк, Белова, Пушкарева 2021). Были использованы визуальные источники (фотоматериалы, музейные артефакты, иллюстративный материал). Автодокументальная литература позволила рассмотреть эмоциональные переживания от лица пациенток. Описание родов в стационаре удалось обнаружить в литературных воспоминаниях Т. Фохт-Ларионовой, воспоминаниях Л.Д. Менделеевой-Блок, Н.А. Миротворской, дневниках А.А. Алексеевского, Ф.Ф. Фидлера, (РГИА. Ф. 1102. Оп. 1. Д. 40. Л. 22об-23; 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 эгодокументами для поиска соответствующих контекстов использовался нарративный анализ текстов, основанной на пробной версии программы LIWC 2015.

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 годов, 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, 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 всё 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, располагались 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). Оперируемая 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 размещались несколько ярусов для зрителей, рассчитанные на 60 человек. Приходившие студенты превращались в зрителей, которым выдавали бинокли. Оперируемая 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 «ногодержатели 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 была предусмотрена дополнительная кровать для родственников женского пола, которые могли находиться вместе роженицей или родильницей. Если в условиях домашних родов муж мог оказывать поддержку роженице и повитухе, то в условиях клиники доступ к роженице был запрещен.

С развитием учения в области гигиены в родовспомогательных заведениях стали появляться ваннные 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. 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 годов, 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, предназначавшиеся 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 годам 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 медиализации 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 родовую 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 многородящей 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 годах 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 «ногoderжателя», 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 были заимствованы 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 в. 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 годов. 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 годы 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 Рогго (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, опий (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 – даже стимуляции родовой деятельности – при помощи электричества и электромагнита. Эксперименты с применением электрического тока в акушерстве и гинекологии вызывали особый врачебный интерес.

Формирование клинического родовспоможения в России происходило на протяжении второй половины XVIII – XIX в. К началу XX в. новая модель родовспоможения утвердилась в крупнейших городах. В XIX в. не было строгой стандартизации в деятельности родильных клиник. Выделялись различные группы акушерских клиник, которые выполняли особые функции: самостоятельные родильные отделения, акушерские клиники при медицинских учреждениях, родильные приюты, принадлежавшие городским или земским органам власти и частные родильные приюты. Важнейшая цель родильных клиник на протяжении всего XIX в. – подготовка квалифицированного медицинского персонала.

Организованное родовспоможение характеризовалось новым родовым пространством (перенос из дома в клинику), новыми участниками (вместо необразованных бабок-повивальниц – профессиональные повивальные бабки, впоследствии акушерки и врачи-акушеры), новыми манипуляциями (применение медицинских инструментов и техник, оперативные вмешательства, обезболивание) и новыми

нормативными отношениями между врачами и пациентами (особые правила приема и содержания, изоляция рожениц, унифицированная одежда, режим, подчинение пациенток врачебным указаниям и др.). Процесс медиализации деторождения привел к тому, что экспертные системы (врачи, а вслед за ними органы власти через соответствующую социальную политику) стали рассматривать родильную клинику в качестве наиболее безопасного места для родов.

Клиническое родовспоможение разрушало традиционную культуру родов, основанную на свободном поведении роженицы, сохранении женского пространства родов, использовании религиозных обрядов, средств народной медицины. Значительное место в клиническом родовспоможении в начале XX в. заняло оперативное акушерство. Несомненно, оно было призвано помочь женщинам при возникновении трудных родов. Но в то же время оперативное акушерство продвигалось не всегда в интересах женщин. Оно было призвано поднять авторитет врачей-акушеров, стремившихся сравняться с их коллегами-хирургами, которые занимали самое высокое место в иерархии врачебных специальностей. В условиях стационаров женщины теряли свободу распоряжаться собственным телом. Они превращались в объекты для подчас жестоких экспериментов врачей-мужчин. Родильные отделения не всегда были местом безопасным для роженицы. Несмотря на внедрение правил асептики и антисептики, высокими были цифры материнской смертности.

Клиническое родовспоможение через введение стандартов содержания, представлений о нормах и патологиях при родах, полностью контролировало поведение пациенток. В развитии клинического пространства родов были заинтересованы все участники процесса: государство, профессиональное сообщество врачей и сами роженицы. В условиях родильной клиники было легче осуществлять контроль над репродуктивным поведением женщины, внедряя представления о норме и патологии. Для врачебного сообщества клиника давала важный практический материал, позволявший укреплять собственный авторитет в профессии. Наконец, пациентки получали возможность облегчить собственные страдания благодаря применению обезболивания, воспользоваться помощью при трудных родах.

В рамках клинического родовспоможения формировалась технократическая (биомедицинская) модель этого процесса. С одной стороны, утверждавшаяся технократическая 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 эта модель имела свои издержки. Важными принципами клинического пространства родов являлась изоляция и сегрегация пациенток, введение жестких представлений о норме и патологии. Среди важнейших признаков клинического родовспоможения: 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, анатомо-физиологические измерения, акушерско-гинекологические осмотры, зачастую публичные); легитимация единственной родильной позы – в положении лежа, запрет на активные действия пациенток при схватках и непосредственно в родах, активная роль врача, акушерки.

## ФИНАНСИРОВАНИЕ

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-28-00625 и поддержано Министерством науки и высшего образования РФ (соглашение № 075-15-2020-910)

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

РГИА – Российский государственный исторический архив.

ЦГИА СПб – Центральный исторический архив Санкт-Петербурга.

## Источники

Акушерско-гинекологические учреждения России (1910), СПб., 328 с.

Блок Л.Д. (1979) И была, и небылицы о Блоке и о себе, Бремен, 103 с.

Бубличенко Л.И. (1915) Практические указания для устройства родильного приюта и приютов для беременных и родильниц, Петроград, 26 с.

Волф И. (1891) Медицинский отчет акушерского отделения клиники акушерства и женских болезней при Императорской Военно-медицинской академии, 1884–1891 гг., СПб., 122 с.



Городские родильные приюты в С.-Петербурге в 1868–1885 гг. (1887) СПб., 95 с.

Груздев С.А. (1898) Исторический очерк кафедры акушерства и женских болезней Императорской военно-медицинской академии, СПб., с. 5–76.

Две тетради. Дневник Н.А. Миротворской (2010), М.: «Галерея СТО», 296 с.

Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации до 2025 года. Распоряжение Правительства РФ от 25 августа 2014 года №1618-р. (2014) [Электронный ресурс] URL: <https://rg.ru/2014/08/29/semya-site-dok.html> (14.10.2022 г.).

Михайлов В. (1895) Средние русские акушерские итоги за 50 лет (1840–1890), Новгород, 448 с.

Отт Д. (1914) Оперативная гинекология, СПб., 603 с.

Отчеты родовспомогательных учреждений, находящихся в ведении Московского городского общественного управления за 1914 г. (1916), М., 253 с.

Потеенко В.В. (1911) 159 случаев чревосечений, Журнал акушерства и женских болезней, № 11, с. 1521–1553.

РГИА. Ф. 1102. Оп. 1. Д. 40. Л. 22об–23.

Рейн Г.Е. (1906) Родовспоможение в России. Сборник докладов на IX Пироговском съезде, СПб., 144 с.

Росздравнадзор (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>. (14.10.2022 г.).

Сто лет деятельности Императорского клинического повивального института (1797–1897 гг.) (1898), СПб., 1281 с.

Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г. (2019) [Электронный ресурс] URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_326419/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/) (14.10.2022 г.).

Фидлер Ф.Ф. (2008) Из мира литераторов: характеры и суждения, М., 861 с.

Фицхаррис, Л. (2018) Ужасная медицина. Как всего один хирург Викторианской эпохи кардинально изменил медицину и спас множество жизней, М., 301 с.

Фохт-Ларионова Т. (2001) Воспоминания Т. Фохт-Ларионовой, Российский Архив: История Отечества в свидетельствах и документах XVIII–XX вв.: Альманах, М.: Студия ТРИТЭ: Росархив, Т. XI, с. 643–661.

ЦГИА СПб. Ф. 145. Оп. 1. Д. 1.

ЦГИА СПб. Ф. 145. Оп. 1. Д. 2.

ЦГИА СПб. Ф. 366. Оп. 1. Д. 7.

ЦГИА СПб. Ф. 366. Оп. 1. Д. 35.

ЦГИА СПб. Ф. 432. Оп. 1. Д. 75.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- [1] Conrad, P. (2007) *The Medicalization of Society*, Baltimore, 204 p.
- [2] Davis-Floyd, R. (1996) *The Technocratic Body and the Organic Body: Hegemony and Heresy in Women's Birth Choices*, New Jersey, p. 123–166.
- [3] Davis-Floyd, R.E. (1994) *The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expression*, *Social Science and Medicine*, vol. 38 (8), pp. 1125–1140.
- [4] Gelis, J. (1991) *History of Childbirth: Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe*, Boston, 326 p.
- [5] Green, M.H. (2008) *Making Women's Medicine Masculine: The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology*, Oxford, 409 p.
- [6] Leavitt, J.W. (1986) *Brought to Bed. Childbearing in America 1750–1950*, Oxford, 284 p.
- [7] Leykin, I., Rivkin-Fish, M. (2021) *Politicized Demography and Biomedical Authority in post-Soviet Russia*, *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, vol. 41 (9), p. 857–869.
- [8] Loudon, I. (1991) *On maternal and infant mortality, 1900–1960*, *Social History of Medicine*, No 4, p. 29–73.
- [9] Loudon, I. (1997) *Western Medicine: An Illustrated History*, Oxford, 347 p.
- [10] Minghui, Li (2020) *Childbirth transformation and new style midwifery in Beijing, 1926–1937*, *The History of the Family*, vol. 25, No 3, p. 406–431.
- [11] 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*, vol. 6(3), p. 153–157.
- [12] Wolf, J.H. (2011) *Deliver Me from Pain: Anesthesia and Birth in America*. Baltimore, 367 p.
- [13] Веретенко В.А. (2011) Организация акушерской помощи дворянкам в России во

второй половине XIX – начале XX в., Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина, т. 4, № 3, с. 138–144.

- [14] Киященко Л.П., Ожиганова А.А. (2021) Антропология репродукции, родов и акушерства: опыт междисциплинарной рефлексии, Медицинская антропология и биоэтика, т. 22, № 2. ([http://www.medanthro.ru/?page\\_id=5661](http://www.medanthro.ru/?page_id=5661)).
- [15] Мицюк Н.А., Белова А.В. (2021) Акушерский труд как первая официальная профессия женщин в России в XVIII – начале XX в., Вестник РУДН. Серия: История России, т. 20, № 2, с. 270–286.
- [16] Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л. (2017) У истоков медиализации: основы российской социальной политики в сфере репродуктивного здоровья (1760–1860 гг.), Журнал исследований социальной политики, № 4, с. 515–530.
- [17] Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л. (2021) Зарождение биополитической модели рождаемости в XIX–начале XX в., Журнал исследований социальной политики, № 3, с. 421–436.
- [18] Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л., Белова А.В. (2021) Источниковедческий потенциал фондов родильных домов и отделений в дореволюционной России. Вторая половина XVIII – начало XIX в., Вестник архивиста, № 4, с. 1009–1022.

#### Для цитирования

Мицюк Н.А., Пушкарева Н.Л. (2022) Антропология родильной клиники в России в XIX – начале XX в.: клиническое пространство, пациенты и профессионалы, Медицинская антропология и биоэтика, 2(24). DOI: <https://doi.org/10.33876/2224-9680/2022-2-24/03>

#### ОБ АВТОРАХ



**Наталья Александровна Мицюк** – доктор исторических наук, доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук Смоленского государственного

медицинского университета (Смоленск, Россия) <https://orcid.org/0000-0002-9862-1272>



**Наталья Львовна Пушкарева** – доктор исторических наук, профессор, зав. центром гендерных исследований и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН (Москва, Россия)

<https://orcid.org/0000-0001-6295-3331>