

летворенности родителей поликлиническим обслуживанием — 20,8%, в связи с желанием повторного осмотра ребенка — 9,6%. Остальные 44,3% вызовов преимущественно к детям с острыми респираторными заболеваниями без осложнений могли быть обеспечены детскими поликлиниками: поводом к обращению за скорой медицинской помощью были неосведомленность родителей и несовпадение часов работы поликлиники с необходимостью осмотра ребенка.

Госпитализации подлежали 68,8% больных, но 20,5% родителей отказались от стационарного лечения ребенка по неуважительным причинам. С кишечной инфекцией были госпитализированы 89,4% детей, отравлениями и несчастными случаями — 82,3%, пневмонией — 70,6%, острым бронхитом — 69,2%, дисфункцией желудочно-кишечного тракта — 43,7%, ОРЗ — 20,4%, инфекционными заболеваниями — 11,1%; остальных не госпитализировали в связи с удовлетворительным состоянием.

В ряде случаев у матерей, обращавшихся за скорой помощью детям, отмечались предшествующие многократные аборт (19,9%), гинекологические заболевания, течение беременности с токсикозом, нефропатия (21%). От первой и второй беременности родились 77,9% детей, осложнения в родах (затяжные роды, асфиксия плода, родовая травма у новорожденного) были в 22,1% случаев, отягощенная наследственность — в 6%. Недоношенными родились 10% детей, на искусственном и смешанном вскармливании находились 56,8% детей первого года жизни. У большинства преморбидный фон был отягощен частыми респираторными и аллергическими заболеваниями (78,1%); у 10% больных имелось отставание нервно-психического развития, связанное с патологией центральной нервной системы.

Изучение возрастного состава матерей показало, что 6% женщин были в возрасте до 20 лет, 4% — старше 40 лет, остальные — от 20 до 39 лет; 20% матерей страдали хроническими заболеваниями.

Около 40% вызовов к детям поступало из промышленных районов города, из них 25% — по поводу заболеваний органов дыхания. У части родителей были вредные привычки: злоупотребление алкоголем (26%), курение (55%). Профессиональные вредности констатированы у 8% матерей. В 14% случаев семья была неполной — ребенка воспитывала одна мать.

Вызовы в семьи рабочих составили 60%, служащих — 35%, студентов — 5%, причем чаще (в 70% случаев) в такие семьи, где родители имели неполное среднее и специальное среднее образование, в 20% — высшее и в 5% — неполное высшее.

Материальная обеспеченность с доходом до 75 рублей на человека была отмечена в 71% семей; в остальных случаях доход в семье не превышал 99 рублей. Большинство детей (60%) проживали в удовлетворительных жилищных условиях, но с жилой площадью на одного человека до 6 кв. м, 31% — в хороших условиях с жилой площадью на одного члена семьи до 9 кв. м., 9% — в неблагоприятных жилищных условиях.

Такова краткая характеристика вызовов скорой медицинской помощи к детям. Анализ показал, что в срочной и неотложной помощи нуждались лишь 55,7% детей. Поэтому необходимо повысить качество обслуживания детей участковыми педиатрами поликлинической службы и улучшить санитарно-просветительную работу. Это позволит снизить частоту обращаемости за скорой медицинской помощью и даст определенный экономический эффект.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.27+615.12/470

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНЕГО ПОВОЛЖЬЯ В XVI—XVIII ВЕКАХ

Н. Н. Пашкурова

*Кафедра организации и экономики фармации (зав.— доц. Л. Г. Уразаева) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Анализ исторического развития медицины и фармации региона Среднего Поволжья в XVI—XVIII веках представляет несомненный интерес. В этот период лекарственное снабжение населения осуществлялось в основном через зеленые лавки и торговые ряды [1—3, 7], что приводило к злоупотреблению сильнодействующими и ядовитыми лекарствами. Использование местных ресурсов было крайне незначительным, медикаменты завозились в основном из-за границы — с Запада — лекарями, с Востока — купцами (хинная кора, ре-

вень, камфора, мускус, гвоздика, миндаль, чилибуха).

В начале XVII века была предпринята попытка усовершенствовать лекарственное обеспечение населения путем создания аптекарских складов, что вызвало интерес и одобрение лекарей. Сначала аптекарские склады пользовались успехом, но вскоре развернулась контрабандная торговля с «большими приплатами со стороны казны», и везли «более запасенок про обиход», чем лекарственных средств, поэтому от этой формы пришлось отка-

заться. Началось создание аптек; впервые они были открыты в Москве, позднее на периферии. В 1671 г. был издан царский указ об организации аптеки в г. Казани, куда был направлен лекарь Артемий Назарьев. Лекарства для аптек готовили сами аптекари и алхимики. Существовала должность дистиллятора, который занимался приготовлением водок, сиропов, мазей, бальзамов, пластырей. Рецептурные отпуска находились под строгим наблюдением — были заведены специальные книги, куда заносился каждый рецепт на латинском языке с переводом на русский и с указанием фамилии больного, врача, выписавшего рецепт, и аптекаря, изготовившего лекарство. Примечательно, что в прописях того времени было очень много ингредиентов. Успех лечения связывали с количеством прописанных лекарств [1—3, 6, 7].

Отпуск лекарств был как «безденежным», так и по особой расценке. «Безденежно» лекарства отпускали лицам, ушибленным и обгоревшим во время пожаров и других бедствий, а также заслуженным боярам, раненым, увечным и инвалидам.

С 1-й половины XVII века Аптекарский приказ организовал сбор лекарственных трав и кореньев в разных местах России. Заготовкой, сушкой, транспортировкой лекарственного сырья занимались особые специалисты — помясы, или травники, которые работали чаще группами, выезжая на все лето. Травы собирали иногда просто хорошо знающие их люди по особой росписи за дьячей подписью, что было своего рода повинностью. Особенно широкое развитие получил сбор дикорастущих лекарственных растений в царствование Алексея Михайловича. На протяжении многих лет Казанский уезд был основным центром заготовки почечуйной травы. Об этом свидетельствует ряд царских указов, собранных в «Материалах для истории медицины в России» [4]. Так, в мае 1663 г. в Нижний Новгород был отправлен костаправ Иван Овдочкин «собирать травы, коренья и водки делать». В июне он же направляется в Казань, чтобы взять «знающих людей добрых и собирать траву чечуйную с цветом и кореньями 10 пудов». Интересно, что в указе содержались подробные указания о том, как сушить и транспортировать сырье: «Сушить на ветре или в избе на легком духу, чтобы трава от жару не зарумянилась и не сгнила. Набить в мехи корьяные, увертеть рогожи, увязать накрепко, чтобы дух не вышел». В 1666 г. вышли указы о заготовке чемерицы черной и чечуйной травы. Подобные указы, касающиеся сбора трав в Казанском уезде, есть в «Материалах» [4] вплоть до 1679 г.

Россия в XVII веке представляла собой непрерывный военный лагерь. Возникновение провинциальных аптек было тесно связано с развитием

военно-полевой медицины. Немногочисленные вначале полковые врачи лечили ратных людей собственными средствами, но в середине XVII века порядки изменился. В полки стали поставлять со складов и из Москвы целые обозы лекарств. Так, в царском указе от 1663 г. упоминается о том, что в деревню Кызыл-башу под Казанью в полк Ф. Ф. Волконского был направлен лекарь Лучка Салтыцкий, который делал водки, масла и бальзамы, собирал травы и коренья. Ему было приказано купить корки хины 20 пудов и привезти в Москву. В указе от 1669 г. записано, что в полк боярину Долгорукому под Казань было отпущено для лечения «людей ратных всякого чина» лекарства 44 наименований (перечислено). В 1670 г. с лекарем Яковом Дементьевым в Казанский дворец были отправлены для лечения раненых лекарства 43 наименований. В 1679 г. лекарю Артемию Назарьеву из Аптекарского приказа было отпущено лекарство на продажу в Казань для лечения ратных людей. Как положительный факт следует отметить особое внимание, которое уделялось военной медицине и лекарственному обеспечению войск [1—3, 7].

Таким образом, уже в XVII веке была принята попытка организованного лекарственного снабжения. Открытие аптек вызвало в свою очередь острую необходимость в изучении и использовании местных ресурсов лекарственного сырья, что явилось исходным моментом в развитии отечественной фармакогнозии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов Н. Н. // Лечебник XVII века. Издание общества изучений Прикамского края. — Сарапул, 1917.
2. Бухан. Полный и всеобщий домашний лечебник. Творение Г. Бухана, главнейшего в нынешнем веке английского врача. — М., 1791—1792 1—5 тома.
3. Змеев Л. Ф. // Русские врачевники. ЛДП. — Типография В. Ф. Демакова, 1895.
4. Материалы для истории медицины в России. СПб, 1881.
5. Новомберский Н. Я. // Очерк по истории аптечного дела в донетровской Руси. — СПб. 1902.
6. Русские престопадные травники и лечебники. Собрание медицинских рукописей XVI и XVII столетия проф. В. М. Флоринского. — Казань, 1879.
7. Цветник. XVII век. Рукопись. Научная библиотека им. Н. И. Лобачевского, отдел рукописей. ед. хранения 4717.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ВСЕСОЮЗНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИИ ДЫХАНИЯ»

(г. Куйбышев, 7—8 июня 1988 г.)

Профессора В. С. Щелкунов, О. В. Александров, В. М. Кассиль, Н. Р. Палеев, М. М. Середенко, В. Н. Абросимов, А. Г. Марачев выступили с докладами о диагностике, лечении больных с острой и хронической дыхательной недостаточностью, об аспектах легочной гипертензии, лечении гипоксических состояний, морфологических основах дыхательной

недостаточности. В тот же день были заслушаны многочисленные сообщения на заседаниях двух секций: о нарушении бронхиальной проходимости, бронхиальной астме, субъективных ощущениях при расстройстве дыхательной функции и их объективным выражении, нагрузочных пробах в оценке функции внешнего дыхания и профилактике дыхательной недостаточности и т. д. (В. Б. Не-