

Смирнова Елена Михайловна

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

В условиях современного реформирования системы здравоохранения наблюдается повышенный интерес к историческому опыту постановки "медицинской части" в России. В статье рассматриваются вопросы обеспечения городского населения государственной и негосударственной медицинской помощью в первой половине XIX в., оценивается степень ее доступности. Автор стремится восполнить пробел в истории здравоохранения этого периода, сосредоточенной преимущественно на изучении деятельности государственных органов и отдельных учреждений.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/3/2013/7-1/49.html

Источник

Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2013. № 7 (33): в 2-х ч. Ч. I. С. 185-189. ISSN 1997-292X.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/3.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/3/2013/7-1/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net
Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: voprosy_hist@gramota.net

Текстовая реальность сегодня все активнее заменяется экранными образами и визуальным рядом. Современный человек, погруженный в технологизированную среду, мыслит «картинками» и воспринимает информацию, представленную преимущественно в зрительных образах.

Узнавание традиционных ценностей, транслируемых с помощью визуального ряда, происходит в пределах сжатой формы (например, в рекламе), где за внешней и видимой простотой кроются сложность и глубина. Ориентация рынка массового потребления на легко усвояемые ценности, преимущественно «схваченные» глазом, – общий характер современной культуры. А между кем и кем оказывается визуальный образ как текст – это вопрос, рождающий порой конфликтные версии диалога между автором/создателем и читателем/интерпретатором.

Список литературы

1. Арнхейм Р. Искусство и визуальное восприятие. М.: Прогресс, 1974. 392 с.
2. Бим-Бад Б. М. Педагогический энциклопедический словарь. М.: Большая российская энциклопедия, 2002. 528 с.
3. Колодий В. В. Видение и особенности современного визуального опыта // Известия Томского политехнического университета. 2011. Т. 318. № 6. С. 114-119.
4. Порозов Р. Ю. Визуальное как доминанта современной культуры // Политическая лингвистика. Екатеринбург, 2011. Вып. 2 (36). С. 219-221.
5. Симбирцева Н. А. Визуальное в современной культуре [Электронный ресурс]. URL: <http://www.cultural-research.ru/Simbirzeva.pdf> (дата обращения: 05.05.2013).
6. Черневич Е. Язык графического дизайна: материалы к методике художественного конструирования / ВНИИТЭ. М., 1975. 437 с.
7. Mirzoeff N. Introduction to Visual Culture. L. – N. Y., 1999.

VISUAL TEXT AS PHENOMENON OF MODERN CULTURE

Simbirtseva Natal'ya Alekseevna, Ph. D. in Art Criticism, Associate Professor
Ural State Pedagogical University
Simbirtseva.nat@yandex.ru

Visual text under modern culture conditions is directed towards not only active influence within socium, but also towards reading, comprehension and interpretation. Advertisements, slogans, graffiti, advertisement banners, TV-commercials are notable examples of visual being. They demonstrate the ability to influence and control human consciousness, forming a particular type of thinking. The modern man is “doomed” to read visual texts inscribed in the space of his daily life.

Key words and phrases: Visual Studies; visual; visual text; visual culture; vision; interpretation.

УДК 61(09)

Исторические науки и археология

В условиях современного реформирования системы здравоохранения наблюдается повышенный интерес к историческому опыту постановки «медицинской части» в России. В статье рассматриваются вопросы обеспечения городского населения государственной и негосударственной медицинской помощью в первой половине XIX в., оценивается степень ее доступности. Автор стремится восполнить пробел в истории здравоохранения этого периода, сосредоточенной преимущественно на изучении деятельности государственных органов и отдельных учреждений.

Ключевые слова и фразы: приказы общественного призрения; лечебные учреждения; неимущее население; негосударственная медицинская помощь; оспопрививание; противоэпидемические мероприятия.

Смирнова Елена Михайловна, к.и.н., доцент
Ярославская государственная медицинская академия
smirnova.klio@mail.ru

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА[©]

Становление государственной системы медицинского обслуживания в России относится к XVIII в. Основное внимание на протяжении столетия уделялось медицинскому обеспечению армии и флота, но были сделаны первые шаги и в организации гражданского здравоохранения. К ним относятся указы об открытии первых частных аптек, призрении незаконнорожденных, мероприятия по санитарному надзору, назначение врачей в столичные и «знатные» города России. Среди достижений екатерининского времени – учреждение

в губерниях приказов общественного призрения (1775 г.). На них возлагалась обязанность устраивать и содержать богоугодные заведения, в том числе и больницы.

Государство подходило к здравоохранению как предмету благотворительности. Объектом попечения власти, убежденной в «несложности болезни» у простого народа, считали неимущие, социально незащищенные слои населения. Эта позиция определяла политику в сфере здравоохранения: предоставление элементарной медицинской помощи при минимуме затрат и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий, когда возникала угроза национальной безопасности. Руководство медициной в рассматриваемый период находилось в руках Медицинского департамента в структуре Министерства внутренних дел (МВД), краткий период (1811-1819 гг.) – в составе Министерства полиции.

Организационные основы государственной медицины в провинциальной России заложил закон 19 января 1797 г. [10, с. 287-296]. Создавалась местная медицинская администрация – врачебные управы, предназначенные стать «блюстителем здравия» в губерниях. Вводилось штатное расписание медицинского персонала, согласно которому в каждом губернском и уездном городе полагался лекарь (официальное звание врача до 1917 г.) и два лекарских ученика (вспомогательный медицинский персонал, прошедший подготовку на рабочем месте под руководством врача). Лекарь обслуживал не только город, но и весь уезд. Впервые для провинции прописывались должности повивальных бабок: две в губернском городе и одна – в уездном. Общий надзор за «народным здравием» в губерниях был возложен на губернаторов.

Важнейшей задачей врачебных управ стала забота о создании сети лечебных учреждений. На рубеже XVIII-XIX вв. появились больницы в большинстве губернских городов, затем лечебницы на 5-10 коек во многих уездных центрах – все они находились в ведении приказов общественного призрения. К 1852 г. насчитывалось 535 лечебных учреждений приказов [1, ч. 3, кн. 3, с. 703]. Больницы губернских городов содержались на средства приказов, пожалованные Екатериной II и приумноженные «законными» финансовыми операциями [14]. Лечебницы уездных городов, хотя и числились в ведомстве приказов, финансировались городскими думами и благотворителями. Городские думы не спешили тратиться на медицину.

Лечебные заведения устраивались в соответствии с «Примерным положением для учреждения больниц» 1775 г. [17, с. 276-278]. Они должны были иметь особые отделения для «наружных» больных, «лихорадочной горячкой одержимых», венерических, чесоточных, выздоравливающих, палаты для женщин, собственную аптеку, подсобные помещения, а также подсобное хозяйство (огород, скотный двор). Этим требованиям, разумеется, могли удовлетворять только больницы губернских городов. Обслуживал больницу уездный лекарь и лекарские ученики. Во время частых разъездов лекаря по уезду больница оставалась на попечении старшего ученика – помощника врача.

Больницы приказа общественного призрения предназначались в первую очередь для «безденежного» лечения неимущих: инвалидов, сирот, престарелых, казенных крестьян (бесплатное лечение крепостных крестьян не предусматривалось). На правах неимущих госпитализировались «казенного звания люди»: рядовые городских гарнизонных, милицейских и инвалидных команд, арестанты (там, где острог не располагал специальной больничной камерой) [16, с. 104]. С 1834 г. в больницах приказа стали бесплатно лечить низших чинов государственных учреждений, отставных чиновников и членов их семей. Там же лечились военнослужащие и рекруты, если в регионе не было военного госпиталя. Остальное население могло пользоваться услугами больницы «за умеренную плату» [5, с. 726-727]. Лечение лиц «казенного звания» оплачивалось соответствующими ведомствами. Эти платежи составляли основную часть доходов больницы, поэтому гражданские и – чаще – военные нижние чины составляли подавляющее большинство стационарных больных. В 1831 г. министр внутренних дел А. А. Закревский распорядился, чтобы губернаторы «положили конец ненормальному предпочтению военного сословия всем прочим», поскольку это не соответствовало цели больниц приказов [3, с. 84]. Но положение не изменилось – собственных средств приказов и ассигнований городов на содержание больниц не хватало.

Лекарствами лечебницы обеспечивались из центральных казенных и – при отсутствии казенных препаратов с разрешения врачебной управы – частных аптек. Часто лекарства готовились на месте врачами или под их надзором лекарскими учениками: фармацевты по штатному расписанию в больницах не полагались. МВД утверждало каталоги лекарственных средств, руководствуясь, прежде всего, соображениями экономии. Действовало три каталога: для гражданских лиц – наиболее полный, для военных чинов – содержал вдвое меньше лекарств, чем гражданский, и каталог для арестантов. Врач поневоле вынужден был назначать лечение, исходя не из медицинских показаний, а из ведомственной принадлежности больного. Заявление попечителя богоугодных заведений Земляники из гоголевского «Ревизора» вполне соответствовало положению вещей: «...насчет врачевания мы с Христианом Ивановичем (уездным лекарем – Е. С.) взяли свои меры: чем ближе к натуре, тем лучше, – лекарств дорогих мы не употребляем. Человек простой: если умрет, то и так умрет; если выздоровеет, то и так выздоровеет» [2, с. 166].

Больницы приказов общественного призрения, хотя постепенно и увеличивали коечную мощность, далеко не удовлетворяли потребностей в медицинской помощи, тем более что с увеличением численности населения, развитием городов, интенсификацией хозяйственных связей росла и заболеваемость, в том числе эпидемическими болезнями. Положение больниц признавалось неудовлетворительным по недостатку денежных средств, оборудования, хроническому дефициту медицинских кадров. В течение первой половины XIX в. до 15% штатных мест врачей и вспомогательного медицинского персонала оставались не замещенными. В 1842 г. в России насчитывалось всего 7 600 гражданских врачей [3, с. 79].

МВД обращало внимание на состояние лечебных учреждений в провинции. В 1834 г., после осмотра медицинских учреждений в ряде губерний в связи с эпидемией холеры, министр гр. Д. Н. Блудов признавался: «Я не мог не удостовериться как в том, что нельзя сих больниц оставить в их нынешнем положении... так равно и в невозможности завести ныне же во всех городах новые, хорошие больницы с приличными штатами и с назначением достаточных сумм для содержания их в таком виде. Сей расход долженствовал бы простираться до нескольких миллионов...» [12, с. 558]. Миллионов для больниц не было. Поэтому МВД пыталось улучшить положение административными методами: усилением контроля и регламентации деятельности лечебных учреждений. Подчас эта регламентация носила мелочный характер. Так, еще в 1826 г. Николай I в именном указе губернаторам предписывал «не ставить кроватей одну подле другой, а отделять их между собой промежутками, в которые бы помещались столики... окна же в комнатах больниц снизу до трети их высоты... закладывать дощатыми плотными ставнями...» [9, с. 340-341].

В 1851 г. был введен Устав лечебных заведений гражданского ведомства [15, с. 4-18]. Уездные больницы изымались из ведения городских дум и переподчинялись приказам общественного призрения. Все больницы, согласно Уставу, предназначались для лечения служащих гражданских и военных ведомств. Каждое ведомство, общество или частное лицо могло вносить деньги для постоянного содержания определенного числа кроватей. Плата за содержание и лечение ежегодно устанавливалась министром внутренних дел. На бесплатное лечение – при наличии мест – принимали только лечебницы губернских городов, которые содержались из собственных сумм приказов. Следовательно, те категории населения, для которых по первоначальному замыслу открывались больницы, в большинстве случаев лишались бесплатной медицинской помощи.

Эта реорганизация не дала положительной динамики. Плохо устроенные больницы – их в народе называли «морилками» – не пользовались популярностью у населения, которое зачастую испытывало недоверие к рациональной медицинской помощи. К тому же поступление в стационар означало отрыв от привычной среды, потерю заработка и даже рабочего места. «Только одна бедность или совершенная невозможность исцелиться на дому, в состоянии принудить их к этому» [4, с. 178], – писала «Московская медицинская газета». Обычно госпитализировали при подозрении на острое инфекционное заболевание или в тяжелом, даже безнадежном состоянии. Запущенность заболевания, низкое качество лечения обуславливали высокую смертность.

Бесплатную акушерскую помощь оказывали правительственные повивальные бабки. Во многих уездных городах должности повивальных бабок до середины XIX в. оставались вакантными – не хватало кадров, к тому же население не доверяло «ученым акушеркам». Инспектор Ярославской врачебной управы Вишневецкий отмечал после ревизии медицинских учреждений губернии 1829 г., что повивальная бабка «доверием пользуется дворянского, частью купеческого и частью мещанского сословия». Прочие же классы вследствие «сделанной издавна привычки» «прибегают к помощи в родах к простым повитухам» [11, д. 477, л. 3].

Ряд законоположений, принятых в 1830-1840-е гг., содействовал развитию негосударственных форм медицинской помощи. В 1832 г. было юридически оформлено право владельцев фабрик и мануфактур содержать врачей на собственный счет. Возможность приглашать врачей – без казенного жалования – предоставлялась гимназиям и уездным училищам (1836 г.). В 1840 г. городские общества получили право иметь сверхштатных медиков с выплатой жалованья из городских доходов. Города редко применяли это положение, поэтому с 1843 г. по распоряжению министра внутренних дел в уездные города помимо уездных врачей назначались городские. Эти врачи выполняли врачебно-полицейские и судебно-полицейские функции, кроме того, в их ведение передавались уездные и тюремные больницы [13, с. 28-29].

Основная масса населения обращалась к частной медицинской помощи. В крупных городах развивалась «вольная» врачебная, акушерская и стоматологическая практика. Лечение у вольнопрактикующего врача было дорогим. Поэтому большинство пользовалось услугами лекарей-самоучек: костоправов, цирюльников и других. Отношение медицинских чиновников к народным целителям неоднозначно. Юридически – это запрещенная законом деятельность. С другой стороны, приходилось считаться с реальностью: с устоявшейся традицией, с тем фактом, что обеспечить население необходимым количеством дипломированных медиков было невозможно. В 1845 г. медицинский департамент МВД утвердил правила для испытаний цирюльников в фельдшерском мастерстве и тем самым ввел лицензирование оказываемых ими медицинских услуг. Звание мастера и разрешение открыть заведение можно было получить, продемонстрировав элементарные теоретические знания в области хирургии и умение производить разрешенные цирюльникам операции: пускать кровь, ставить пиявки, удалять зубы, прививать оспу и т.п. Операции могли производиться только «по письменному или личному приказанию врача» (за исключением случаев, когда требовалась неотложная помощь). Циркуляр МВД предписывал, чтобы цирюльни, «относительно подаваемого в них больным врачебного пособия», состояли под надзором губернских и областных «медицинских начальств» [Там же, с. 62-64].

С начала XIX в. МВД все большее внимание вынуждено было уделять борьбе с эпидемическими заболеваниями. Серьезную угрозу общественному здоровью представляла натуральная оспа, от которой погибал каждый седьмой ребенок. В 1802 г. в порядке эксперимента началось оспопрививание. В тот период оно значительно отличалось от сегодняшней вакцинации. Не существовало антисептики. Прививочным материалом служило содержимое пустул (оспепных пузырьков) привитых детей, значит, была опасность побочного заражения рожей, сифилисом и др. В соответствии с Положением Комитета Министров 1811 г. создавались губернские и уездные оспенные комитеты, их задача – принимать «действенные меры к прививанию оспы». Губернаторам предписывалось организовать подготовку оспопрививателей [8, с. 640-645]. Планировалось провести оспопрививание всех детей до двухлетнего возраста. События 1812 г. отвлекли внимание от оспы, и распоряжение правительства не было выполнено. С 1804 г. по 1815 г. было привито 1 899 260 детей, примерно 10% родившихся – «результат, без сомнения, грустный», – констатировал официальный историк МВД Н. Варадинов [1, ч. 2, кн. 1, с. 409].

Последующие годы не принесли заметных успехов. Закон об обязательном оспопрививании отсутствовал. Дело наталкивалось на равнодушие местных чиновников, недостаток средств и оспопрививателей, предубеждение населения. Оспленные комитеты не обладали реальными полномочиями. Финансовая поддержка столь важного мероприятия была ничтожной: МВД распорядилось ежегодно выделять на оспопрививание в губерниях из местных налоговых поступлений 285 руб., причем 190 руб. предназначались на содержание ревизора [13, с. 180]. Правительство уповало на администрирование. В 1832 г. циркуляром МВД губернаторам предписывалось «употреблять все зависящие от них способы, дабы в губерниях... прививание предохранительной оспы было продолжаемо неослабно, и повсеместно более и более распространяемо» [Там же, с. 177-180]. В 1855 г. при МВД была создана комиссия для внедрения оспопрививания. Но эпидемии оспы посещали Россию почти ежегодно. Ситуация была переломлена только в земский период.

Холера, уносившая жизни до 50% заболевших, впервые пришла в Европу в 1817 г. С появлением холеры в Европейской России в 1830 г. правительство приняло ряд мер: учредило специальную центральную комиссию, направило в регионы, охваченные эпидемией, медицинский персонал и медикаменты [6, с. 819-824]. Однако распоряжения носили общий характер (принять «решительные меры» к прекращению эпидемии) – холера была недостаточно изучена, многие сомневались в ее «заразительности» и потому даже смягчались карантинные правила, мешавшие развитию торговли. В дальнейшем Медицинский департамент МВД разработал систему противоэпидемических мер: создавались губернские и уездные холерные комитеты, открывались временные больницы, распространялись «наставления» по соблюдению гигиенических правил, оказанию первой доврачебной помощи.

В 1852 г. «для благовременного устранения всего того, что угрожает здравью и принятия единообразных мер к пресечению болезней эпидемических и эпизоотических» учреждались комитеты общественного здравия в губерниях и уездах [7, с. 1-3]. Санитарно-профилактическая работа включала меры по выявлению и ликвидации очагов заразных болезней, распространение рекомендаций для населения по профилактике заболеваний, контроль санитарного состояния городов, качества продовольствия, проведение ветеринарных осмотров. Проведение этих мероприятий возлагалось на членов врачебной управы и уездных врачей, которые одновременно выполняли обязанности санитарных и ветеринарных врачей. Эти задачи решались при участии полиции, городской администрации, сословных и иных учреждений. К середине XIX в. серьезной социальной проблемой стал сифилис. Министерство внутренних дел (1843 г.) выработало инструкции по борьбе с распространением «любоострастной болезни» [13, с. 169-173].

В середине XIX в. связи с планами властей реформировать приказы общественного призрения вопросы преобразования медицинского дела стали предметом обсуждения в медицинской печати. Критическому анализу подверглось состояние уездных больниц, лекарственное обеспечение населения, положение уездных и городских врачей, организация управления медицинским делом.

«Приказная медицина» уходила в прошлое. С введением «Положения о губернских и уездных земских учреждениях» (1864 г.) лечебные заведения приказа общественного призрения отошли к земству. Городское население получило возможность пользоваться стационарным и амбулаторным лечением в земских больницах. В последней трети XIX в. начала развиваться городская и фабрично-заводская медицина.

Список литературы

1. **Варадинов Н.** История Министерства внутренних дел. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1859-1862. Ч. 1-3.
2. **Гоголь Н. В.** Повести. Пьесы. Мертвые души. М.: Художественная литература, 1975.
3. **Министерство внутренних дел. 1802–1902:** исторический очерк. СПб.: Типография Министерства внутренних дел, 1902. Т. 1.
4. **Московская медицинская газета.** 1862. № 30.
5. **О людях, имеющих право на пользование в подведомственных Приказам Общественного Призрения больницах:** Сенатский указ от 12 июля 1834 г. № 7273 // Полное собрание законов Российской империи (ПСЗРИ). СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1855. Собрание 2. Т. IX. Ч. 1.
6. **О мерах, предполагаемых к пресечению эпидемической болезни холеры, и об учреждении для сего Центральной Комиссии:** Высочайше утвержденное положение Комитета Министров от 29 августа 1830 г. № 3881 // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. Собрание 2. Т. V. Ч. 1.
7. **О правилах учреждения и действий Комитетов Общественного Здравия:** Сенатский указ от 24 января 1852 г. № 25930а // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1853. Собрание 2. Т. XXVII. Ч. 2.
8. **О распространении прививания коровьей оспы по губерниям:** Высочайше утвержденное положение Комитета Министров от 3 мая 1811 г. № 24622 // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. Собрание 1. Т. XXXI.
9. **Об устройении заведений по части приказов общественного призрения:** Именной указ от 8 апреля 1826 г. № 244 // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. Собрание 2. Т. I.
10. **Об учреждении Медицинских управ:** Высочайше утвержденный доклад Медицинской коллегии от 19 января 1797 г. № 17743 // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. Собрание 1. Т. XXIV.
11. **Российский государственный исторический архив (РГИА).** Ф. 1299. Оп. 15.
12. **Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г.** СПб., 1857. Т. 6.
13. **Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения министерства по 1 октября 1858 г.** СПб., 1858. Т. 7.

14. **Смирнова Е. М.** Приказы общественного призрения и здравоохранение России (конец XVIII – середина XIX в.) // Новый исторический вестник. 2011. № 4 (30). С. 6-17.
15. **Устав лечебных заведений гражданского ведомства:** Высочайше утвержденный Устав лечебных заведений гражданского ведомства от 1 января 1851 г. № 24781a // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1853. Собрание 2. Т. XXXVII. Ч. 2.
16. **Устав о общественном призрении** // Свод законов Российской империи. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1857. Т. XIII.
17. **Учреждения для управлений губерний Всероссийской империи:** Именной указ от 7 ноября 1775 г. № 14392 // ПСЗРИ. СПб.: Тип. II Отделения Собственной Его Императорского Величества Канцелярии, 1830. Собрание 1. Т. XX.

MEDICAL ASSISTANCE TO URBAN POPULATION OF THE RUSSIAN PROVINCES IN THE FIRST HALF OF THE XIXTH CENTURY

Smirnova Elena Mikhailovna, Ph. D. in History, Associate Professor
Yaroslavl' State Medical Academy
smirnova.klio@mail.ru

Under the conditions of the modern reformation of health system one can see an increased interest to the historical experience of medical affairs in Russia. The author considers the questions of urban population provision with state and private medical assistance during the first half of the XIXth century, estimates the degree of its availability, and tries to bridge the gap in the history of public health of this period, concentrated primarily at studying public authorities and some institutions activity.

Key words and phrases: public assistance departments; medical treatment facilities; indigent population; private medical assistance; smallpox vaccination; anti-epidemic measures.

УДК 902/904

Исторические науки и археология

В статье рассмотрен экономический аспект товарного виноделия на территории Азиатского Боспора в античную эпоху. На основе анализа динамики численности композитных виноделен Таманского полуострова и области Синдики в период со II в. до н.э. по II в. н.э. и оценки их продуктивности определена степень влияния античного винопроизводства на экономику Боспорского государства в целом. Также в работе раскрываются некоторые технологические аспекты товарного виноделия в указанный период.

Ключевые слова и фразы: Азиатский Боспор; Синдика; виноградарство; виноделие; производительность товарных виноделен.

Степанченко Анастасия Павловна

Кубанский государственный университет
nastya_derevnya@mail.ru

ВЛИЯНИЕ ТОВАРНОГО ВИНОДЕЛИЯ АЗИАТСКОГО БОСПОРА НА ЭКОНОМИКУ БОСПОРСКОГО ГОСУДАРСТВА В АНТИЧНЫЙ ПЕРИОД[©]

Виноторговля являлась во все времена одним из самых доходных видов предпринимательской деятельности [1, с. 9; 10, с. 114].

Вино играло значительную роль при меновой торговле – товар на товар – с варварским населением [12, с. 35]. Оно всегда находило потребителей среди оседлого и кочевого населения, независимо от их этнического происхождения [3, с. 240]. Постоянный и устойчивый спрос на вино придавал греческим винодельческим хозяйствам и, в конечном итоге, государствам экономическую устойчивость и стабильность [4, с. 9]. Эта статья – попытка оценить влияние местного виноделия на экономику Боспорского государства.

При попытках определения урожайности виноградников, объемов производства античных виноделен Таманского полуострова и области Синдики необходимо помнить, что все построения базируются на зыбкой основе и довольно условны, однако следует думать, что они отражают, по крайней мере, хотя бы их минимальные показатели.

Производительность виноделен напрямую была связана с площадью и урожайностью виноградников, отсюда для последующих расчетов нам необходимо знать: общее количество площадей, занятых под виноградные насаждения; среднюю урожайность виноградников при ручном сборе с единицы площади; плотность посадок виноградных лоз. В своих вычислениях мы опирались на методики, разработанные А. Н. Щегловым [13, с. 112], В. Ф. Гайдукевичем [4].

В своем исследовании А. Н. Щеглов определяет плотность посадки виноградной лозы на единицу площади на Боспоре, соответствующую около 5-6,5 тыс. кустов на 1 га, основываясь на археологических данных из Херсонеса [13, с. 112]. Эти данные совпадают с довоенными и современными нормами посадки [9, с. 96; 11, с. 25].