

Е. В. Шерстнева, И. В. Егорышева

**Лекарственное обеспечение
гражданского населения
России
в 17 — начале 20 века**

УДК 616:93
ББК 5г
Ш81

Рецензенты:

С. Н. Затравкин — доктор медицинских наук, профессор.

Г. Л. Микиртичан — доктор медицинских наук, профессор.

Шерстнева Е. В., Егорышева И. В.

Ш81 Лекарственное обеспечение гражданского населения России в 17 — начале 20 века.— М.: «Шико», 2017.— 168 с.
ISBN 978-5-900758-84-8

В монографии представлена история лекарственного обеспечения гражданского населения дореволюционной России: кратко освещен этап становления (17—18 века) и существенно большее внимание уделено его развитию в 19 — начале 20 века. Прослежена эволюция государственной системы управления и законодательного регулирования фармацевтической сферы; проанализирована деятельность аптечных учреждений разных типов и форм собственности — казенных, частных, муниципальных; охарактеризовано состояние фармацевтической промышленности. Дан анализ основных проблем лекарственного обеспечения гражданского населения на рубеже 19—20 веков, таких как низкая доступность лекарственной помощи, зависимость российского фармацевтического рынка от импорта лекарственных средств, распространение фальсификата и др., и освещены попытки их решения.

Книга адресована преподавателям истории медицины, специалистам в области фармации и общественного здоровья, всем интересующимся историей отечественного здравоохранения.

ББК 5г
УДК 616:93

ISBN 978-5-900758-84-8

© Шерстнева Е. В.,
Егорышева И. В., 2017

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

АВТОРЫ

Елена Владимировна ШЕРСТНЕВА — кандидат исторических наук, старший научный сотрудник отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

Ирина Валентиновна ЕГОРЫШЕВА — кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Глава 1. Становление лекарственного обеспечения в России в XVII—XVIII вв.	13
1.1. Использование лекарственных растений в древности и появление первых аптек	13
1.2. Лекарственная помощь населению в Российском государстве до создания Аптекарского приказа	14
1.3. Организация Аптекарского приказа	15
1.4. Служащие Аптекарского приказа	17
1.5. Подготовка медицинского и фармацевтического персонала в XVII в.	19
1.6. Лекарственные средства и оборудование аптек в XVII в.	21
1.7. Реформирование управления лекарственным обеспечением в России в XVIII — начале XVIII вв.	27
1.8. Создание вольных аптек и возникновение аптечной монополии	28
1.9. Казенные аптеки	30
1.10. Подготовка фармацевтических кадров в XVIII в.	34
1.11. Русская фармацевтическая литература и научные достижения XVIII в.	34
1.12. Аптечное законодательство XVIII в.	40
Глава 2. Система государственного управления и законодательное регулирование лекарственного обеспечения в XIX — начале XX вв.	46
2.1. Центральные и местные органы государственного управления фармацевтическим делом в XIX — начале XX вв.	46
2.2. Деятельность Медицинского совета Министерства внутренних дел в сфере лекарственного обеспечения гражданского населения	52
2.3. Российское фармацевтическое законодательство в XIX — начале XX вв.	56
Глава 3. Деятельность аптечных учреждений различных форм собственности в сфере лекарственного обеспечения гражданского населения в XIX — начале XX вв.	70

3.1.	Организация лекарственной помощи гражданскому населению государственными (казенными) аптеками	70
3.2.	Деятельность приказов общественного призрения по предоставлению лекарственной помощи населению	74
3.3.	Лекарственное обеспечение отдельных категорий населения казенными ведомствами	82
3.4.	Анализ казенных затрат на лекарственное обеспечение гражданского населения в трудах Комиссии Г. Е. Рейна (1912—1916)	86
3.5.	Развитие частных аптек в России в XIX — начале XX вв.	87
3.6.	Деятельность земских и городских самоуправлений в области лекарственного обеспечения населения	95
Глава 4. Развитие оптовой торговли и фабричного производства медикаментов в России во второй половине XIX — начале XX вв.		
4.1.	Предпринимательская деятельность в сфере оптовой торговли товарами аптечного ассортимента в России	110
4.2.	Фармацевтическая промышленность России в начале XX в.	112
Глава 5. Основные проблемы лекарственного обеспечения гражданского населения России в конце XIX — начале XX вв. и попытки их решения		
5.1.	Проблема реформирования управления лекарственным обеспечением в начале XX в.	119
5.2.	Проблема доступности лекарственной помощи	123
5.3.	Проблема фальсификации фармацевтических препаратов и государственные мероприятия по борьбе с ней	126
5.4.	Проблема недобросовестной фармацевтической рекламы и ее регламентирование в конце XIX — начале XX вв.	133
5.5.	Проблема зависимости фармацевтического рынка страны от импорта лекарственных средств	136
5.6.	Лекарственный кризис в годы Первой мировой войны и меры по его преодолению	139
Заключение		152
Литература и источники		159

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия проблема организации и регулирования лекарственного обеспечения населения входит в число приоритетных задач здравоохранения Российской Федерации. Это связано с переходом страны на рыночный путь развития, повлекшим коренные преобразования всех сфер, в том числе здравоохранения, и определившим рост социальной незащищенности граждан. Уход от централизованной системы государственного лекарственного обеспечения, бурное развитие коммерческого сектора в фармацевтической сфере привели к снижению экономической доступности для населения современных эффективных лекарственных средств. Отставание отечественной фармпромышленности и активный ввоз медикаментов из-за рубежа определили зависимость страны от импорта лекарств. Тревожным симптомом стало поступление на отечественный фармацевтический рынок некачественных и фальсифицированных препаратов, доля которых, по данным МВД РФ на 2008 год, составляла 10—12%¹.

О сохраняющейся остроте проблемы лекарственного обеспечения свидетельствует активная законотворческая деятельность последних лет: принятие законов, регулирующих вопросы оборота лекарственных средств («Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г.) и порядка предоставления медицинской (в том числе лекарственной) помощи («Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г. и др.), разработка систем льготного лекарственного обеспечения, создание Перечня ЖНВЛП (жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов), регулирование вопросов медицинской (в том числе фармацевтической) рекламы, разработка Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» и др.

Многие из обозначенных современных проблем, например такие, как низкая доступность лекарственной помощи, отставание отечественной фармпромышленности, преобладание

¹ Мазеин В. П., Елисов П. П. Размышляя над проблемой... // Российские аптеки.— 2008.— № 7.— С. 19—21.

частных аптек и слабое развитие муниципальной аптечной сети и др., были знакомы России достаточно давно. Наличие в прошлом проблем, созвучных сегодняшнему дню, попыток их решения объясняет актуальность изучения истории становления и развития лекарственного обеспечения в России.

Под лекарственным обеспечением мы понимаем комплекс осуществляемых под контролем государства организационных, нормативных, финансовых мероприятий, направленных на предоставление населению качественных и безопасных лекарственных средств.

Истории организации лекарственной помощи населению посвящено немало работ. В дореволюционной историографии в трудах по истории медицины России уделялось внимание и вопросам организации первых аптек, деятельности Аптекарского приказа. Это работы В. М. Рихтера², Н. Я. Новомбергского³, М. Ю. Лахтина⁴, Е. Е. Петрова⁵ и др. Большой интерес представляют исследования Л. Ф. Змеева⁶ о первых аптеках и В. М. Соколовского⁷ о деятельности Аптекарского приказа, П. Шпера⁸ о начальном этапе развития аптечного дела в России и др.

В советский период тема истории фармации не утратила привлекательности для исследователей. Работы периода первых лет советской власти были посвящены развитию химической и фармацевтической промышленности в России (работы М. А. Блоха⁹ и Ф. Феррейна¹⁰). Это неслучайно, так как они касались наиболее злободневной для молодой советской республики, унаследовавшей лекарственный кризис времен Первой мировой войны, темы. Среди наиболее ранних обобщающих работ необходимо отметить монографию И. И. Левинштейна¹¹, в которой автор касается не только вопросов ста-

² Рихтер В. История медицины в России. В 3-х частях — СПб., 1814—1820.

³ Новомбергский Н. Я. Материалы по истории медицины.— СПб., 1905; Очерк по истории аптечного дела в допетровской Руси.— СПб., 1902.

⁴ Лахтин М. Ю. Этюды по истории медицины.— М., 1902.

⁵ Собрание российских законов о медицинском управлении.— СПб., 1826.

⁶ Змеев Л. Ф. Первые аптеки в России.— М., 1887.

⁷ Соколовский М. Характер и значение деятельности аптекарского приказа.— СПб., 1904.

⁸ Шпер П. Возникновение аптекарского дела в России // Фармацевтический вестник.— 1900.— № 3.

⁹ Блох М. А. Развитие и значение химической промышленности.— Пг., 1920.

¹⁰ Феррейн Ф. Химико-фармацевтическая промышленность в СССР.— М., 1923.

¹¹ Левинштейн И. И. История фармации и организация фармацевтического дела.— М.— Л., 1939.

новления фармации как науки, но и организации деятельности аптек, состояния фармацевтической промышленности и др. Надо отметить, что в силу идейных установок тех лет автор особое внимание уделил вопросам социально-экономического положения служащих аптек, их вкладу в классовую борьбу. Необходимо упомянуть труд И. Б. Зархина¹², в котором дан очерк развития отечественной фармации в XVIII и первой половине XIX в., показана роль русских ученых в развитии фармацевтической науки и практики.

Большое количество публикаций второй половины XX в. было посвящено отдельным аспектам проблемы лекарственного обеспечения. Представляют интерес работы по истории российских фармакопей А. М. Филькина¹³ и С. П. Фортунатова¹⁴. В этот период появляются исследования В. М. Сало, возглавлявшего фармацевтический музей Всесоюзного научно-исследовательского института фармации. Опубликованные им статьи освещали историю создания и деятельность Аптекарского приказа, обстоятельства появления на Руси первой аптеки, касались вопроса формирования аптечной монополии и многого другого. В дальнейшем статьи В. М. Сало легли в основу его монографии, вышедшей в 2007 г.¹⁵ Следует отметить, что на сегодняшний день это наиболее весомый труд по истории фармации в России. Однако исследователь, концентрируясь на истории науки, аптечного дела, уклонился от подробного рассмотрения вопросов управления, конкретной деятельности центральных и местных государственных органов, направленной на развитие лекарственного обеспечения в России, на организацию лекарственного контроля. Если деятельности земств в монографии В. М. Сало уделено значительное внимание, то вклад городских самоуправлений в оказание лекарственной помощи населению остался вовсе за рамками исследования. Кроме того, автор не ставил задачи и не предпринимал анализа проблем, остро обозначившихся в сфере лекарственного обеспечения на рубеже XIX—XX вв. и в период Первой мировой войны.

Начальному этапу истории аптечного дела в России уделено внимание в двух монографиях М. Б. Мирского¹⁶ по истории государственной медицины в России, которые также представляют интерес для нашего исследования.

¹² Зархин И. Б. Очерки по истории отечественной фармации XVIII и первой половины XIX века.— М., 1956.

¹³ Филькин А. М. История создания русских фармакопей, канд. диссертация.— М., 1963.

¹⁴ Фортунатов С. П. Материалы в истории первых русских фармакопей // Аптечное дело, 1935.— № 3.— С. 42—47.

¹⁵ Сало В. М. История фармации в России.— М., 2007.

¹⁶ Мирский М. Б. Медицина России XVI—XIX веков.— М., 1996., Медицина в России в X—XX веках.— М., 2005.

О том, что лекарственное обеспечение не может рассматриваться в отрыве от здравоохранения, говорит включение специальной главы «Фармацевтическая промышленность и лекарственное обеспечение» (авторы А. В. Катлинский, П. В. Лопатин, А. Л. Линденбратен) в коллективную монографию «Здравоохранение России. XX век» (М., 2001), вышедшую под редакцией академиков Ю. Л. Шевченко, В. И. Покровского, О. П. Щепина. В главе, в частности, нашло отражение состояние фармацевтического рынка страны в начале XX столетия. Монография была подготовлена коллективом ученых НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН (ныне — Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко).

Характерной чертой последних десятилетий является то, что история аптечного дела в России стала предметом изучения не только фармацевтов, но и историков, в том числе и зарубежных. В 1994 г. в Нью-Йорке вышла монография профессора Мэри Шаффер Конрой «В здоровье и в болезни. Фармация, фармацевты и фармацевтическая промышленность в позднеимперской, раннесоветской России»¹⁷, где автор освещает вопросы законодательного регулирования деятельности аптек, специфики получения фармацевтического образования (в том числе и женщинами) в России, состояния фармацевтической промышленности в империи накануне и в годы Первой мировой войны, общественного движения фармацевтов и др., доводя повествование до 1920 г.

Отечественными историками был защищен ряд диссертаций по истории аптечного дела на отдельных территориях (в губерниях) и в России в целом. Прежде всего, это кандидатская и докторская диссертации курского исследователя Н. Н. Коротеевой¹⁸, на основе которых издано несколько монографий. Но особенно хочется отметить работы ярославского исследователя Е. М. Смирновой¹⁹, посвященные истории здравоохранения и аптечного дела Ярославской губернии, отличающиеся и богатым архивным подкреплением, и строго научной интерпретацией рассматриваемых событий и проблем.

¹⁷Conroy M. S. In Health and Sickness. Pharmacy, Pharmacists, and the Pharmaceutical Industry in Late Imperial, Early Soviet Russia.— New York, 1994.

¹⁸Коротеева Н. Н. Аптечное дело в Курской губернии в середине XIX — начале XX вв.: Дис. ... канд. ист. наук.— Курск, 2004; Коротеева Н. Н. Становление и развитие аптечной службы в России в XVI — начале XX вв.: Дис. ... д-ра ист. наук.— Курск, 2011.

¹⁹Смирнова Е. М. Аптечное дело в Ярославской губернии (XVIII — середина XIX вв.) // Новый исторический вестник.— 2010.— № 25.— С. 5—15; Смирнова Е. М. От общественного призрения к общественной медицине (здравоохранение Ярославской губернии 2-й половины XIX — начала XX вв.).— Ярославль, 2013.

Интерес к истории фармацевтического дела проявляют и исследователи из стран СНГ. Так, в 2014 г. вышел в свет исторический очерк В. Ф. Сосонкиной о развитии фармацевтического дела в Беларуси²⁰. Работы современных российских исследователей посвящены и частным вопросам, актуальным в наши дни, — истории фальсификации лекарственной продукции²¹, фармацевтической рекламе. В 2015 г. в Тамбове вышла монография Е. В. Барановой²², посвященная истории фармацевтической рекламы, однако, к сожалению, приходится констатировать, что в своей работе автор прибегла к некорректному заимствованию (см. статью Е. В. Шерстневой²³).

Важные аспекты истории лекарственного обеспечения, такие как организация управления, законодательное регулирование, деятельность приказов общественного призрения в сфере лекарственного обеспечения гражданского населения, лекарственный контроль и меры по борьбе с фальсификацией лекарств и недобросовестной рекламой, деятельность земских и городских общественных самоуправлений по оказанию лекарственной помощи населению, зависимость от импорта лекарственных средств, вопросы реформирования управления фармацевтическим делом и др., рассмотрены в вышедших в последние годы публикациях авторов настоящего исследования — сотрудников Отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко Е. В. Шерстневой и И. В. Егорышевой. Практически все они вошли в данную монографию.

Следует отметить выход в свет в 2014 г. монографии «История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX в.)», подготовленной сотрудниками Отдела под редакцией директора Института Р. У. Хабриева²⁴. В монографии в концентрированном виде представлены результаты многолетней исследовательской работы и отражены основные этапы развития здравоохранения в дореволюционной России, боль-

²⁰ Сосонкина В. Ф. Фармацевтическое дело в Беларуси (в составе Речи Посполитой и Российской империи): Исторический очерк. — Минск, 2014.

²¹ Гурьянова М. Н., Балахонова Е. Г. История фальсификации лекарств в Российском государстве // Фармация. — 2004. — № 2. — С. 21—22.

²² Баранова Е. В. «Одна пилюля на ночь и с утра с богом на работу». Аптечная реклама в Российской империи в конце XIX — начале XX в. — Тамбов, 2015.

²³ Шерстнева Е. В. Из истории законодательного регулирования рекламы медицинских услуг и препаратов // Ремедиум. Журнал о рынке лекарств и медицинской техники. — 2013. — № 6. — С. 46—48.

²⁴ Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. и др. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX в.) / Под ред. Р. У. Хабриева. — М., 2014.

шое внимание уделено деятельности центральных и местных органов управления здравоохранением, организации амбулаторной и стационарной медицинской помощи населению, работе правительственных комиссий, создаваемых с целью совершенствования здравоохранения и врачебно-санитарного законодательства. Все эти вопросы неразрывно связаны и с историей лекарственного обеспечения гражданского населения России, однако масштабность исследовательской задачи не позволила авторам монографии детально остановиться на этой проблеме, что определило необходимость дальнейшего, уже прицельного ее изучения. К тому же анализ литературы показал, что, несмотря на большое число работ по истории медицины и фармации, многие аспекты проблемы лекарственного обеспечения, прежде всего организационные, остались за рамками научных исследований. Так, например, не конкретизирована деятельность государственных органов — Медицинского департамента и Медицинского совета МВД — в сфере руководства лекарственным обеспечением. В имеющейся на сегодняшний день литературе речь идет только об аптеках, но почти не затронут вопрос о лекарственном снабжении больниц и, соответственно, не подвергнуты анализу такие документы, как уставы лечебных заведений гражданского ведомства, отчеты больниц. К сожалению, из поля зрения исследователей вовсе выпал вопрос о деятельности городских самоуправлений в сфере лекарственного обеспечения населения. Наконец, не дана оценка доступности лекарственной помощи, а также, что очень важно, деятельности аптечных учреждений различных форм собственности, отсутствует анализ ситуации, сложившейся в целом в сфере лекарственного обеспечения гражданского населения России в начале XX в. Именно на этих вопросах авторы настоящего исследования и сосредоточили свое внимание.

Авторами был привлечен широкий круг источников: материалы депозитарного фонда ЦНМБ, где хранятся документы Медицинского департамента, Управления главного врачебного инспектора и Медицинского совета Министерства внутренних дел — центральных органов управления здравоохранением. Проанализированы Полное собрание законов Российской империи, Сборник циркуляров и инструкций МВД (в 8 томах), Свод законов Российской империи, уставы лечебных учреждений гражданского ведомства, отчеты больниц. Изучены статистические отчеты Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в империи, включающие и информацию о состоянии аптечного дела, издания «Российского медицинского списка». Проанализированы труды правительственных междуведомственных комиссий, в том числе так называемой

Боткинской комиссии, Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под председательством академика Г. Е. Рейна (1912—1916), труды общественных организаций и съездов, материалы медицинской и фармацевтической периодической печати.

В работе кратко освещен начальный этап организации лекарственного обеспечения в России (начало XVII—XVIII вв.) и существенно большее внимание уделено периоду с начала XIX в. по начало XX в.: прослежена эволюция государственной системы управления фармацевтическим делом; проанализирована деятельность аптечных учреждений разных типов и форм собственности; охарактеризовано развитие фармацевтической промышленности и оптовой торговли товарами аптечного ассортимента в России; рассмотрены основные проблемы лекарственного обеспечения, обозначившиеся на рубеже XIX—XX вв. (в том числе зависимость российского фармацевтического рынка от импорта лекарственных средств, распространение фальсификата, низкая доступность лекарственной помощи и др.), и освещены попытки их решения.

Данная работа может представлять интерес для организаторов здравоохранения, преподавателей истории медицины в вузах, специалистов в области общественного здоровья и фармации. Опыт лекарственного обеспечения, в частности организации лекарственного контроля в дореволюционной России, принципов формирования аптечной сети, политики в области производства и торговли лекарственными препаратами, может быть критически оценен и полезен для современной практики здравоохранения.

Авторы выражают благодарность доктору фармацевтических наук, профессору Елене Александровне Тельновой за оказанную консультативную помощь.

СТАНОВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ В XVII—XVIII вв.

1.1. Использование лекарственных растений в древности и появление первых аптек

Древнейшие лекарственные средства имели природное, прежде всего растительное, происхождение. Первобытный человек, утоляя голод, запоминал различные свойства растений (рвотное, слабительное, снотворное, кровоостанавливающее, болеутоляющее, ядовитое) и использовал их в дальнейшем уже сознательно.

Первые указания на использование человеком целебных свойств растений были обнаружены в древнейших письменных памятниках, принадлежавших шумерийцам, жившим в Азии в долине реки Евфрат, на территории нынешнего Ирака, за 6000 лет до н. э. Это выполненные клинописью тексты на глиняных табличках. Лекари Шумера из стеблей и корней растений изготавливали порошки и настои. К ним иногда примешивались порошки животного и минерального происхождения. В качестве растворителя применялись вода, вино, пиво. Вавилоняне, пришедшие на смену шумерийцам в XI в. до н. э., применяли в лечебных целях сотни лекарственных растений и были большими знатоками местной флоры и фауны.

Египтяне заимствовали у вавилонян и ассирийцев сведения о целебных свойствах растений. В известном «Папирусе Эберса», относящемся к 1570 г. до н. э., содержались систематизированные сведения о лекарственных веществах, были приведены рецепты, в состав которых входили в основном растения. Всего в этом папирусе было перечислено несколько сот растений.

Около 300 лекарственных растений упоминается и в трудах Гиппократов. Подробные описания лекарственных растений были даны древнегреческими врачами Теофрастом и Диоскоридом. Большое научное значение для развития фармации и фармакологии имели сведения о лекарственных веществах, содержащиеся в трудах классиков медицины — Галена, Ибн Сины, Парацельса.

Термин «*apotheka*» возник в Древней Греции и первоначально обозначал хранилище наиболее ценных продуктов и предметов, но позднее так стали называть мастерскую по изготовлению лекарств. Аптеки существовали при лечебницах и в домах богатых людей. При раскопках Помпей были найдены остатки такой аптеки.

Впервые как регламентированное государством учреждение аптека возникла в столице Арабского халифата Багдаде в 754 г. Уже в те времена при аптеках существовали лаборатории, в которых готовили достаточно сложные лекарства. В эту эпоху аптеки стали создаваться по ходу арабских торговых путей. В XI в. аптеки появились в Испании в городах Толедо и Кордова. В XIII в. аптеки уже существовали в Неаполе, Риге и других городах Европы.

Создание аптек, их функционирование, цена лекарства, хранение и отпуск лекарств постепенно начинают регулироваться законодательными актами. В 1224 г. профессии врача и аптекаря и их функции были разграничены декретом короля Южной Италии Фридриха II (1224). Согласно этому документу, врачи не имели права готовить и продавать лекарства, а аптекари — лечить больных. В Париже в 1271 г. была запрещена врачебная практика собирателям трав и аптекарям. В 1303 г. маркграф Отто, учредив аптеку в Прэнцлау (земля Бранденбург), установил аптечную таксу.

С 1359 г. во Франции устройство аптек стали разрешать только лицам, умевшим читать врачебные рецепты. Парижскому медицинскому факультету с 1484 г. было вменено в обязанность контролировать аптеки, а для аптекарей была установлена специальная присяга. Аналогичная ситуация складывалась и в других странах Европы. В Германии особым авторитетом пользовались аптекари города Нюрнберга [34].

1.2. Лекарственная помощь населению в Российском государстве до создания Аптекарского приказа

На Руси изготовлением лекарств занимались с древних времен, о чем свидетельствуют сохранившиеся лечебники и медицинские рукописи. Со времени принятия христианства до конца XVI в. вся область медицины фактически находилась в руках духовенства. При монастырях иногда учреждались небольшие лечебницы и особые помещения для приготовления лекарств. Лекарственные травы продавались в зеленых и москательных лавках. Свои домашние аптеки существовали у некоторых князей и именитых бояр [28].

Только с конца XV в. при русском царском дворе изредка стали появляться западноевропейские врачи. В материалах Никоновской летописи (1553) упоминается фармацевт Маги-

ас. Известно также, что с 1566 по 1620 г. при царском дворе служил голландский аптекарь Арендт Классен, дело которого продолжил один из его сыновей [80]. Однако вряд ли можно на основании этого говорить о каком-то влиянии европейской медицины на российские традиции врачевания до создания Аптекарского приказа. Предприимавшиеся до XVII в. переводы зарубежной медицинской литературы на русский язык, как правило, сильно запаздывали и потому не отражали современный уровень европейских медицинских знаний [16, с. 92].

1.3. Организация Аптекарского приказа

К концу XVI в. в России сложились исторические условия для возникновения и развития организованной формы лекарственного обеспечения, когда, предположительно в 1581 г., в Москве был создан Аптекарский приказ — первое в России государственное учреждение по управлению здравоохранением, а вместе с ним и первая аптека. Точная дата возникновения приказа не установлена, но большинство исследователей считают, что учреждение Аптекарского приказа было связано с приездом на русскую службу английского врача Роберта Якоби, аптекаря Джеймса Френчема и других врачей, аптекарей и цирюльников, которых по просьбе русского царя Ивана IV прислала английская королева Елизавета I.

Аптекарский приказ создавался как дворцовое ведомство, призванное заботиться о здоровье царя и его семейства, ближних бояр и придворных, военачальников. Первоначально Аптекарский приказ возглавлял боярин Афанасий Вяземский. В дальнейшем им руководили представители древнейших боярских династий — Черкасских, Шереметевых, Милославских, Одоевских. Некоторое время приказ возглавлял Борис Годунов.

Аптекарский приказ и созданная при нем царская аптека первоначально располагались в Кремле напротив Чудова монастыря, а в 1676 г. были перемещены на Воздвиженку. Посетивший Москву в XVII в. путешественник Шлейзинг был поражен богатой обстановкой и оснащением царской аптеки: «Там я видел стеклянные сосуды из лучшего хрусталя, прекрасно отполированные и украшенные резьбой, серебряные витрины и много позолоченных инструментов, банки и другие необходимые аптечные принадлежности из лучшего серебра и золота» [30, с. 2—3].

Лекарства составляли самые доверенные аптекари и доктора в особой комнате, куда никто, кроме этих лиц и дьяка Аптекарского приказа, не допускался. Снадобье, приготовленное царской семье, прежде всего пробовалось докторами, пропи-

савшими его, чтобы не было никакого повреждения государеву здоровью, затем начальником Аптекарского приказа и, наконец, лицом из высших придворных чинов, бравшим его для доставки. Аптекари должны были оставаться в аптеке «до вечера благовеста», а дежурный аптекарь круглосуточно находился в аптеке. При болезни членов царской семьи аптекари должны были находиться в аптеке неотлучно. Вместе с докторами аптекарь присутствовал при кровопусканиях, производимых царю. Во время поездок царя его сопровождала походная аптека.

После некоторого перерыва в работе, вызванного польско-шведской интервенцией и разрухой, Аптекарский приказ был восстановлен в 20-е годы XVII в. В ходе реформ Петра I вся приказная система управления была реформирована, и Аптекарский приказ был преобразован в Аптекарскую канцелярию, или Канцелярию Главной аптеки (1714). В 1721 г. это учреждение переименовывается в Медицинскую коллегия, а затем в Медицинскую канцелярию.

Об Аптекарском приказе и его деятельности в области лекарственного обеспечения написано достаточно много как дореволюционными авторами (Л. Ф. Змеев, Н. Я. Новомбергский, В. Рихтер, Н. Е. Мамонов и др.), так и историками медицины XX столетия. Например, деятельность Аптекарского приказа, состав служивших в нем врачей подробно описаны в книге профессора М. Б. Мирского «Медицина в России XVI—XIX веков» (М., 1996). Заслуживают внимания книги И. И. Левинштейна, И. Б. Зархина, В. М. Сало. Поэтому целесообразно лишь кратко остановиться на основных чертах становления лекарственного обеспечения населения со времени создания Аптекарского приказа до начала XVIII в.

Несмотря на то что в названии приказа уже содержалось указание на аптечное дело, лекарственное обеспечение не являлось единственным или главным направлением его деятельности.

После восстановления Аптекарского приказа в 20-е годы XVII в. функции его заметно расширились. Из придворного ведомства он постепенно превращался в общегосударственное учреждение. Большой заслугой Аптекарского приказа явилось создание медицинской службы в русской армии. Приказ стал направлять лекарей в полки, занимался лекарственным снабжением армии. В ведении Аптекарского приказа была сосредоточена судебно-медицинская и прочая врачебная экспертиза. Сюда же направлялись раненые и больные воины для освидетельствования и лечения. Интересно, что в первой половине XVII в. медикаменты выдавались полковым лекарям за плату, что компенсировалось взиманием платы за лечение с раненых. В свою очередь, раненым выдавалось пособие на лечение и медикаменты [19]. В начале 70-х годов XVII столетия

государство отказалось от этой практики. Полковые лекари были взяты на полное довольствие и обеспечение лекарственных средствами, а медицинская помощь в армии сделалась бесплатной.

Аптекарский приказ также контролировал работу медицинского персонала, проводил противэпидемические мероприятия, собрал большую медицинскую библиотеку и организовал перевод на русский язык зарубежной медицинской литературы. Особое место в деятельности Аптекарского приказа занимали «водочные изделия», т. е. заготовка и продажа спиртных напитков (водки, пива, вина, меда). Это было связано с тем, что в деле врачевания водка занимала большое место. Считалось, что для более эффективного действия лекарств их следует запивать водкой.

1.4. Служащие Аптекарского приказа

Аптекарский приказ не занимался вербовкой иноземных врачей. Эти функции, как правило, выполняли Посольский и Иноземный приказы. Но иностранные лекари и аптекари, прибывавшие на службу в Россию, должны были, предъявив рекомендательные письма, держать экзамен в Аптекарском приказе для получения разрешения на медицинскую практику. Так, врач Артемий Дий в 1631 г. экзаменовал аптекаря Филиппа Бритье, прибывшего на русскую службу [78].

Все служащие Аптекарского приказа в обязательном порядке приводились к присяге. Их зачисление на службу и увольнение происходило по именным царским указам. Кроме английских врачей, на службу в Аптекарский приказ приглашались немецкие и голландские врачи.

В штате приказа состояли представители многих специальностей: доктора, аптекари, лекари, окулисты, рудометы (специалисты по кровопусканию), костоправы, чепучинных дел мастера (венерологи), алхимики (дестилляторы), травники, целовальники, часовых дел мастера, переводчики, дьяки и подьячие, истопники. Здесь же числились ученики лекарей и аптекарей. Наиболее привилегированное положение в Аптекарском приказе занимали доктора, получившие университетское медицинское образование и имевшие соответствующий диплом. Как правило, это были компетентные специалисты, снискавшие признание у себя на родине и имевшие рекомендательные письма от своих государей. Среди них особо следует отметить английских врачей Марка Ридли, Артемия Дия, Самюэля Коллинса, польского ученого-медика Себастиана Петриция (врача Лжедмитрия), саксонца Лаврентия Блюментроста.

Иностранные медики охотно ехали в Россию, где их ждали большое жалованье и всевозможные привилегии. Несколько

лет службы при царском дворе делали их богатыми людьми. Во времена правления Бориса Годунова иноземные врачи получали по 200 рублей в год. Царь подарил каждому по 5 коней — верховых и каретных, поместья с 30—40 крестьянами. На зиму врачам отпускали по 60 возов дров. Ежемесячно посылались большие запасы хлеба, бочка пива, ежедневно — три—четыре блюда с царского стола. Каждому выдавалось пособие на приобретение дома. В случаях успешного лечения врачей задаривали соболями и драгоценными камнями. Врач царя Михаила Федоровича голландец Валентин Бильс получал 860 рублей в год. Когда он уезжал на родину, ему было дано 20 подвод, чтобы увезти нажитое в России. В конце XVII в. доктора получали до 1000 рублей в год.

Лекарями именовались врачи без университетского образования, прошедшие курс обучения у иностранных врачей и имевшие об этом письменное свидетельство. Им доверялись кровопускания, лечение ран, несложные медицинские манипуляции, а лечение внутренних болезней — лишь в исключительных случаях. Некоторые лекари Аптекарского приказа имели собственные зелейные лавки, где продавались простые и недорогие лекарства. Жалованье иностранного лекаря составляло всего 50—100 рублей в год, труд русских лекарей ценился еще ниже — около 29 рублей. Отправлявшиеся в армию лекари выводились из штатов Аптекарского приказа. В Аптекарском приказе служили также переводчики (толмачи), обслуживавшие иностранных специалистов и занимавшиеся переводами на русский язык медицинской литературы.

В середине XVII в. в Аптекарском приказе состояло 38 учеников специалистов, которые получали только 12—25 рублей в год. Долгие годы надо было пробыть у иностранного врача в учениках, чтобы получить право держать экзамен в Аптекарском приказе. На экзамене иностранные врачи спрашивали строго, видя в каждом русском враче своего конкурента. Произведенному в звание лекаря выдавался набор хирургических инструментов. Если в 1631 г. в составе Аптекарского приказа числилось всего 12 человек (8 докторов и лекарей, два переводчика, аптекарь, подъячий), то в 1681 г. штат приказа уже составлял более 100 человек, и среди них 80 медиков [70].

Аптекарский приказ большое внимание уделял формированию библиотеки медицинской и фармацевтической литературы. С целью составления медицинских руководств для русских лекарей и фармацевтов Аптекарским приказом приглашались переводчики. Сохранились некоторые имена этих специалистов. В числе переводчиков и составителей медико-фармацевтической литературы упоминается старец Аникита из Можайского Лужицкого монастыря, церковный деятель Афанасий Холмогорский, ученые монахи, работавшие в созданной Афанасием «особой канцелярии», и др. Эти авторы явля-

лись носителями медицинских и фармацевтических знаний того времени, и неправильно было бы причислялись их к рядовым переводчикам, так как составление и перевод фармакопей, лечебников и травников требовали от авторов научных знаний в области биологии, химии и лекарственной ботаники. В документах Аптекарского приказа, начиная с 1632 г., упоминаются также фамилии русских аптекарей Андрея Иванова, Ивана Михайлова, Романа Ульянова и др. [9, с. 11].

Во второй половине XVII в. вели разностороннюю практическую, организационную и педагогическую деятельность два русских фармацевта — Тихон Ананьин и Василий Шилов. Тихон Ананьин учился фармацевтической науке у состоящих при Аптекарском приказе преподавателей. В документах Аптекарского приказа за 1670 и 1678 гг. Ананьин именовался алхимистом и выполнял самостоятельные лабораторные работы наравне с иностранными аптекарями. В 1676 г. он ездил в Киев для покупки саженцев, цветов и семян для государева аптекарского огорода, располагавшегося за Каменным мостом. По поручению Аптекарского приказа Т. Ананьев должен был обучать фармацевтическому делу своих трех сыновей — Ивана, Льва и Якова, а также сына лекаря Семена Ларионова. Служащие Аптекарского приказа нередко готовили своих детей к медицинской и фармацевтической деятельности, что совпадало с интересами Аптекарского приказа, нуждавшегося в пополнении числа русских лекарей и аптекарей. Аптекарский приказ выплачивал детям Ананьина определенный оклад и оплачивал обучение их латинскому и цезарскому (немецкому) языкам [21].

Большим авторитетом в Аптекарском приказе пользовался и другой российский фармацевт — В. Шилов, работавший там с 19 лет. В Новой аптеке, созданной в 1672 г., он изготовлял мази, масла, водки, спирты, самостоятельно принимал поступающие из-за границы лекарства, ведал собиранием трав в аптекарском огороде за Мясницкими воротами. Фактически он управлял всеми делами Новой аптеки, получил звание алхимиста.

Бюджет Аптекарского приказа доходил до 10 тысяч рублей в год. При этом дрова, стекло, бумага и многое другое доставлялось безденежно. Первоначально источником дохода служили отчисления из других приказов, но со временем доход стала давать продажа лекарств и спиртных напитков.

1.5. Подготовка медицинского и фармацевтического персонала в XVII — начале XVIII вв.

Число врачей и фармацевтов — иностранцев было явно недостаточно для обслуживания населения и нужд армии. К се-

редине XVII в. стала очевидной необходимость организации качественной подготовки собственных русских специалистов. С 1654 г. их стали обучать при Аптекарском приказе в лекарской школе, набрав в школу 30 стрелцких детей. Здесь учились от 4 до 6 лет. Учебники были иностранные, на латыни и переводные. Так, Епифаний Славинецкий перевел в 1657 г. «Анатомию» А. Везалия на русский язык. Учащиеся изучали хирургию, анатомию, а также ботанику, фармацию и фармакологию. В 1660 г. состоялся первый выпуск, и 13 врачей отправили в полки [33, с. 13]. В конце XVII в. школа была закрыта. Всего за время своего существования она подготовила более сотни лекарей и костоправов. Были случаи, когда молодых людей направляли учиться за границу — в Англию в Кембриджский университет, а также в Италию в Падуанский университет. В основном это были дети переводчиков и чиновников Посольского приказа, знающие иностранные языки. В 1696 г. Петр Васильевич Постников защитил докторскую диссертацию в Падуанском университете.

Иностранные аптекари (фармацевты с университетским дипломом), прибывавшие в Россию, заведовали аптеками, аптекарскими огородами, аптечными складами, готовили лекарства по рецептам докторов, принимали доставлявшиеся в аптеки медикаменты, следили за их качеством и хранением, составляли требования на медикаменты [70, с. 1059—1060]. Кроме того, в ведении лекарей находился контроль за производством и хранением водки. Для получения диплома аптекаря или доктора необходимо было учиться в зарубежных университетах. Как правило, за границу посылали учиться детей иностранцев — служащих Аптекарского приказа.

Поскольку в аптечных учреждениях в XVII и XVIII вв. применялся исключительно ручной труд, то требовалось большое количество фармацевтического персонала. В подчинении у лекарей находился низший фармацевтический персонал: алхимики, дистилляторы, аптекарские ученики, травники. Алхимики, получавшие жалованье от 75 до 190 рублей, под руководством лекарей занимались перегонкой спирта, получением эфирных масел, изготовлением настоек и ароматных вод.

За исключением отдельных иностранных специалистов, в аптеках работали в основном русские ученики. Детей чиновников Медицинской канцелярии, как правило, определяли в аптекарские ученики или в писари при той же Канцелярии [45]. Подготовка фармацевтов в России до начала XIX столетия носила исключительно ремесленный характер. Аптекарские ученики проходили практическую стажировку и обучались фармацевтическим операциям в аптеках и аптекарских огородах. Аптекарские огороды служили учебными базами для преподавания медицинской ботаники и «веществословия» [76].

1.6. Лекарственные средства и оборудование аптек в XVII в.

Медикаменты для царской аптеки и хирургические инструменты приобретались первоначально на Западе и доставлялись через единственный в то время портовый город России Архангельск из Англии, позднее — из Германии [73, с. 16]. Так, английский врач Джеймс Френчем в 1602 г. привез в Россию большой запас лекарственных средств (до 160 наименований), среди которых значились корень еренги в сахаре, слива белая, булис в сахаре, водка Розалис, капли виноградные, кора мандрагоры, опопонакс, адиантум и др. Среди этих лекарственных средств были и сохранившиеся до наших дней: камфора, опий, колоквинт, майоран, шалфей и др. [71].

Лекарственные средства поступали в Россию также из Китая и Индии. У восточных купцов покупались хинная кора, ревень, мускус, миндаль, чилибуха, камфора, гвоздика и некоторые другие. Активный ввоз лекарственных средств в Россию продолжился и в следующих столетиях. Аптекарские товары осматривали специальные таможенные чиновники, но пошлин с них, согласно распоряжению директора Медицинской канцелярии Ригера, не взимали (3 января 1734 г.) [42]. Лекарства готовились также и из местного лекарственного сырья. Некоторые материалы приобретались в московских москательных, зеленных, соляных, овощных и других рядах. Кроме того, в распоряжении Аптекарского приказа находились аптекарские огороды, где выращивались лекарственные растения. В первой половине XVII в. на берегу реки Неглинной, между Троицкими и Боровицкими воротами, был устроен аптекарский сад, где лекарственные растения для царской аптеки (ромашка, мята, зверобой, солодовый корень, можжевельник и др.) не только выращивались, но и перерабатывались, для чего при аптекарском огороде имелись специальные помещения, именовавшиеся аптекарским двором. Позднее, в 1676 г., аптекарский двор был переведен на Воздвиженку [73, с. 24—25].

В правительственных аптекарских огородах старались разводить травы, которые собирались с большим трудом или вовсе отсутствовали в России. В годы царствования Алексея Михайловича в московских аптекарских огородах производились работы по акклиматизации некоторых лекарственных растений, привозимых из Полоцка, Смоленска, Киева, Астрахани [69, с. 59]. В целях расширения ассортимента лекарственных растений для аптекарских огородов также выписывали семена из-за границы; в 1643 г. было поручено доктору-иностранцу Венделинусу Сибилиситу привезти из-за границы для аптекарских огородов семена лекарственных растений.

Л. Ф. Змеев в книге «Чтения по врачебной истории России» (М., 1896) перечисляет московские и специализирован-

ные аптекарские огороды и сады, имевшие лекарственные растения. Кроме уже упомянутого на берегу реки Неглинной, такие сады и аптекарские огороды были в Кремле, за Москвой-рекой напротив Кремля у Каменного моста, за Мясницкими воротами, за Сухаревой башней, Кудринский и в районе Немецкой слободы. В 1657 г. был издан специальный указ о постройке за Мясницкими воротами специальной огородной слободы, куда было велено перенести аптекарский двор из Кремля и перевести туда истопников и сторожей [15]. Лекарственные растения выращивались также в «государевых садах» в Измайловском и Покровском селах. В аптекарском огороде у Каменного моста выращивали табак, мак, майоран, мяту, латук, анис, иссоп, портулак, тимьян, пион, руту, петрушку, шиповник, штокрозу, цикорий, шалфей, укроп, базилик, розмарин и др. [73, с. 26].

Существовали частные питомники, растениями которых пополнялись правительственные аптекарские огороды. Разведение лекарственных растений для продажи Аптекарскому приказу превратилось у некоторых крестьян в особый промысел.

Важной функцией приказа была также организация сбора дикорастущих лекарственных растений. В XVII в. сложились две организационные формы заготовок растительного лекарственного сырья. Первая из них осуществлялась в виде натуральной повинности. Воеводам было предписано доставлять травы и ягоды, «к лекарственному делу годные». В некоторых случаях воеводам поручалось самим организовать сбор какой-либо лекарственной травы. Получив подобный приказ, воевода распоряжался «выкликати» «знающих добрых людей», в помощь которым давались «работные люди». Лучшие «знатцы» включались в списки служащих Аптекарского приказа. Некоторые «знатцы» превращались в подрядчиков и поставляли сырье большими партиями. Если добровольцы не находились, то в деревни посылались приставы, чтобы заставить крестьян исполнить так называемую ягодную повинность. Из-за упорного сопротивления крестьян и посадских людей такая система заготовок лекарственного сырья оказалась неэффективной.

Другой формой заготовок лекарственных растений явилось командирование специальных групп травников [73, с. 27]. Состоявшие в штате Аптекарского приказа травники, прошедшие обучение в Аптекарском приказе и обладавшие солидными знаниями по современной им фармакогнозии, занимались ежегодной доставкой дикорастущих лекарственных растений из разных концов страны. Первые сведения о травниках относятся к 1630 г. Списки растений, которые надлежало собирать, составлялись Аптекарским приказом. Иногда в помощь сборщикам растений посылались лекарские ученики и даже опытные лекари; например, в 1682 г. был послан

лекарь Иван Венедиктов. Местная администрация должна была оказывать травникам содействие в их работе. Травники выезжали на места сбора растений небольшими группами по четыре—пять человек, имея в своем распоряжении лошадей и подводы для транспортировки собранного сырья. Для сбора растений травники в помощь себе привлекали местное население [19].

Растения собирали, «когда трава, цвет и корни в совершенной своей силе будут». Собранные растения перед отправкой в Москву перебирали «начисто, чтобы в них иной травы и земли не было»; далее растения надлежало «высушить на ветре или в избе на легком духу, чтоб от жару не зарумянено», а затем зашить в холстины, положить в лубяные коробки, «а те коробки зашить в рогожи накрепко, чтоб из тое травы дух не вышел», и на подводах отправить в Москву [69, с. 57].

Значительную часть растений собирали в ближайших к Москве дворцовых селах, однако круг местностей, доставлявших в Аптекарский приказ лекарственные растения, не ограничивается Подмосковьем. Интересно, что в сборе трав и корней, ловле пиявок в Московской губернии, согласно сенатскому указу 1733 г., участвовали и ученики московских госпитальных школ [41].

Под Коломойной собирали корни черной чемерицы, из Тулы, Калуги, Лихвина, Бельска доставляли яблоки дубовые, из Переславля-Залесского, Ярославля, Костромы, Ростова, Борисоглебска — можжевельные ягоды, из Саратова, Астрахани, Воронежа и казачьих городков, расположенных по Дону, — солодковый корень, из Казани — чечуйную траву, из Казани и Нижнего Новгорода — сосновые вершинки, «намоча их в вине», из Полоцка — корни консолиды черной, из Томска, Кузнецка, Красноярска — листья и цветы зверобоя.

При сборе лекарственных растений использовались специальные книги — «травники», в которых имелись цветные рисунки. Самое большое распространение травники получили в XVII в. Известный историк XIX в. Л. Ф. Змеев делит эту литературу на 4 отдела: 1) «Вертограды»; 2) описания приготовления из трав вод и других лекарств; 3) лечебники и 4) переводы древних классиков — Галена, Аристотеля, Гиппократы и др. (30 рукописей). Вертограды составлялись, по-видимому, образованным духовенством, что видно из характера введений, которые носят историко-религиозный характер [16, с. 92].

По данным А. В. Пруссак, для приготовления лекарств в российских аптеках чаще всего использовались следующие лекарственные растения: аир — корневище; береза — лист, почки, сок; борщевик — трава; вахта трехлистная (трифоль) — лист; донник — трава; дуб — кора, желуди; дягель — корень;

земляника — лист, ягоды; зоря (любисток) — трава; иссоп — трава; калина — кора, ягоды; липа — цветы; лопух — корневище; лук — луковица; можжевельник — ягоды; мята кудрявая — лист; пион — корень; полынь — лист; подорожник — лист, семена; редька — корень; тополь — почка; тысячелистник; хвощ — трава; хрен — корень; черемуха — цвет, листья, наструганные палочки; чеснок — луковица; шалфей — лист [69, с. 59]. Иностранцы отмечали также особую приверженность московских лекарей к луку и чесноку.

Старая царская аптека в Кремле лишь в порядке исключения обслуживала служилых людей. В 1672 г. в Новом гостинном дворе на Ильинке против Посольского двора была создана Новая аптека. Устройство Новой аптеки, а также обилие инвентаря и даже роскошь поражали иностранцев, описывавших эту аптеку в своих путевых заметках. Среди многочисленных помещений аптеки имелись лаборатория, склад для лекарств, поварня, сушильня для трав и др. Из сохранившейся описи строений и инвентаря Нового аптечного двора видно, что здесь были специальные палаты, в которых готовили вина, сахара, мясные и рыбные продукты, хлебные изделия. Среди этих палат имелось специальное помещение для «водошного сиденья» (изготовления) [12].

Новая аптека была предназначена для продажи лекарств «всяких чинов людям» по установленной цене, назначенной в «указной книге». Эта же аптека снабжала войска медикаментами. Но лекарства в Новой аптеке были настолько дороги, что покупать их могли только богатые люди. Поэтому простые горожане искали лекарства в лавках Зелейного ряда (от слова «зеле» — «зелень»). Здесь были зеленые лавки, принадлежавшие в том числе лекарям Аптекарского приказа. Изготавливаемые в зеленых лавках лекарства были значительно дешевле.

Аптекарский приказ тщательно следил, чтобы от продажи лекарств в зеленых лавках «в аптеке государевой казне порухи не учинить». В связи с открытием Новой аптеки был издан указ, под угрозой жестокого наказания запретивший продавать в зеленых лавках лекарства, которые продавались в Старой и Новой аптеках [70, с. 1067—1068]. С зеленых лавок государство собирало оброк, как с торговых заведений [69, с. 57]. Зеленые лавки имелись и в других крупных городах России (Новгороде, Серпухове, Коломне, Туле и др.).

К Новой аптеке было приписано несколько аптекарских огородов, при которых имелись свои фармацевтические лаборатории («поварни»), где изготавливались лекарственные настойки, сиропы, мази и пластыри. При аптекарских огородах и лабораториях состоял многочисленный штат из садовников, травников, занимавшихся под руководством лекарей сбором и сушкой растений, дистилляторов, алхимистов, истопников, сторожей.

Всего в течение XVII в. в Москве на казенный счет было устроено три аптеки. Недолгое время в Москве при двух госпиталях также имелись небольшие аптечки, открытые в 80-е годы. Неудачные попытки организации аптек также предпринимались в Вологде (1673) и в Казани (1679) [73, с. 15]. В Москве во второй половине XVII в. было организовано три аптечных склада: на Варварке, близ Арбатских ворот и на Смоленской улице возле Воздвиженского монастыря. Все аптеки и склады располагались в каменных зданиях.

В конце столетия аптекарские товары имелись в продаже и в специальных аптекарских складах, первоначально создававшихся для снабжения армии в пограничных городах: Полоцке, Могилеве и Архангельске. Но впоследствии правительство сочло невыгодным делать подобные закупки в аптекарских складах и стало посылать своих людей за границу для закупки лекарств, минуя посредников.

В химических лабораториях при аптеках и аптекарских огородах шло изготовление лекарственных средств: мазей, пластырей, водок (настоек), эфирных масел, спиртов, сахаров, уксусов, настоек. В состав лекарств входили продукты растительного, минерального и животного происхождения. Из средств животного происхождения использовались: свиное, собачье сало, жир барсука, медведя и других животных, а также щучьи, волчьи, вепревы зубы, рог оленя, козлиная кровь и др. А из средств минерального происхождения часто употреблялись драгоценные камни (хризолит, лазурит, яхонт, изумруд и т. д.), а также медь, золото, ртуть, мышьяк.

Здесь вели перегонку химических веществ, готовили серную и азотную кислоты, царскую водку, медный купорос, квасцы, производили очистку серы. Изготовлением лекарств занимались алхимики и дистилляторы. Следует отметить, что химические лаборатории при аптеках и аптечных садах, работавшие под началом зарубежных фармацевтов, сыграли видную роль в становлении российского химического производства и обучении российских специалистов элементам фармацевтической химии [73, с. 21—22].

Для работы в химических лабораториях использовались разнообразны аппараты и посуда: котлы, кубы, большие и малые перегонные аппараты или лембики, сулеи, колбы, стопки, мерки, ложки решетчатые, приемники, ступки, воронки, сита и т. д. [18, с. 25—31].

Лабораторное оборудование и аптечная посуда производились в мастерских Аптекарского приказа, о чем в архиве приказа за 1629—1680 гг. сохранились многочисленные записи. Например, в 1629 г. «оловянишному» мастеру Ивану Ефимьеву было отпущено свыше двух пудов олова для изготовления пяти лембиков. Большое внимание уделялось исправному состоянию оборудования. На службе в Аптекарском приказе со-

стоял специальный мастер, в обязанности которого входило устанавливать различные перегонные и другие аппараты, а также наблюдать за их состоянием и производить ремонт оборудования лабораторий [74].

Глиняная посуда, медные котлы, тазы и другое оборудование приобретались и в торговых рядах Москвы. Здесь же покупали сита, решета, холст для процеживания жидких лекарственных средств. В штате Аптекарского приказа были собственные гончарные мастера. В 1663 г. гончарный мастер Павел Птицкий был командирован в Гжельскую волость для поиска подходящей глины, в результате после его поездки в 1664 г. в Аптекарский приказ из Гжельской волости было доставлено 20 возов глины для изготовления аптечной посуды [74, с. 51].

Наряду с медной, оловянной и глиняной посудой и оборудованием для изготовления и хранения лекарственных средств использовалась разнообразная стеклянная посуда для оснащения лабораторий и отпуска лекарств. Первый «скляничный» завод, удовлетворявший в основном нужды Аптекарского приказа, был устроен в 1634 г. шведским мастером Елисеем Койетом недалеко от Москвы, в с. Духанино.

В 1668 г. в селе Измайлово был открыт еще один стеклянный завод, где работали русские и иноземные мастера. Специально для этого завода в Россию приглашались венецианские мастера. Здесь производили стеклянную посуду для расфасовки лекарств, реторты, колбы и т. д. В тех случаях, когда какая-то посуда изготовлялась впервые или требовалось приготовить посуду определенного вида, к заказу прилагались образцы или чертежи посуды. Аптекарская посуда, предназначенная для царского двора, часто расписывалась золотом, эмалевыми и финифтяными красками. Часть стеклянной посуды привозилась с Украины из г. Черкассы и выписывалась из-за границы.

Организация производства лекарственных средств требовала оснащения аптечных учреждений не только лабораторным оборудованием и посудой, но и аптечной мебелью — шкафами, столами, шкатулками, сундуками и пр. Так, в 1670 г. в связи со строительством Нового аптекарского двора в Москве на Смоленской улице столяру Аптекарского приказа Федору Ефремову было «...велено делать на новом аптекарском дворе шкафы и поставцы на всякие скляничные снасти» [19, с. 450].

Таким образом, в XVII в. русские аптеки оснащались в соответствии с требованиями науки и практики, в основном отечественным оборудованием. Стеклянная посуда готовилась стекольными производствами по специальным заказам Аптекарского приказа.

1.7. Реформирование управления лекарственным обеспечением в России в XVIII в.

Реформы Петра I, проведенные в начале XVIII столетия и затронувшие все стороны жизни страны, коснулись здравоохранения и лекарственного обеспечения населения. За время царствования Петра I на русскую службу было приглашено около 150 иностранных докторов медицины и лекарей.

В начале XVIII в. была проведена реформа органов государственного управления, в том числе и Аптекарского приказа. Часть Аптекарского приказа переехала в новую столицу и с 1712 г. развернула свою деятельность под названием Канцелярии Главной аптеки (или Аптекарской канцелярии) во главе с архиатром шотландским врачом Робертом Эрскином, который заложил Ботанический сад на Аптекарском острове в Санкт-Петербурге, открыл минеральный источник на правом берегу Невы, распорядился собрать гербарий, ныне хранящийся в Академии наук.

Часть Аптекарского приказа при этом все же оставалась в Москве и называлась Московской медицинской конторой.

В 1721 г. в Петербурге была создана Медицинская канцелярия — высший орган управления здравоохранением [5, с. 59—73]. Одна из функций этого органа состояла в контроле за деятельностью аптек, проверке правильности хранения лекарственных средств, сроков изготовления лекарственных препаратов и соответствия цен на лекарства ценам, установленным Медицинской канцелярией.

В 1763 г., уже в царствование Екатерины II, Медицинскую канцелярию в качестве руководящего органа медицинским делом в стране сменила Медицинская коллегия. В число ее важнейших задач вошли «сохранение врачевания народа» и «заведение российских докторов, лекарей, операторов и аптекарей, а к тому содержание порядочное аптек».

В самом конце XVIII в., согласно закону от 19 января 1797 г., в губернских городах были учреждены местные административные органы — губернские врачебные управы — с целью блюсти народное здравие «по воинской и гражданской части». В Петербурге врачебную управу заменяла Медицинская коллегия, а в Москве — ее контора. Закон подчинил врачебным управам не только гражданских врачей, но и врачей, служащих в войсках, которые дислоцировались в губерниях. В 1805 г. медицинская часть в армии и на флоте была выделена из компетенции врачебных управ. В число их многочисленных обязанностей входило освидетельствование казенных и уже появившихся частных аптек: проверка наличия медикаментов согласно каталогам, соблюдения правил изготовления и хранения лекарств [35, с. 138—147].

Созданная на местах сеть губернских врачебных управ из-за низкого правового статуса и недостатка врачей при обширных служебных обязанностях оказалась недостаточно эффективной. Управы могли лишь констатировать непорядки и сообщать о них по инстанции, но сами не обладали надлежащей властью для их устранения [7].

1.8. Создание вольных аптек и возникновение аптечной монополии

К началу XVIII в. в России существовали лишь две казенные аптеки, находившиеся в Москве, и зелейные лавки, что не могло удовлетворить потребность страны в лекарственной помощи. Следует отметить, что основанная в середине XVII в. Новая аптека была уничтожена во время затеянной Петром I реконструкции Красной площади.

Среди мероприятий правительства, направленных на решение проблемы лекарственного обеспечения, нужно назвать открытие вольных аптек, создание в Петербурге большого Аптекарского огорода (1713), работу по изысканию лекарственных средств отечественного происхождения, создание мастерской по изготовлению и ремонту медицинских инструментов (1714), подготовку русских аптечных работников.

14 февраля 1700 г. Петром I был издан указ «О наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным», направленный, главным образом, против незаконной торговли лекарствами на рынках и улицах [36]. А 27 октября 1701 г. последовал указ о ликвидации всех зелейных лавок.

22 ноября того же года был издан указ об устройстве в Москве по типу западноевропейских восьми вольных аптек — в Китай-городе, Белом и Земляном городах, на больших многолюдных улицах. В них запрещалось торговать виноградным или каким-то другим нелекарственным питьем, в связи с чем в них нельзя было продавать питье чарками, ведрами, бочками. Согласно именному указу Петра I (1705), запрещалось готовить в аптеках водку, кроме той, что входит в состав лекарств, для чего предлагалось держать в аптеках некоторый ее запас [37].

Чтобы получить разрешение на открытие аптеки, следовало подать прошение на имя царя. В случае положительного решения аптекарь выдавалась жалованная грамота и выделялся земельный участок для строительства аптеки. Первая вольная аптека, размещавшаяся рядом с Кремлем, была создана Даниилом Алексеевичем Гурчиным, выходцем из Польши, служившим в царской аптеке. Он получил широкую известность своими работами по составлению фармакопей. Для нужд армейской медицинской службы Д. А. Гурчиным была написана

«Аптека обозовая» (1708), а для гражданского населения — «Аптека домовая». Д. А. Гурчин также являлся автором популярных лечебников. Книги Д. А. Гурчина служили целям популяризации медицинских и фармацевтических знаний среди гражданского населения и в армии. Он организовал завод по производству аптечной посуды и изготовлению готовых лекарств из отечественного сырья. Совместно с видным церковным деятелем Афанасием Холмогорским Д. А. Гурчин составил русскую рукописную «Фармакопею» [8].

Первая грамота на открытие вольной аптеки месяцем ранее была выдана иностранному аптекарю И. Б. Грегориусу (27 ноября 1701 г.), а затем уже Д. А. Гурчину (28 декабря 1701 г.). И. Г. Грегориус получил образование и звание аптекаря за границей, куда был отправлен из России на учебу по рекомендации лейб-медика Блюментроста [31, с. 22—23].

Для предотвращения конкуренции владельцы аптек получили монопольное право на существование их аптек в городе или в большом районе: никто больше не имел возможности устраивать там еще одну аптеку. Для устройства еще одной аптеки требовалось разрешение владельца уже существовавшей аптеки. Владельцы аптек освобождались от налогов и сборов, военных постоев, фармацевты — от воинской повинности и податного состояния. Создателям аптек первые три года платили жалованье и предоставляли помещение. Фармацевты имели право получать почетное гражданство. На вывесках и упаковках вольных аптек красовался государственный герб. Все это способствовало созданию привилегированной корпорации аптекарей и возникновению так называемой «аптечной монополии», просуществовавшей до 1917 г.

Целью предоставления аптекарям перечисленных привилегий было создание наиболее благоприятных условий, обеспечивающих правильное изготовление, хранение и отпуск лекарств, среди которых были сильнодействующие и ядовитые, гарантировать охрану населения от аптечных ошибок.

На протяжении XVIII в. неоднократно выходили указы с запретами продавать вне аптек ядовитые вещества: такие препараты, как мышьяк, сулему, цылибуху, крепкую водку, янтарное масло и др. [40, 52]. Аптекарские товары первоначально пропускались в Россию без таможенного досмотра и доставлялись в Московскую и Астраханскую аптеки, и только на месте производился осмотр товаров [42].

Некоторое время аптеки находились в ведении Посольского приказа. Это свидетельствовало о том, что Петр I предполагал участие в создании аптек иностранных предпринимателей. С 1721 г. деятельность аптек контролировалась штатт-физиками, должности которых имелись при Медицинской канцелярии в Петербурге и при Московской медицинской конторе. Они ежегодно инспектировали частные и казенные аптеки.

Несмотря на большие льготы, вольные аптеки создавались очень медленно. На открытие восьми аптек в Москве понадобилось 12 лет. Аптечная монополия, введенная с целью развития аптечного дела в Москве, а с 1721 г. и в Петербурге, постепенно стала препятствием для дальнейшего роста аптечной сети в столицах. На протяжении 70 лет в Москве не было открыто ни одной новой аптеки. Лишь в 1784 г. по указу Сената в Москве было разрешено учреждать новые частные аптеки, помимо имевшихся в городе восьми аптек, открытых еще по указу Петра I [62]. Для устройства аптек необходимы были значительные средства, которые, как правило, отсутствовали у русских фармацевтов. Поэтому неудивительно, что большинство аптек было открыто иностранцами. Исключение составил Алексей Меркулов, открывший в 1709 г. аптеку на Пречистенской улице.

С начала 20-х годов XVIII в. неоднократно издавались указы о том, что вольные аптеки можно заводить на тех же основаниях в провинции (в губернских и уездных городах), что и в Москве и Петербурге, и что подчиняться они должны Медицинской канцелярии (1721, 1739, 1784, 1786) [39, 47, 62, 63]. Однако недостаток врачей и фармацевтов в провинциальных российских городах тормозил создание аптек.

Первая провинциальная вольная аптека была открыта в Ярославле (1740) аптекарем Гильдебрантом Гиндерсоном Дуропом, которому были предоставлены монопольное право на открытие аптеки, квартира и казенное жалованье на три года. Аптеки стали активно открываться во второй половине столетия, и к концу XVIII в. вольные аптеки имелись уже в Петербурге, Риге, Киеве, Минске, Вологде, Пскове, Курске, Костроме, Нижнем Новгороде, Нежине, Перми, Симбирске, Пензе и других городах. Эти частные аптеки были обязаны снабжать медикаментами не только гражданское население, но и воинские части, дислоцировавшиеся в местах нахождения аптек, а также воинские подразделения, проходившие через эти районы. Оплата за предоставляемые воинским частям медикаменты должна была производиться из средств губернских правлений [46].

Несмотря на все трудности и недостатки развития аптечного дела, следует признать, что проведенная Петром I аптечная реформа способствовала улучшению лекарственного обеспечения населения.

1.9. Казенные аптеки

Параллельно с вольными аптеками в России в XVIII в. стали функционировать казенные (государственные) аптеки, обслуживавшие армию и гражданское население. Казенные ап-

теки были нескольких видов: главные, полевые и госпитальные. Главными именовались наиболее крупные аптеки, не только продававшие населению медикаменты, но и выполнявшие функции аптечных военных складов. В 1759 г. был принят Сенатский указ о безденежной выдаче лекарств по рецептам четырех обозначенных в указе врачей для бедных родильниц и новорожденных младенцев из московской и петербургской казенных аптек [54]. Выдача лекарств неимущим за казенный счет проводилась под строжайшим контролем Медицинской канцелярии.

Существовали также полевые аптеки, обслуживавшие только воинские подразделения. Они располагались в местах сосредоточения войск, а в случае их передвижения меняли место своей дислокации. При военных госпиталях имелись аптеки, которые получали медикаменты из главных аптек. Согласно указам 1789 и 1795 гг., при передвижении войск для военных команд, особенно в случае войны, разрешалось требовать у вольных аптек бесплатно медикаменты, «но без излишеств, стараясь избегать употребления дорогих, особенно иностранных» [64, 67].

Первая казенная аптека была создана в Петербурге в 1704 г. Впоследствии она была названа Главной и помещалась в здании Медицинской канцелярии. Затем в столице в 1706 и 1709 гг. были открыты еще две казенные аптеки, снабжавшие лекарствами армию и гражданское население.

В Москве в 1706 г. была открыта Главная аптека, считавшаяся одной из лучших в Европе и до конца века являвшаяся самой крупной в России. В конце XVIII в. штат этой аптеки вместе с учениками и простыми работниками насчитывал 52 человека [35, с. 174—176]. Московская Главная аптека обслуживала население Москвы и армию, для чего был установлен налог, вычитавшийся из жалованья солдат и офицеров [73, с. 440].

Казенные аптеки в XVIII в. открывались, главным образом, в крупных городах: в Киеве (1715), Симбирске (1778), Нижнем Новгороде (1780), Перми (1786) и др. [16, с. 101]. В 1722 г. в Петербурге открылась еще одна Главная аптека при Морском госпитале, содержавшаяся на средства, вычитаемые из жалованья моряков. В 1730 г. эта аптека стала самостоятельным учреждением под названием «Адмиралтейская аптека» и начала снабжать лекарствами и хирургическими инструментами корабли Российского флота.

Первая Главная аптека в Сибири — в Тобольске — была создана в 1763 г. При ней, кроме фармацевтов, состояли доктор и штаб-лекарь. В конце XVIII в. в этой аптеке работали 19 человек [35, с. 176]. Однако создание тобольской аптеки не решило проблему лекарственного обеспечения Сибири, так как доставка медикаментов из аптеки в еще более отдаленные

губернии России требовала большого времени и средств. Только в 1800 г. была открыта еще одна государственная аптека в Сибири — в Иркутске.

Главные аптеки, как и вольные, представляли собой фармацевтические предприятия. Они имели в своем составе лаборатории и отделения, где, кроме лекарств, готовились составляющие их ингредиенты — кислоты и соли, эфирные масла, отвары. Развитие химического производства в России привело к тому, что аптеки стали постепенно получать некоторые готовые химические продукты, требовавшие только дополнительной очистки: поташ, селитру, ртуть, нашатырь, спирт, серную кислоту [79].

Казенные аптеки, создававшиеся при военных и морских госпиталях, как правило, также имели лаборатории, а некоторые — даже аптекарские огороды. Первая госпитальная аптека с ботаническим садом была создана еще при Московском госпитале в Лефортове, открытом в 1707 г. Петр I неоднократно посещал госпитальный ботанический сад и высаживал растения для его аптеки [72, с. 23]. Первоначально госпиталь не являлся военным и финансировался из Монастырского приказа. В него «принимаемы были всякого звания больные и убогие люди, а именном монахи, студенты, подьячие, отставные солдаты, из тайной канцелярии колодники и пр.» [1, с. 18]. Военным госпиталь стал только в 1755 г. При госпитале была организована медико-хирургическая школа, готовившая военных лекарей, совмещавших функции врачей и фармацевтов. В лаборатории при аптеке учили приготовлению лекарств, а в ботаническом саду знакомили с лекарственными растениями.

В регламентах о госпиталях 1722 и 1735 гг. говорилось о необходимости создавать при госпиталях небольшие аптеки с лабораториями. Отпуск медикаментов из аптеки по лекарским рецептам разрешался только при наличии на рецепте подписи доктора или главного лекаря. В обязанности заведующих госпитальных аптек входило обучение учеников госпитальных школ познанию лекарственных растений; он должен был заставлять их «себе травные книги делать», т. е. собирать гербарии [1, с. 18].

В полевых аптеках, о которых уже было сказано выше, проходили практику молодые фармацевты, которые затем работали в казенных аптеках различных типов. Согласно инструкции 1756 г., в полевых аптеках должно было быть по 8 человек аптекарских гезелей [50]. Здесь же ремонтировали медицинские инструменты, хранили деньги, предназначенные для закупки медикаментов и выплаты жалованья медицинскому персоналу [13, с. 177]. Полевые аптеки создавали резервные запасы медикаментов и по требованию армейского начальства доставляли медикаменты в штаб армии, откуда они распределялись по полкам.

В конце столетия в России числилось шесть полевых аптек: в Георгиевской крепости на Кавказе, в Гродно, Лубнах, Оренбурге, Риге, Смоленске. Организация полевых аптек была трудной задачей «из-за недостатка фармацевтических кадров. Регламентом 1736 г. предписывалось детям служащих Медицинской канцелярии, а также грамотных солдатских детей обучать ботанике и «аптекарской науке» при аптекарских огородах и в главных аптеках, чтобы в дальнейшем они получали право поступать учениками в полевые аптеки [35, с. 54—62].

Интересно, что не только при больницах, но и при некоторых учреждениях открывались собственные аптеки. Так, например, в 1747 г. аптека была создана при Кунсткамере (для сбережения анатомических вещей и препаратов), в 1764 г. — при Академии художеств [57], в 1770 г. — в Воспитательном доме, причем с аптекарских материалов, ввозимых из-за границы для Воспитательного дома, пошлины не взыскивались [48, 57, 58]. В Духовном регламенте 1721 г. указывалось, что аптека должна быть при каждой духовной семинарии [38].

В конце XVIII в. аптека, как правило, имела так называемую рецептурную комнату, предназначенную для изготовления по рецептам лекарств и их выдачи. Здесь же хранился запас медикаментов, из которых готовились лекарства. Рядом обычно располагались приемная, кабинет хозяина, комната фармацевтов. Для хранения основного запаса медикаментов предназначалась специальная материальная комната, причем ядовитые и сильнодействующие вещества хранились отдельно в особых шкафах. Аптеки имели собственные лаборатории для приготовления галеновых препаратов, получения эфирных масел, ароматных вод и т. д. Лаборатории были оборудованы печами с вытяжными трубами, рабочими столами, полками с разнообразной лабораторной посудой, весами и т. д. Скоропортящиеся при повышенной температуре вещества обычно хранились в погребах. Аптеки должны были иметь полный набор лекарственных средств, содержащихся в российских фармакопеях [26]. Оборудование аптечных лабораторий позволяло делать в них важные научные открытия, что подтверждает научная биография члена Петербургской Академии наук Т. Е. Ловица.

Вопрос о контроле качества лекарственных средств рассматривался как важная государственная проблема. Медицинская канцелярия обязана была следить за тем, чтобы медикаменты во всех аптеках, используемые для приготовления лекарств, были свежими и «продаваемы за умеренную цену». За свежесть и годность к употреблению медикаментов в полковых аптеках отвечали полковые лекари [56].

Особую категорию должны были составлять аптеки приказов общественного призрения — губернских органов, созданных в результате проведения широкомасштабной администра-

тивной реформы 1775 г. [24]. Согласно Указу императрицы, приказам разрешалось открытие аптек с тем, чтобы вырученные от продажи лекарств населению деньги шли на содержание приказных заведений. Однако до 1800 г. ни одной приказной аптеки так и не было создано, а в 1808 г. их насчитывалось только четыре [29] (подробно об этом будет сказано в главе 3).

1.10. Подготовка фармацевтических кадров в XVIII в.

Серьезным препятствием для расширения сети гражданских и военных аптек служил острый дефицит квалифицированных фармацевтических кадров. В XVIII в., как и ранее, подготовка фармацевтических кадров проводилась непосредственно в аптеках. В середине XVIII в. неоднократно выходили указы о том, чтобы дети служащих Медицинской канцелярии, аптекарей и аптекарских служителей определялись в аптекарские ученики. Приобретая знания о полевых лекарственных травах, их сборе, способах хранения и обработки, изготовлении лекарств, научившись писать и читать по-латыни, ученики сдавали экзамен на звание гезеля. Пройдя затем стажировку в военных полевых аптеках, можно было сдать экзамен на звание провизора, который принимали комиссии при Медицинской канцелярии и Медицинской коллегии.

В 1754 г. Медицинская канцелярия вынуждена была обратиться к учащимся духовных семинарий с предложением поступать учениками в госпитали и аптеки, обещая многочисленные привилегии в будущем. Аптекарским ученикам платили жалованье 4 рубля в месяц, предоставляли квартиру [49].

В царствование Екатерины II (указ от 7 марта 1784 г.) аптекарские ученики получили право беспрепятственно записываться в хирургические госпитальные школы для усовершенствования в медицинских науках [61]. Госпитальные школы готовили военных лекарей, в программу их входило обучение аптекарской науке, которую преподавали аптекари, работавшие в госпитальных аптеках.

1.11. Русская фармацевтическая литература и научные достижения XVIII в.

В XVIII в. было положено начало печатной фармацевтической литературе, что нашло выражение в появлении ряда руководств по фармакогнозии, фармакологии и рецептуре [6, с. 89—90, 273—280]. Среди этих изданий следует упомянуть «Домашние аптеки», содержащие списки лекарств, предназначенных для использования без назначения врача. В них содер-

жались указания, в каких случаях следует употреблять лекарство, и давались рецепты с подробными инструкциями по самостоятельному приготовлению лечебных средств (настоев, отваров и т. п.).

Во второй половине XVIII в. в России русскими врачами и фармацевтами был издан ряд фармакопей, целью которых было введение однообразия в изготовление лекарственных препаратов, установление обязательных норм и методов определения качества лекарственных средств [16, с. 106]. Большинство лекарств доставлялось из-за границы, а возможности отечественной флоры использовались недостаточно. В медицинской практике широко использовались вещества, не обладавшие лечебными свойствами (ингорова кость, человеческое сало, земляные черви, камень безуй и др.). Арсенал лекарственных средств остро нуждался в квалифицированной ревизии. Все это определило необходимость в создании общегосударственных фармакопей.

Первые российские печатные фармакопеи в основном были предназначены для армии и флота. Опубликованная П. З. Кондоиди в 1765 г. военная фармакопея «*Pharmacopoea castrensis*» фактически представляла собой каталог наиболее нужных для полковых аптек медикamentов с указанием их цены. В ней давались описание состава ряда сложных лекарственных средств, список хирургических инструментов и рекомендации врачам по лечению наиболее распространенных заболеваний [68]. Вторая военная фармакопея была издана в 1779 г.

В 1783 г. на русском языке вышла морская фармакопея под названием «Аптека для Российского флота или роспись всем нужным лекарствам, коих по рангу корабля для шести месяцев вояжа в корабельном ящике иметь должно». Автором морской фармакопеи является А. Г. Бахерахт (1724—1806) — главный доктор русского флота, много сделавший для улучшения санитарных условий службы во флоте. Составленная им морская фармакопея содержала около 150 названий медикаментов, предметов ухода и хозяйственных принадлежностей для кораблей разных размеров, а также инструкции, касающиеся лечения больных. А. Г. Бахерахт пропагандировал лекарства из отечественного сырья. Так, рекомендуя для лечения цинги общепринятый десост Кука, он рядом приводит рецепт «Десост русский от цинги» — из сосновых шишек. В своих трудах Бахерахт указывал, что применение кислой капусты для предупреждения цинги англичане и голландцы «от русских взяли» [2, с. 50, 59, 60, 64]. Фармакопеи 1779 и 1783 гг. вызвали интерес в Западной Европе и были изданы в Копенгагене и Лейпциге [73, с. 90].

В 1778 г. профессором Н. К. Карпинским на латинском языке была издана первая русская государственная гражданская фармакопея «*Pharmacopoea Rossica*». Его задачей было

очистить арсенал лекарственных средств отечественной медицины от импортных растительного сырья и препаратов. В результате в фармакопее заграничные препараты составили лишь десятую часть. В фармакопею вошли такие распространённые растения, как ель, сосна, береза, ольха, алтей, золототысячник, полынь и др. Многие из них применяются в современной медицинской практике. Рецептура сложных лекарственных средств была значительно упрощена. В фармакопею не вошли многие средства, доставшиеся в наследство от средневековой медицины: жир различных животных, земляные черви, щучьи зубы и др. [77, с. 64—67, 73]. Согласно Аптекарскому уставу, изданному в 1789 г., российская фармакопея должна была находиться в каждой аптеке и служить руководством в определении номенклатуры аптечных товаров, в вопросах рецептуры и изготовления лекарственных средств.

Вышедшее в 1798 г. второе издание фармакопеи, переработанное и дополненное, было подготовлено группой отечественных ученых под руководством профессора Н. К. Карпинского [68]. Названия препаратов давались на латинском и русском языках. Подробно описывались их свойства, физиологическое действие и способы употребления. Для сложных лекарственных средств была подробно изложена технология их приготовления. В книге имелись «Общие правила, обозначающие время, в которое врачевные произрастания, более целительными силами своими изобилующие, собирать должно, также и способ их приготовления и хранения» на русском языке.

Второе издание гражданской фармакопеи было переведено с латинского на русский язык и издано в 1802 г. под названием «Русская фармакопея, или Аптека с подробным и ясным наставлением, научающим в каком виде и количестве лучше и полезнее, как и внутрь, так и снаружи, употреблять лекарства, как-то различные порошки, капли спиртные и пр.». Следующая общегосударственная Российская фармакопея была издана лишь в 1866 г.

Работа российских ученых по изучению естественных богатств России, проведенная в XVIII столетии, позволила авторам фармакопеи 1798 г. ввести в нее растительные лекарства отечественного происхождения. Получившие образование в Европе русские ученые способствовали развитию фармации в России. Естествоиспытатели И. И. Лепехин, Н. М. Максимович-Амбодик, П. С. Паллас, Н. Я. Озерецковский, Н. П. Соколов и многие другие обследовали российскую лекарственную флору, произвели отбор полезных растений, выявили признанные средства народной медицины, произвели проверку огромного фактического материала.

Большое влияние на развитие лекарственного обеспечения населения оказали успехи в развитии химии и фармации.

В XVIII в. М. В. Ломоносов открыл первую в России химическую лабораторию, в которой впоследствии работали многие выдающиеся фармацевты. Блестящую страницу в истории фармации в России в конце XVIII — начале XIX вв. составили члены Петербургской Академии наук, изучавшие минеральные источники и лекарственную флору. В аптечных лабораториях были сделаны важные для своего времени открытия, разработаны новые методы анализа (превращение крахмала в сахар), изучены производные индиго, анилин, гармин, гармалин и др. Аптекари, как правило, имели высшую фармацевтическую степень, являясь образованнейшими людьми своего времени. Примечательно, что аптекарь Тобиас Ловиц стал преемником М. В. Ломоносова на кафедре химии в Академии наук [16, с. 103].

Среди выдающихся деятелей фармации XVIII в., работавших в России, следует назвать И. Г. Моделя, 20 лет руководившего Главной аптекой в Петербурге. Он преподавал химию и фармацию в госпитальной школе, а также занимался проблемами, имевшими практическое значение (осуществил анализ невской воды, разработал способ очистки и добывания буры, поваренной соли и др.).

Выдающимся аптекарем своего времени являлся академик Т. Е. Ловиц (1757—1804). При очистке солей виннокаменной кислоты он открыл адсорбционную способность угля, впервые получил кристаллическую уксусную кислоту, ввел в практику микрокристаллоскопический анализ. Ему же принадлежит ряд открытий в области неорганической и органической химии.

Особо следует отметить выдающиеся заслуги Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика (1744—1812), который по праву считается одним из основоположников отечественной фармакогнозии и русской медицинской терминологии. Из-за слабого развития лекарственного растениеводства Россия вынуждена была покупать лекарственные средства за границей. Так, в государственном бюджете за 1764—1767 гг. расходы на медикаменты ежегодно составляли до 0,5% государственных расходов. Н. М. Максимович-Амбодик, как и другие передовые ученые России (И. И. Лепехин, П. С. Паллас), был противником ввоза дорогостоящих иностранных лекарств, считая необходимым изучать и пропагандировать отечественные лекарственные травы, не уступающие иностранным, а иногда и превосходящие их по своим лечебным свойствам. Ему принадлежит фундаментальный труд в 4-х томах «Врачебное веществословие, или Описание целительных растений» (1783—1789) — первое обобщающее руководство по лекарственным растениям. В основу классификации лекарственных растений Н. М. Максимович-Амбодик положил их действие на организм; некоторые разделы этой классификации существуют и в

настоящее время: слабительные, рвотные, вяжущие, мочегонные («мочегонительные»), снотворные («усыпительные») и др. Утверждение Н. М. Максимовича-Амбодика о необходимости индивидуального подхода к больному было важным и прогрессивным положением русской медицины второй половины XVIII в.

Много внимания качеству лекарственных средств уделял В. М. Севергин (1765—1826). Его книга «Способ испытывать чистоту и неподложность химических произведений лекарственных» (1800) стала первым российским пособием по лекарственной химии. Академик Н. П. Соколов (1748—1796), заведовавший в Академии наук химической лабораторией, в своих публичных лекциях также подчеркивал важность химических исследований для медицинских и фармацевтических наук. Заслуживает внимания его работа о применении с медицинской целью можжевельника.

Выдающийся естествоиспытатель, академик, доктор медицинских наук Н. Я. Озерецковский (1750—1827) целый ряд своих работ посвятил изучению целебных свойств растений, используемых в народной медицине России. Значительно обогатил методы преподавания фармации талантливый русский врач, профессор в госпитальной школе при Московском военном госпитале К. И. Щепин. На своих лекциях он ввел преподавание рецептуры, добился узаконивания практики лекарских учеников в аптеке, боролся за укомплектование госпитальных школ русскими учениками.

Одним из основоположников отечественной фармакогнозии явился А. Т. Болотов (1738—1833), опубликовавший в журнале «Экономический магазин» около 500 статей о лекарственных растениях: их свойствах, способах заготовки, условиях хранения и применении [3, 4].

Особо должна быть отмечена написанная по распоряжению Медицинской коллегии «Фармакология» петербургского доктора Е. Е. Еллизена (1797), содержащая описания лекарств с указанием их действия и терапевтического применения. В конце книги было приведено «Расписание аптекарских вещей для полковых и батальонных аптек», содержащее около 100 лечебных средств. «Расписание» Е. Е. Еллизена было близко по своему содержанию к изданному в России в XVIII в. военным и морским фармакопеям, которые фактически являлись каталогами лекарственных запасов военных частей.

Российские фармацевты, ученые-естествоиспытатели стали активными участниками Императорского Вольного экономического общества — первого научного общества в России, созданного в 1765 г. в Петербурге под покровительством Екатерины II. Общество занималось вопросами сельского хозяйства, промышленности, экономики, статистики, а также медицинскими проблемами, главным образом, вопросами гигие-

ны, борьбы с эпидемиями. Его действительными членами являлись И. Г. Модель, Т. Е. Ловиц, Н. М. Максимович-Амбодик, И. И. Лепехин, П. С. Паллас, А. Г. Бахерахт, Н. Я. Озерцовский, Н. К. Карпинский, Х. Пекен и др. В трудах общества публиковались сведения о лекарственных средствах, используемых в народной медицине, о всевозможных лекарственных веществах.

Среди научных учреждений, способствовавших развитию лекарственного обеспечения в России, следует также отметить петербургский аптекарский огород, для размещения которого был выбран Березовый остров в окрестностях Петербурга, получивший впоследствии название Аптекарского острова. Инициаторами создания аптекарского огорода являлись сам царь Петр I и директор Кунсткамеры доктор Р. К. Эрскин. В 1735 г. управление Петербургским аптекарским огородом было передано начальнику Адмиралтейского госпиталя доктору медицины И. Г. Сигизбеку (1686—1755), по совместительству преподававшему ботанику в госпитальной медицинской школе. Для создания на аптекарском огороде обширной ботанической коллекции он установил переписку со многими ботаниками, и в их числе со знаменитым создателем научной систематики растений Карлом Линнеем.

На аптекарском огороде имелись оранжереи, в которых выращивались иноземные теплолюбивые растения, а также лаборатория для приготовления лекарственных средств из растительного сырья. Здесь же проводилась экспертиза присылаемого из разных мест материала на предмет ядовитости или безвредности, проводились испытания фармакологических свойств растений для определения возможности их использования в медицинской практике [17].

О поощрении правительством разведения в России ввозимых из-за границы лекарственных растений свидетельствует именной указ Екатерины II от 2 октября 1789 г. «О разведении ревеня в местах к тому способных и назначении награждения тем людям, кои тому способствовать будут» [66]. Ревень в XVIII в. пользовался популярностью в Европе в качестве слабительного средства и ввозился из Китая, Монголии и Тибета.

Петербургский аптекарский огород в начальный период своего существования служил важным источником снабжения лекарственным растительным сырьем и препаратами из него сети казенных аптек. К середине XIX в. Петербургский аптекарский огород потерял функции снабженческого органа и стал важным научным центром в качестве Ботанического сада Российской академии наук.

1.12. Аптечное законодательство XVIII в.

В течение XVIII в. было издано большое число законодательных документов, посвященных проблемам лекарственного обеспечения. Ранее уже упоминались указы, посвященные организации гражданских и военных аптек, а также запрещающие торговлю ядовитыми препаратами (1733) [43].

В 1756 г. правительство запретило врачебную практику лицам, не имеющим медицинского образования, а также продажу лекарств везде, кроме аптек [51]. Внеаптечная торговля медикаментами в Москве и Петербурге действительно мешала развитию аптечной сети, а также создавала опасность злоупотребления сильнодействующими средствами. Указ, однако, не учитывал, что в провинциальных городах аптек было мало и потому рынок был единственным источником лекарственного снабжения населения. В июне 1758 г. был издан новый указ, подтверждавший запрет на продажу вне аптек уже только ядовитых медикаментов [52].

Произвол владельцев аптек в области цен на лекарства вызывал многочисленные нарекания со стороны населения. По указу Сената 1763 г. на Медицинскую канцелярию возлагалась обязанность контроля за деятельностью аптек и разработки единой аптекарской таксы для упорядочения цен на аптекарские товары [55].

Первые аптекарские таксы, созданные в середине XVIII в., носили полуофициальный характер и существовали в рукописном виде. Аптекарская такса (документ с расценками для определения стоимости лекарств, отпускаемых аптеками), отпечатанная типографским способом, вышла только одновременно с Аптекарским уставом в 1789 г. [32].

Руководитель Медицинской коллегии И. Ф. Фитингоф признавал, что поводом для введения таксы стало растущее в русском обществе недовольство из-за произвольного завышения аптекарями цен на лекарства, в результате чего малоимущие больные ощущали «великое отягощение» [32].

Второе издание аптекарской таксы вышло в 1800 г. Оно в значительной степени отличалось от первого. В нем возросло количество перечисленных препаратов: с 1684 наименований в первом издании до 1837 во втором. Под давлением владельцев аптек были пересмотрены цены на медикаменты, и плата за изготовление лекарств возросла в 1,5—2 раза [36].

Качество продаваемых аптеками медикаментов вызывало беспокойство властей. 22 апреля 1783 г. постановлением Сената всем фармацевтам частных и казенных аптек при изготовлении лекарств вменялось в обязанность в точности выполнять предписания рецепта и не вносить никаких изменений в состав врачебной прописи [59]. Следует также упомянуть указ Сената от 26 января 1784 г., предписывающий выда-

вать разрешение на изготовление и продажу новых лекарственных средств только после проведения предварительных испытаний, подтверждающих терапевтическую ценность препаратов. Издание указа было связано с выявлением факта торговли так называемым «целебным бальзамом», который производил купец Лесников [60].

Важным событием в сфере лекарственного обеспечения населения России явилось издание 20 сентября 1789 г. Аптекарского устава [32, 65]. Устав 1789 г. регламентировал все стороны деятельности аптек. Во втором его параграфе говорилось: «Аптекарь, яко добрый гражданин хранящий присяжную должность, повинен быть искусен, честен, совестен, благоразумен, трезв, прилежен, во всякое время присутствен и исполняющий звание свое всеобщему благу соответственно». Правом управления аптекой, согласно уставу, пользовались только лица с высшим фармацевтическим образованием. Аптекарю предписывалось «иметь добрые, свежие, ко употреблению годные и расходу соразмерные припасы, и из таковых приготавливать потребные сложные лекарства, в таковом только количестве, чтобы оныя, паче чаяния испортившись, не причиняли ни самому убытку, ни вреда ближнему».

Устав был издан на русском и немецком языках и вместе с аптекарской таксой разослан во все аптеки. В нем содержались положения об обязанностях аптекаря, об отпуске ядовитых лекарственных средств, о запрещении изготовления и продажи в аптеках спиртных напитков и т. д. Согласно уставу, управлять аптекой имел право только аптекарь, прошедший испытания в Медицинской коллегии. Каждая аптека должна была иметь российскую фармакопею и готовить лекарства по правилам, в ней изложенным. Устав обязывал фармацевтов соблюдать все предписания рецепта относительно состава лекарств и массы входящих в него ингредиентов. Запрещался отпуск лекарств по рецептам врачей, не имевших разрешения на практику, а также сильнодействующих лекарственных средств по требованиям повивальных бабок. Ядовитые лекарственные средства, согласно уставу, мог отпускать только управляющий аптекой по письменному удостоверению. Аптекарю запрещалось самому выписывать рецепты и лечить больных. Устав 1789 г., впервые упорядочивший все стороны деятельности аптек, сохранял свою силу до 1836 г.

Таким образом, становление лекарственного обеспечения в России связано с созданием в 1581 г. в Москве Аптекарского приказа и первой Царской аптеки, задачей которых первоначально было медицинское обслуживание царской семьи и ближних бояр, а позднее — нужд армии и населения столицы государства. К 80-м годам XVII в. на территории Российского государства действовали лишь три аптеки, они являлись государственными учреждениями и финансировались казной.

Ввиду их малочисленности и высокой стоимости медикаментов подавляющая масса населения пользовалась продукцией зеленых лавок.

Первая половина XVIII в. стала временем реформирования управления лекарственным обеспечением, создания сети казенных аптек и появления первых вольных аптек в столицах, а позднее — и в провинции. Результатом указов Петра I стало формирование так называемой аптечной монополии, охранявшей интересы владельцев аптек и создавшей привилегированную корпорацию аптекарей. Необходимо отметить, что под вольными аптеками в этот период подразумевали аптеки, принадлежащие частным лицам. Однако с течением времени (в XIX в.) понятие это трансформировалось и стало определять уже не форму собственности, а способ функционирования аптеки — изготовление лекарств по рецептам и продажу их населению по ценам аптекарской таксы.

Во второй половине XVIII в. на фоне роста числа аптек получает дальнейшее развитие и законодательное регулирование фармацевтической деятельности. Наиболее важным элементом фармацевтического законодательства стал Аптекарский устав 1789 г., регламентировавший все стороны деятельности аптек. Одновременно издается и первая официальная аптекарская такса, а с целью поддержания ассортимента лекарств и контроля их качества создаются фармакопеи. В этот период складывается система управления медико-фармацевтическим делом, включавшая центральный орган государственного управления — Медицинскую коллегию (1763), а также подведомственные ей местные административные органы — врачебные управы (1797). Однако сложившаяся к концу XVIII в. система управления лекарственным обеспечением просуществовала недолго, и с начала XIX в. начался период ее ломки и преобразований.

Литература

1. *Алелеков А. Н.* История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею. — М., 1907. — С. 18.
2. *Бахерахт А.* Способ к сохранению здравия морских служителей. — СПб., 1780.
3. *Болотов А. Т.* О лекарственных травах и о заготовлении оных // Экономический магазин. — 1781. — Ч. 5. — № 2. — С. 17—26.
4. *Болотов А. Т.* Руководство к познанию лекарственных трав // Экономический магазин. — 1781. — Ч. 7. — № 53. — С. 3—14.
5. *Будко А. А., Шабунин А. В.* История медицины Санкт-Петербурга. — СПб., 2003. — С. 59—73.
6. *Громбах С. М.* Русская медицинская литература XVIII века. — М., 1953.

7. *Егорышева И. В., Данилишина Е. И.* Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здравия в России (19 в.—нач. 20 в.) // *Здравоохранение РФ.*—2001.— № 1.— С. 53—55.
8. *Зархин И. Б.* Медицинские рукописи начала XVIII в. // *Военно-медицинский журнал.*— 1947.— № 9.— С. 57—58.
9. *Зархин И. Б.* Очерки из истории отечественной фармации XVIII и первой половины XIX века.— М., 1956.
10. *Змеев Л. Ф.* Первые аптеки в России.— М., 1887.
11. *Змеев Л. Ф.* Чтения по врачебной истории России.— СПб., 1896.
12. *Ламанский В.* Записки отделения русской и славянской археологии. Русского археологического общества.— СПб., 1861.— Т. II.— С. 44—126.
13. *Лахтин М. Ю.* Этюды по истории медицины.— М., 1902.
14. *Левинштейн И. И.* Аптека.— БМЭ.— Изд. 2-е.— Т. 1.— С. 101, 528.
15. *Левинштейн И. И.* Заготовка лекарственных трав в Московской Руси // *Вестник Фармации.*— 1928.— № 2.— С. 84.
16. *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела.— М.— Л., 1939.
17. *Липский Б. И.* Исторический очерк императорского С.-Петербургского ботанического сада // *Императорский С.-Петербургский ботанический сад за 200 лет его существования.*— СПб., 1913.— С. 91—98.
18. *Лукьянов П. М.* История химических промыслов и химической промышленности России.— Т. 1 — М.—Л., 1948.
19. *Материалы для истории медицины в России /* Сост. Н. Е. Мамонов.— СПб., 1881.— Т. 1.— № 106—107.
20. *Материалы для истории медицины в России.*— Т. 3.— СПб., 1884.— С. 839.
21. *Материалы для истории медицины в России.*— Т. 4.— СПб., 1884.— С. 1605.
22. *Мирский М. Б.* Медицина России XVI—XIX веков — М., 1996.— С. 85—87.
23. *Мирский М. Б.* Медицина России X—XX веков.— М., 2005.— С. 90—91.
24. *Мирский М. Б., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.* и др. Приказная медицина — важный этап в истории отечественного здравоохранения // *Проблемы соц. гиг., здравоохранения и истории медицины.*— 2005.— № 5.— С. 53—56.
25. *Невский В. А.* О первой московской аптеке // *Аптечное дело.*— 1954.— Т. 3.— № 6.— С. 40.
26. *Ниманн И. Ф.* Руководство к осмотру аптек и прочих врачебных запасов.— М., 1822.
27. *Новомбергский Н. Я.* Материалы по истории медицины.— СПб., 1905.— Т. 1.— С. 70, 81.
28. *Новомбергский Н. Я.* Очерк по истории аптечного дела в допетровской Руси.— СПб., 1902.
29. *Об общественном призрении в России.* Приложение, табл. № 1.— СПб., 1818.
30. *Опыт исторического очерка возникновения и развития всего аптекарского дела в России.* Издание правления товарищества «В. К. Феррейн».— М., 1910.
31. *Опыт исторического очерка возникновения и развития всего аптекарского дела в России.*— М., 1911.

32. *Оценка* лекарствам, устав аптекарский, устав повивальным бабкам, устав о должной плате медицинским чинам.— СПб., 1789.
33. *Палкин Б. Н.* Русские госпитальные школы ХУШ века и их воспитанники.— М., 1959.
34. *Панченко В. К.* Аптека. Аптечное дело // Реальная энциклопедия медицинских наук.— Т.1.— СПб., 1891 — С. 405—408.
35. *Петров Е. Е.* Собрание российских законов о медицинском управлении.— СПб., 1826.
36. *Полное собрание законов Российской империи с 1649 г.— СПб., 1830. (ПСЗРИ-1).— Т. 4.— № 1756*
37. ПСЗРИ-1.— Т. 4.— № 2074.
38. ПСЗРИ-1.— Т. 6.— № 3718.
39. ПСЗРИ-1.— Т. 6.— № 3811.
40. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 6304.
41. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 6424.
42. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 6523.
43. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 6912.
44. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 7112.
45. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 7128.
46. ПСЗРИ-1.— Т. 10.— № 7963.
47. ПСЗРИ-1.— Т. 10.— № 7965.
48. ПСЗРИ-1.— Т. 12.— № 9425.
49. ПСЗРИ-1.— Т. 14.— № 10 196.
50. ПСЗРИ-1.— Т. 14.— № 10 507.
51. ПСЗРИ-1.— Т. 14.— № 10 586.
52. ПСЗРИ-1.— Т. 15.— № 10 851.
53. ПСЗРИ-1.— Т. 15.— № 10 872.
54. ПСЗРИ-1.— Т. 15.— № 10 972.
55. ПСЗРИ-1.— Т. 16.— № 11 820.
56. ПСЗРИ-1.— Т. 16.— № 12 289.
57. ПСЗРИ-1.— Т. 16.— № 12 275.
58. ПСЗРИ-1.— Т. 19.— № 13 485.
59. ПСЗРИ-1.— Т. 21.— № 15 712.
60. ПСЗРИ-1.— Т. 22.— № 15 915.
61. ПСЗРИ-1.— Т. 22.— № 15 951.
62. ПСЗРИ-1.— Т. 22 — № 16 043.
63. ПСЗРИ-1.— Т. 22.— № 16 448.
64. ПСЗРИ-1.— Т. 23.— № 16 777.
65. ПСЗРИ-1.— Т. 23.— № 16 806.
66. ПСЗРИ-1.— Т. 23.— № 16 808.
67. ПСЗРИ-1.— Т. 23.— № 17 311.
68. *Pharmacosoroea* Castrensis.— Petropli, 1765.
69. *Пруссак А. В.* Из истории аптечного дела на Руси // Аптечное дело.— 1953.— № 6 — С. 56—59.
70. *Ретлинггер А. Д.* Исследование по истории медицины в России // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины.— 1906.— № 7.— С. 1059—1060, 1067—1068.
71. *Рихтер В.* История медицины в России.— СПб., 1814.— Ч.1.— С. 408—410.
72. *Рихтер В.* История медицины в России.— СПб., 1820.— Ч. 3.— С. 23.
73. *Сало В. М.* История фармации в России.— М., 2007.
74. *Семенова Т. Д.* Некоторые сведения об аптечной посуде и обору-

- довании в XVII столетии // Аптечное дело.— 1955.— № 5.— С. 50—53.
75. *Соколовский М.* Характер и значение деятельности аптекарского приказа.— СПб., 1904
 76. *Томашевский В. В.* Аптекарский приказ в XVII веке: Дис.— Л.: Ленинградский государственный университет имени А. А. Жданова, 1952.
 77. *Филькин А. М.* История создания русских фармакопей: Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1963.
 78. *Флоринский В. М.* Медицинский экзамен во время царствования Михаила Федоровича. В кн.: Русские простонародные травники и лечебники.— Казань, 1879.— С. 202—205.
 79. *Фортуатов С. П.* Материалы к истории первых русских фармакопей // Аптечное дело.— 1953.— № 3.— С. 50—52.
 80. *Шнер П.* Возникновение аптекарского дела в России // Фармацевтический вестник.— 1900.— № 13 — С. 236; № 15 — С. 271—272.
 81. *Яровинский М. Я.* Здравоохранение Москвы.— М., 1988.— С. 9.

СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В XIX — НАЧАЛЕ XX вв.

2.1. Центральные и местные органы государственного управления фармацевтическим делом в XIX — начале XX вв.

Начало XIX в. стало переломным моментом в организации государственного управления, в том числе и в управлении медико-фармацевтическим делом. В 1802 г. в России в результате реформы Александра I было создано Министерство в составе 8 отделений (военное, морское, иностранных дел, юстиции, внутренних дел, финансов, коммерции, народного просвещения), позднее распавшееся на самостоятельные министерства [2, ч.1, с. 8]. В 1803 г. Медицинская коллегия была упразднена, и руководство здравоохранением, в том числе и лекарственным обеспечением, перешло к Министерству внутренних дел [1, с. 15—16]. Вопросами медицины и фармации в новом министерстве занимались Экспедиция государственной медицинской управы, состоявшая из двух отделений, и Медицинский совет. Первое отделение Экспедиции государственной медицинской управы ведало подготовкой медицинских и фармацевтических кадров, деятельностью высших медицинских учебных заведений. В его компетенцию входил и широкий круг вопросов лекарственного обеспечения, а именно: «рассмотрение требований медицинских и аптекарских припасов... для казенных аптек... испытание их и свидетельство в доброту при отпуске, устройство казенных аптек, определение, увольнение, награждения казенных аптекарей, дозволение открывать вольные аптеки и надзор за ними; аптекарская полиция вообще,... устройство ботанических и аптекарских садов, надзор за сбором дикорастущих трав, новые наставления для содержания аптекарских садов, магазинов и проч., возобновление диспенсаторий, исключение бесполезных лекарств, замена иностранных отечественными, имеющими равную силу и действие, сочинение аптекарских такс и др.». На

второе отделение было возложено решение хозяйственных вопросов и проблем обеспечения: «покупка и заготовление разных аптекарских материалов, припасов, посуды; рассылка и разноска припасов во все казенные аптеки... и содержание казенных аптек с их чинами и служителями, ревизия денежных счетов казенных аптек» и др. [2, ч. 1, с. 53—56].

При Министерстве внутренних дел был образован Медицинский совет — коллегиальный совещательный орган, торжественное открытие которого состоялось 9 апреля 1804 г. По первоначальному замыслу министра внутренних дел В. П. Кочубея, совет должен был явиться чем-то вроде «Академии медицинской науки», где решались бы дела «ученые текущие и относящиеся до усовершенствования медицинской части». Состоять этот орган должен был из «известнейших наших медиков» [2, ч. 1, с. 50]. Проблемы управления в его ведение не входили.

Однако в 1811 г. вопросы здравоохранения и лекарственного обеспечения были переданы в ведение созданного Министерства полиции, в составе которого был образован Медицинский департамент [2, ч. 2, кн. 1, с. 21]. Первое отделение этого департамента ведало вопросами медицинского и фармацевтического образования, приглашением иностранных врачей и фармацевтов в Россию и др. Второе отделение занималось вопросами заготовки лечебных растений и производства медикаментов, руководило казенными аптеками и заводами медицинских инструментов, финансировало «медицинские нужды» и содержание зданий медицинского ведомства. Третье отделение департамента вело «счетные дела». При Министерстве был создан и Медицинский совет [2, ч. 2, кн. 1, с. 25—26].

Но спустя 8 лет, в соответствии с указом от 4 ноября 1819 г., Министерство полиции было соединено с Министерством внутренних дел [16]. В структуре обновленного Министерства внутренних дел были сохранены Медицинский департамент и Медицинский совет. Передача руководства здравоохранением и лекарственным обеспечением из одних рук в другие негативно сказывалась на состоянии медицинской и лекарственной помощи населению. О недостаточно серьезном отношении к «делу охранения народного здравия» свидетельствует тот факт, что до 1836 г. Медицинский департамент возглавляли лица, не имевшие ни медицинского, ни фармацевтического образования (первым директором Департамента — врачом стал профессор, лейб-медик С. Ф. Гаевский, автор ряда законодательных актов по врачебной части), а также и то, что Аптекарский устав 1789 г., несмотря на произошедшие в начале XIX в. изменения в системе управления медико-фармацевтическим делом, не пересматривался и действовал почти полвека.

Некомпетентность государственных чиновников, руководивших медицинским делом, заставила правительство еще в

1805 г., наряду с должностями генерал-штаб-докторов в армии и на флоте, ввести должность генерал-штаб-доктора «по гражданской части». В 1812 г. было создано специальное подразделение — Канцелярия генерал-штаб-доктора по гражданской части «для установления деятельного надзора по части практической, судебной и полицейской медицины» [15]. Генерал-штаб-доктору должны были подчиняться физикаты столиц и губернские управы, ему были подконтрольны практикующие медики, аптеки, заведения при минеральных водах. Генерал-штаб-доктор был наделен большими полномочиями. Несмотря на то что законом не оговаривалась какая-либо подчиненность генерал-штаб-доктора и его канцелярии Медицинскому департаменту, на практике такая зависимость все же существовала.

Основной функцией Медицинского департамента и Канцелярии генерал-штаб-доктора было руководство губернскими врачебными управами — административными органами, ведавшими врачебно-санитарным и фармацевтическим делом на местах. Опубликованный в 1855—1858 гг. «Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних...» в восьми томах дает представление о характере взаимодействия центральных и местных органов управления здравоохранением [29]. Среди документов, направленных Медицинским департаментом в губернии, особенно много было распоряжений, касавшихся лечебных учреждений приказов общественного призрения, при которых создавались аптеки, обслуживавшие нужды больниц: типовые штатные расписания, инструкции о том, кого следует принимать в лечебницы и богадельни, об отпуске и приготовлении лекарств, об обеспечении больниц медикаментами и пр.

Особой функцией Министерства было предоставление информации для повышения профессионального уровня врачей и работников аптек: в губернии рассылались разработанные Медицинским советом рекомендации, касавшиеся различных методов диагностики и способов лечения. Медицинский департамент и Канцелярия генерал-штаб-доктора сообщали о выходе медицинских и фармацевтических трудов, проводили подписку или рассылали книги с последующей оплатой («Краткое систематическое собрание лучших рецептов», последние издания фармакопеи и аптекарской таксы, «Российский медицинский список» и др.). Губернские управы извещались и о выходе периодических изданий — «Друга здравия», «Терапевтического архива», «Журнала Министерства внутренних дел», где большое внимание уделялось и вопросам лекарственного обеспечения. Для снабжения врачей и аптек гражданского ведомства «врачебно-литературными пособиями» губернские управы в середине века ежегодно перечисляли в Медицинский департамент по 15 рублей.

Медицинский департамент Министерства внутренних дел систематически информировал управы о новых товарах аптечного ассортимента, которые изготавливались на специальных заводах в Петербурге и Москве, уведомлял о фармацевтических препаратах, одобренных Медицинским советом к применению или, напротив, запрещенных к обращению в России.

Многочисленные циркуляры компенсировали недостаточную разработанность законодательства в медико-фармацевтической сфере. Лишь в 1836 г. Министерством был подготовлен новый Аптекарский устав, который регламентировал деятельность казенных и вольных аптек, в 1842 г. — «Устав учреждений общественного призрения», а в 1851 г. — «Устав лечебных учреждений гражданского ведомства», в которых содержались правила по хозяйственной, медицинской и фармацевтической частям управления больницами и аптеками при них, а также формы отчетов, перечень аптечного оборудования и каталоги лекарств.

Врачебные управы, в свою очередь, регулярно представляли в министерство финансовую отчетность, сведения о медицинском и фармацевтическом персонале, о выявленных в ходе проводимых ревизий в вольных и казенных аптеках недостатках и пр. Однако правовой статус этих правительственных органов был таков, что они могли только констатировать «непорядки», но сами не обладали надлежащей властью для их устранения. В результате деятельность врачебных управ сводилась к бесконечной переписке с вышестоящими инстанциями. В дальнейшем ряд инструкций и циркуляров Министерства еще более ограничил их права и компетенцию. Во второй половине XIX в. они превратились во врачебные отделения губернских правлений, что было санкционировано «Временными правилами о преобразовании губернских учреждений Министерства внутренних дел» (1865). Управление врачебно-санитарной и фармацевтической частью на местах было возложено на губернаторов, начальников областей, градоначальников, а роль врачебных отделений сводилась к исполнению приказов губернского начальства, они даже не имели права напрямую обращаться в Медицинский департамент [3].

Медицинский департамент курировал подготовку среднего фармацевтического персонала. Протоколы экзаменационных испытаний необходимо было представлять в Министерство.

В 1836 г. последовала очередная реорганизация управления гражданским медико-фармацевтическим делом. Канцелярия генерал-штаб-доктора была объединена с Медицинским департаментом, а генерал-штаб-доктор стал его директором. Такое решение было связано с тем, что эти структуры Министерства внутренних дел по своим функциям во многом дублировали друг друга. Замысел реформы состоял и в том, чтобы «разделить в составе Министерского устройства две части,

по существу своему не имеющие ничего общего, но ныне между собою связанные, а именно: собственно медицинскую и хозяйственную» [22]. Новый Медицинский департамент состоял из двух частей: одно отделение занималось «делами распорядительными» (включая управление медико-хирургическими академиями, определение на службу врачей и фармацевтов, приглашение иностранных врачей и фармацевтов и т. д.), другое — контролем работы медицинских и аптечных учреждений (как частных, так и государственных), их персонала, вопросами пересмотра диспенсаторий и аптекарской таксы и т. д. А для решения хозяйственных вопросов был создан Департамент казенных врачебных заготовлений, на который было возложено: «заготовление, хранение и распределение... нужных для армии и флота, а равно для некоторых казенных мест гражданского ведомства, лекарственных материалов, самих лекарств и других врачебных потребностей». В штат нового Департамента входил старший, или фармацевтический, советник, имевший «особое наблюдение за делами, собственно до фармацевтической части относящимися»: он рассматривал предварительные требования медикаментов по военным каталогам и пондерациям, составлял руководство по заготовке материалов и лекарств и др. [22, 23].

Для руководства на местах подчиненными новому Департаменту казенными аптеками, запасными аптеками и магазинами, ботаническими садами в 1838 г. были образованы 6 инспекторств аптекарской части, которые располагались в Варшаве (при действующей армии), Киеве, Херсоне, Оренбурге, Вильне и Москве. Задачей инспекторств был контроль за бесперебойным снабжением казенных аптек материалами высокого качества, организация «выгоднейших для казны закупок с торгов, узаконенным порядком проведенных», контроль качества закупаемых аптечных товаров и фармацевтического сырья, ежемесячные ревизии казенных аптек и проверка их финансовой отчетности [31, с. 34—39].

Однако спустя 23 года, в соответствии с Указом от 26 марта 1859 г., Департамент казенных врачебных заготовлений со всеми подведомственными учреждениями (инспекторствами аптекарской части, аптечными магазинами, рецептурными и запасными аптеками, инструментальными заводами, ботаническими садами и всеми принадлежащими им помещениями и запасами) был передан в Военное министерство [26]. С этого времени Министерство внутренних дел сосредоточилось на проблемах здравоохранения и лекарственного обеспечения только гражданского населения.

Необходимо отметить, что в России в первой половине XIX в. начали функционировать и аптеки, «учреждаемые по ведомствам различных Министерств и главных управлений, каковы суть: аптеки при университетах и других учебных заве-

дениях, при горных заводах», которые создавались, подчинялись и содержались «в соответствии со Сводами Учреждений тех ведомств по принадлежности». Однако число таких аптек было очень невелико [31, с. 39—46].

Таким образом, с начала XIX в. основное руководство лекарственным обеспечением гражданского населения было сосредоточено в Министерстве внутренних дел, преобразования внутри которого продолжались и в более позднее время.

Последовавшие вслед за отменой крепостного права (1861) масштабные реформы местного самоуправления — земского (1864) и городского (1870) — внесли свои коррективы и в управление медико-фармацевтическим делом. Земствам и городам было предоставлено право организации медико-санитарной помощи населению на средства, формирующиеся из местных налогов и сборов. За Медицинским департаментом был закреплен лишь общий надзор за земскими и городскими лечебными и аптечными учреждениями. Однако земская реформа была проведена только в 34 европейских губерниях. Сохранившиеся в неземских губерниях учреждения приказов общественного призрения обслуживали только городское население. В связи с этим в конце XIX в. в составе Медицинского департамента было создано особое отделение, занимавшееся вопросами сельского здравоохранения неземских губерний, — сельская врачебная часть. В ее ведении находилась сеть небольших лечебниц и фельдшерских пунктов с аптечками при них, содержавшихся на казенный счет.

В 1904 г. Медицинский департамент был в очередной раз реорганизован и разделен на два управления: Управление по делам местного хозяйства и Управление главного врачебного инспектора, которое продолжало курировать деятельность аптек и больниц.

Что касается местных губернских правительственных органов управления здравоохранением, то, согласно Уставу врачебному 1905 г., они состояли из губернского врачебного инспектора, его помощника, фармацевта и делопроизводителя. Обязанности губернских врачебных отделений с 1797 г. не претерпели принципиальных изменений. К функциям губернских врачебных отделений, в частности, относились надзор за аптеками и торговлей лекарственными препаратами, разрешение фармацевтической рекламы, освидетельствование привозимых из-за границы косметических средств, минеральных вод, разрешение их продажи. В уезде на правительственной медицинской службе фармацевт предусмотрен не был.

2.2. Деятельность Медицинского совета Министерства внутренних дел в сфере лекарственного обеспечения гражданского населения

Важным элементом системы управления медико-фармацевтическим делом в России был Медицинский совет, который поначалу являлся научным совещательным органом, не имевшим никакой административной власти. Со временем, однако, он превратился в инстанцию, наделенную рядом административных, хозяйственных, экспертных функций и даже — к началу XX в. — законотворческой инициативой [36].

Структура и состав Медицинского совета также подвергались неоднократным преобразованиям. Так, по Положению 1803 г. Медицинский совет составляли «неопределенное число членов как присутствующих, так и отсутствующих, вне и внутри государства, отмеченных знаниями и общим уважением» [2, ч. 1, с. 49—50]. Новое Положение 1836 г. ввело в состав Медицинского совета в качестве непременных членов представителей различных министерств и ведомств, а в число совещательных членов — выдающихся представителей отечественной науки, которые избирались «по личному их достоинству». Первоначально на посту председателя Медицинского совета находились министерские чиновники, и лишь после 1841 г. — авторитетные врачи и ученые: М. А. Маркус (1841—1864), В. В. Пеликан (1865—1873), Е. В. Пеликан (1873—1884), Н. Ф. Здекауер (1884—1889), В. В. Пашутин (1889—1901), Л. Ф. Рагозин (1902—1908), Г. Е. Рейн (1908—1917) [9, с. 32]. Рассмотрение Медицинским советом вопросов (в зависимости от их важности) производилось в ходе частных или общих заседаний, задачей которых являлось вынесение научно обоснованных решений.

Курирование фармацевтического дела в империи являлось одним из основных направлений деятельности Медицинского совета. В разные годы в его составе работали такие авторитетные представители фармацевтической науки и выдающиеся химики, как Т. Е. Ловиц, А. П. Нелюбин, Н. Н. Зинин, Ю. К. Трапп, Д. И. Менделеев, А. В. Пель, С. А. Пржибытек, А. П. Дианин и др. С 1870 г. в качестве непременных членов в состав совета дополнительно были включены два постоянных депутата от Санкт-Петербургского фармацевтического общества, имевших степень магистра фармации [6, с. 47]. Важно отметить, что это общество, образованное в 1818 г., пользовавшееся государственной субсидией (с 1845 г. — 1200 рублей в год) и покровительством, объединяло видных фармацевтов, которые одновременно являлись владельцами крупных вольных аптек [8, с. 105—106]. А потому депутаты Санкт-Петербургского фармацевтического общества не только давали на-

учные заключения по практическим вопросам, но и представляли свои корпоративные интересы, что отражалось на принятии решений Медицинским советом.

Положением о Медицинском совете от 1836 г. в сферу его компетенции были включены следующие вопросы: «издание наставлений и инструкций для... аптекарских чиновников; исследование новых фармацевтических средств и дозволение продажи и употребления их; изыскание способов замены лекарств иностранных российскими; разрешение сомнений о привозимых из-за границы лекарственных составах; издание диспенсаторий или правил составления лекарств; издание аптекарской таксы» и др. [2, ч. 3, кн. 2, с. 47—48]. Эти вопросы оставались в ведении Медицинского совета во все годы его существования.

Так, издание инструкций для фармацевтических чиновников, рассмотрение дел о разрешении открытия аптек, а позднее и фармацевтических предприятий составляли одну из наиболее многочисленных групп дел, решаемых Медицинским советом. Если за десятилетие 1833—1842 гг. в совет поступило порядка 750 дел по данным вопросам, то в 1893—1902 гг. — уже 838, а в 1903—1912 гг. — 1008 [9, с. 37—38], причем если в XIX в. в совете рассматривались преимущественно дела об открытии новых аптек, то на рубеже XIX—XX столетий все большее место занимали вопросы учреждения фабрик и лабораторий, что было вызвано началом развития отечественной фармацевтической промышленности.

Медицинский совет рассматривал вопросы, связанные с квалификацией фармацевтического персонала; более того, он принимал окончательное решение о лишении права на фармацевтическую практику в случае грубого нарушения владельцем или служителем аптеки, фармацевтического предприятия своих обязанностей [35, с. 881].

Важной стороной деятельности Медицинского совета являлось издание российской фармакопеи и аптекарской таксы, периодический их пересмотр, составление списка ядовитых веществ. С 1863 г. при Медицинском совете действовала специальная Фармакопейная комиссия, работой которой руководил академик Ю. К. Трапп. Списки лекарственных средств, предполагаемых к включению в фармакопею, рассылались комиссией во врачебные отделения губернских правлений, в аптеки и лечебные учреждения. С учетом поступивших с мест замечаний и пожеланий, комиссия подготовила первое издание, содержащее 906 статей. В общей сложности Медицинским советом было подготовлено 6 изданий Российской фармакопеи: 1866, 1871, 1880, 1891, 1902 и 1910 гг. В качестве приложений к фармакопее выступали списки реактивов и приборов, необходимых для химического анализа фармакопейных препаратов, меры веса, список сильнодействующих

веществ с указанием правил хранения и применения, таблица противоядий и др.

Государственная фармакопея выступала по существу сборником обязательных стандартов для лекарственных средств, применяемых в России, ее наличие требовалось во всех без исключения аптеках, а потому ее издание стало чрезвычайно важным шагом в деле упорядочения изготовления лекарств и организации лекарственного контроля [33].

Медицинский совет занимался подготовкой и изданием аптекарской таксы на представленные в фармакопее простые и сложные медикаменты. Кроме цен на исходные вещества, в ней были указаны цены на приготовление лекарств по рецептам врачей и цены на аптечную упаковку. Согласно Уставу врачебному, запрещалось продавать лекарства из аптек «выше цен, аптекарскою таксою определенных», в то время как отпускать их по более низкой цене владелец аптеки имел право, но это не должно было отражаться на качестве препаратов. Стоит отметить, что широко информировать публику о снижении цены не рекомендовалось [35, с. 891]. Этот запрет охранял коммерческие интересы других аптекарей. Издание Медицинским советом государственной фармакопеи и аптекарской таксы способствовало упорядочению лекарственного ассортимента, стандартизации способов приготовления и методов контроля качества лекарств, регулированию цен на медикаменты.

Несмотря на то что Медицинский совет вплотную не занимался вопросами образования, некоторые его постановления имели судьбоносное значение для развития системы подготовки фармацевтических кадров. Так, в течение 1883—1885 гг. на рассмотрении Медицинского совета находился вопрос о допуске женщин к фармацевтической деятельности. Заключение Медицинского совета послужило основанием для положительного решения этого вопроса Министерством народного просвещения в конце 80-х годов XIX в. [7].

В компетенцию Медицинского совета входило и регламентирование рекламы лекарственных средств. Задача «цензуры публичных объявлений» была впервые поставлена перед ним еще в 1836 г. (более подробно об этом будет сказано в главе 5).

Одной из наиболее значимых функций Медицинского совета было рассмотрение дел «о разрешении ввоза иностранных фармацевтических средств, минеральных вод», а также о «приготовлении русских средств, аппаратов, минеральной воды», принятие по ним окончательных решений. Если за десятилетие с 1853 по 1862 г. в отношении иностранных средств Медицинским советом было рассмотрено всего 500 дел, за 1893—1902 гг. — 833, то за 1903—1912 гг. — уже 2704. В отношении российских средств за те же периоды соответственно было рассмотрено 326, 629 и 1793 дела. Очевидно, что число

дел данной категории увеличилось за последнее десятилетие в 3—4 раза, причем преимущественно за счет дел об импорте лекарств [9, с. 37, 41].

Все препараты, прежде чем они попадали в торговый оборот, проходили экспертизу, по результатам которой Медицинский совет принимал окончательное решение о судьбе лекарственного средства. Интересно отметить, что число отклоненных ходатайств обычно превышало число разрешений на допуск лекарственного средства к обороту (например, в январе 1914 г. — 18 отказов против 7 разрешений). Причиной отказа довольно часто являлось признание экспертами Медицинского совета препарата «могущим причинить вред здоровью потребителей» [5].

С конца XIX в. все сведения (качественный и количественный состав, способ приготовления, употребления и дозировка) о каждом вновь разрешаемом Медицинским советом к обращению препарате, как зарубежном, так и отечественном, публиковались в правительственных изданиях и профильных фармацевтических журналах. Кроме того, Медицинским советом производился ежегодный пересмотр списков разрешенных и запрещенных к ввозу лекарств, которые подавались в Департамент таможенных сборов [35, с. 950]. Перечни вновь разрешенных и запрещенных к обороту лекарственных препаратов прилагались и к ежегодно издаваемому «Российскому медицинскому списку».

На рубеже XIX—XX вв. в России остро встает проблема поступления на аптечные прилавки некачественных и фальсифицированных лекарственных средств (более подробно об этом — в главе 5). На основании заключений Медицинского совета о качестве и подлинности того или иного лекарства Медицинский департамент (с 1904 г. — Управление главного врачебного инспектора) издавал соответствующие циркуляры, рассылаемые во все местные врачебные правления с целью усиления контроля и изъятия фальсификата из аптечной сети. Однако процесс этот был бюрократизированным и долгим, и порой циркуляр прибывал в местные врачебные отделения губернских правлений уже после того, как фальсификат был обнаружен на прилавках представителем фирмы, производящей подлинный препарат. Связано это было, в частности, и с тем, что Медицинский совет не имел собственной лаборатории и эксперты его были вынуждены пользоваться услугами различных учреждений, что затягивало сроки экспертизы.

Дискуссия о создании государственной лаборатории велась долгие годы. В 1905 г. была создана комиссия, составившая проект лаборатории, план и смету. Проект был направлен в 1912 г. в Государственную Думу, которая сочла возбуждение этого вопроса несвоевременным ввиду «предстоящей реорганизации Медицинского совета», а также указала, что «нет на-

добности в предположенном приобретении земельного участка для лаборатории, так как таковой участок можно найти на территории Института экспериментальной медицины» [9, с. 29—30]. Вопрос этот так и остался открытым.

Медицинский совет, получив, согласно Положению от 1904 г., право законодательной инициативы, внес вклад и в разработку фармацевтического законодательства. В 1912 г. под руководством председателя Медицинского совета академика Г. Е. Рейна начала работу Высочайше учрежденная междудомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, в рамках которой решался вопрос о реформе управления здравоохранением и, в частности, лекарственным обеспечением, рассматривался проект нового Фармацевтического устава. Основным способом преодоления недостатков здравоохранения Комиссия Г. Е. Рейна считала создание специального органа — Главного управления государственного здравоохранения на правах министерства во главе с министром-врачом. Проект, подготовленный комиссией, включал ряд положений, касающихся и организации управления лекарственным обеспечением. Однако проект этот не был воплощен в жизнь [4].

2.3. Российское фармацевтическое законодательство в XIX — начале XX вв.

Одной из основных задач Министерства внутренних дел являлась разработка основополагающих законодательных актов и нормативных документов, регулирующих вопросы, связанные с лекарственным обеспечением населения.

К концу XVIII в. в России насчитывалось около 100 аптек [37], и этого количества было явно недостаточно для обслуживания нужд населения империи. Поэтому политика государства состояла в создании благоприятных условий для привлечения к фармацевтическому образованию, в стимулировании фармацевтов к частной аптечной деятельности.

Целый ряд законодательных актов первой половины XIX в. был нацелен на укрепление социального статуса служителей аптек. Так, аптекарские ученики, в соответствии с указом от 3 января 1806 г., могли набираться из лиц, принадлежащих к податному сословию [10], а аптекарские ученики, успешно сдавшие экзамен на звание гезеля, согласно указу от 29 октября 1809 г., могли считаться служащими Министерства и на этом основании выходить из податного состояния [13]. Эти указы способствовали притоку молодых людей в аптеки, стимулировали к получению фармацевтического образования.

В 1810 г. были установлены три фармацевтических звания: аптекарский помощник, провизор и аптекарь. В 1817 г. были

сделаны первые дополнения к правилам о фармацевтических экзаменах, регламентировавшие допуск гезелей к провизорскому экзамену и провизоров — к экзамену на звание аптекаря. Наконец, в 1845 г. были установлены три фармацевтических степени: аптекарский помощник, провизор и магистр фармации. Желая получить фармацевтическое образование поступал работать аптекарским учеником и по истечении 3 лет, выдержав экзамен на медицинском факультете университета, мог претендовать на звание аптекарского помощника. Аптекарский помощник, в свою очередь, проработав 3 года в аптеке, допускался к слушанию лекций на двухгодичных провизорских курсах при медицинском факультете и в случае успешной сдачи государственного экзамена получал звание провизора. Особо одаренные после специальной подготовки и сдачи так называемого магистрантского экзамена допускались к публичной защите диссертации в университете или медико-хирургической академии. При этом для желающего поступить в аптекарские ученики и таким образом начать свое фармацевтическое образование требовалось лишь свидетельство об окончании трех классов гимназии [25].

Привилегии аптекарей, ранее дарованные им, были расширены в XIX столетии. В 1807 г. в ответ на намерение министра коммерции графа Н. П. Румянцева ограничить некоторые преимущества владельцев аптек министр внутренних дел В. П. Кочубей заявил: «Торговля аптекарей есть отлична от прочих родов торговли по важности вещей, оную составляющих; она, состоя под ближайшим надзором правительства, не обложена никакими податями и повинностями, но имеет, напротив, разные привилегии и права, отличные от купеческих, и аптекари, как и прочие ученые звания, пользуются на основании Городового положения правом именитых граждан». При этом он подчеркивал необходимость стимулирования роста числа аптек, поскольку «вольных аптек еще довольно мало в России находится, и исключая столиц, в большей части губерний не более как по одной аптеке состоит» [12]. Поэтому ряд постановлений первой половины XIX в. создавал дополнительные льготные условия для владельцев аптек: освободил их от записи в гильдии [12] и торговые разряды и от уплаты соответствующих налогов [17], а также подтвердил освобождение их от военных постоев [19]. В 1833 г. фармацевты, прослужившие на казенной службе не менее 20 лет, получили право на получение пенсии, размер которой составлял от 50 до 100% оклада в зависимости от выслуги лет, в случае смерти пенсия продолжала выплачиваться семье пенсионера [21].

Ряд указов начала XX в. был направлен на упорядочение торговли лекарствами, на борьбу с шарлатанством. Так, в 1807 г. вышел указ, в соответствии с которым Министерство внутренних дел с 1809 г. стало ежегодно издавать «Российский

медицинский список», куда вносились все лица, имевшие законное право заниматься медицинской и фармацевтической деятельностью. Поводом для этого послужили результаты проведенной в 1807 г. проверки рецептурного отпуска лекарств петербургскими аптеками. В поданных аптеками сведениях значилось 580 фамилий врачей, выписывавших рецепты, в то время как законное право на медицинскую практику в столице имели лишь около 100 врачей [11]. Отныне аптекари обязаны были сверять фамилию врача, выписавшего рецепт, с «Российским медицинским списком», а получить привилегию на открытие аптеки мог лишь фармацевт, занесенный в него.

Нормативные документы касались и организации торговли лекарствами. В 1814 г. была разрешена внеаптечная торговля безвредными лекарственными средствами в москательных лавках и зеленных рядах [14]. Впоследствии это привело к появлению так называемых аптечных магазинов, ставших основными конкурентами аптек. В 1833 г. было разрешено открывать центральные гомеопатические аптеки в Петербурге и Москве, обязанные обеспечивать препаратами провинциальные аптеки и врачей-гомеопатов [20].

Был издан ряд важных постановлений, формулировавших правила отпуска медикаментов, особенно тех, которые могли представлять потенциальную угрозу здоровью и жизни пациента. Так, в 1814 г., а затем в 1830 г. выходят указы «О правилах для продажи сильнодействующих и ядовитых веществ», в которых был представлен перечень препаратов, относившихся к спискам «А» и «В», и регламентирован их отпуск и хранение [18].

Особое место в деятельности Министерства внутренних дел отводилось подготовке и изданию уставов, имевших силу закона. Развитие фармацевтической деятельности, реформирование в 1836 г. высшего органа руководства гражданским медико-фармацевтическим делом привели к необходимости пересмотра основополагающего документа, регламентировавшего сферу лекарственного обеспечения. 23 декабря 1836 г. — вслед за реорганизацией Медицинского департамента, созданием Департамента казенных врачебных заготовлений, изданием нового Положения о Медицинском совете — получает законодательное утверждение и новый Аптекарский устав [24]. Остановиться на нем следует подробно.

В Аптекарском уставе 1836 г. были детально регламентированы такие аспекты, как порядок открытия аптек, внешнее и внутреннее управление ими, правила приготовления и отпуска лекарств, содержания аптек, права и обязанности персонала. Новый устав, в соответствии со сложившейся системой государственного управления фармацевтическим делом, закрепил за министром внутренних дел решение вопроса об открытии казенных аптек, а за Медицинским департаментом Мини-

стерства — право выдачи разрешений на открытие вольных аптек. Казенные и вольные аптеки находились под ближайшим контролем губернских врачебных управ. Открытию новой вольной аптеки предшествовала подача прошения в местную врачебную управу, которая, рассмотрев его, должна была затребовать отзыв у уже обосновавшихся в данной местности аптекарей о целесообразности открытия новой аптеки и принять на основании этого решение. Устав мотивировал это необходимостью исключения «взаимного подрыва» — чрезмерной конкуренции. Заключение управы отправлялось в Медицинский департамент для окончательного решения вопроса. Таким образом, Аптекарским уставом 1836 г. была закреплена аптечная монополия, подразумевавшая необходимость получения согласия от владельцев аптек на открытие в их местности новых. Единственным исключением могло являться открытие новой вольной аптеки по личному разрешению министра внутренних дел вопреки отрицательному мнению владельцев аптек. Соискатель, получивший разрешение на открытие аптеки, обязан был реализовать свое право в течение года, иначе он его лишался.

Важнейшим нововведением было и то, что отныне владельцем вольной аптеки мог быть гражданин, не имевший специального образования, однако управлять аптекой разрешалось только лицу, имевшему высшее фармацевтическое звание (аптекаря или провизора). Это обстоятельство, упростив условия доступа к аптечному делу, стало на время фактором роста аптечной сети, так как фармацевты, желавшие открыть аптеку, не всегда располагали необходимым для этого капиталом. Был установлен возрастной ценз — владеть и управлять аптекой мог человек «не моложе 25 лет от роду» [24, с. 312—313].

Новый устав предоставил владельцам аптек право распоряжаться ими на основании общих законов о собственности, однако обо всех своих действиях по сдаче в аренду, по залогу и отчуждению аптеки необходимо было ставить в известность местное медико-полицейское управление. Наследники также не утрачивали права распоряжаться аптекой, но, не имея фармацевтического звания, должны были вверить руководство ею компетентному специалисту [24, с. 316]. Параграф 7 устава запрещал владеть или управлять одновременно двумя или более аптеками в одной местности.

В штате аптеки, помимо управляющего аптекаря (или провизора), должны были состоять аптекарские помощники (гезели) и аптекарские ученики. Число их определялось «действительной необходимостью». Внутри аптеки должна была существовать строгая иерархия и поддерживаться производственная дисциплина. Сведения о приеме и увольнении служащих аптек с указанием уровня их профессионализма, заслуг,

а также проступков регулярно должны были доставляться во врачебную управу.

Большое внимание в новом уставе было уделено вопросам оснащения и правильной организации работы аптеки. Перед ее открытием проводилась проверка, в ходе которой инспектор врачебной управы должен был удостовериться, что аптека оснащена необходимым оборудованием и инвентарем, достаточным ассортиментом и количеством лекарств. Согласно уставу, в ней должен был иметься весь набор лекарственных средств, внесенных в аптекарскую таксу, а также наиболее употребляемые лекарства, не вошедшие в каталог, гербарий наиболее распространенных лекарственных растений, специальная аптечная посуда, используемая для приготовления, хранения и отпуска медикаментов, необходимые для производства лекарств весы, инструменты, аппараты и т. д. Предусматривалось обязательное наличие в аптеке последней аптекарской таксы, фармакопеи, основополагающих трудов по химии и фармации, шнуровой книги (где фиксировались рецептурный отпуск и ручная продажа, отпуск ядовитых лекарственных средств), «Российского медицинского списка» (отпуск осуществлялся только по рецепту врачей, внесенных в него). Что касалось внутреннего устройства и оборудования аптеки, то она должна была иметь рецептурную, материальную и рабочую комнаты (где измельчали растительные и прочие материалы), кокторию (где готовили настои, отвары), лабораторию, сушильню, подвал и ледник [24, с. 313—314].

В уставе большое внимание уделялось правилам отпуска лекарств, который мог производиться по рецептам врачей, по копиям рецептов, по сигнатурам, а также по устным и письменным требованиям частных лиц (безрецептурный отпуск). Принятые аптекой рецепты должны были храниться три года, а соответствующие записи в рецептурных книгах — постоянно. Возникающие недоразумения по содержанию рецепта в обязательном порядке разрешались при участии выписавшего его врача. Лекарство отпускалось из аптеки только в запечатанном виде, к нему прикреплялась сигнатура с обозначением названия аптеки, номера рецепта, состава и способа применения лекарства, имени больного и врача, выписавшего рецепт, таксировка лекарства, время поступления рецепта и отпуска по нему лекарства [24, с. 314]. Безрецептурный отпуск был предусмотрен только в отношении простых лекарственных средств, не относящихся к ядовитым или сильнодействующим, а составные лекарственные средства, реализуемые без рецепта, должны были иметь обязательное одобрение Медицинского совета МВД [24, с. 315]. Безрецептурный отпуск некоторых ядовитых средств допускался только по письменным требованиям от художников, химиков, фабрикантов, некоторых ремесленников при наличии у них «свидетельства на

сие право», которое выдавалось раз в год уполномоченными на то органами — полицейской, ремесленной или цеховой управами, Императорской академией художеств. Было оговорено, что в этом случае «всякое могущее случиться от купленного яда злоупотребление остается на ответственности покупателя» [24, с. 315—316].

В параграфе 31 Аптекарского устава 1836 г. было законодательно зафиксировано исключительное право аптек на изготовление сложных лекарств и их реализацию [24, с. 316], что являлось прогрессивным для своего времени, так как изготовление медикаментов вверялось профессионалам. Однако данное право, создававшее исключительные условия для аптек, отстаивалось их владельцами и сохранялось многие десятилетия (до конца XIX в.), став препятствием для развития отечественной фармацевтической промышленности. В развитии внеаптечного фармацевтического производства, которое уже имело место в Западной Европе, российские владельцы аптек видели угрозу для своего привилегированного положения.

Особый социальный статус аптекарей и служителей аптек, сложившийся в результате применяемой к ним налоговой политики и предоставления многочисленных льгот, вновь был продекларирован в Аптекарском уставе 1836 г. В то же время устав предъявлял высокие требования к моральному облику владельцев и управляющих аптеками, которые должны были быть «честного и незасорного поведения» и следить, чтобы их подчиненные «вели себя хорошо и с приходящими обходились вежливо, а ученики успевали в фармации» [24, с. 317]. «Содержатели аптек и управляющие оными, избобличенные в нетрезвой жизни и нерадении к должности своей», по решению Медицинского совета навсегда лишались права на управление аптечным учреждением. В случае обнаружения инспектором врачебной управы недостатков в организации работы аптеки ее служители получали первоначально устный выговор от местной администрации, при повторных упущениях — выговор от Медицинского департамента, далее дело могло быть передано на рассмотрение в суд (например, в случае грубого нарушения правил приготовления лекарства). Все штрафы, взимаемые со служителей аптек, направлялись в пользу местного приказа общественного призрения. Если в результате упущения аптекаря был причинен вред здоровью больного, дело передавалось на рассмотрение Медицинского совета и далее, согласно его решению, в уголовный суд. При этом устав требовал обеспечения объективности при предъявлении обвинений: сбора вещественных доказательств и наличия свидетелей [24, с. 319].

Владельцы и управляющие отвечали за снабжение аптеки, доброкачественность хранящихся и отпускаемых медикаментов, правильность изготовления и отпуска препаратов. Кроме

того, вольные аптеки обязаны были по требованию местных властей производить химико-судебные исследования. В случае «повальных заразительных болезней» они должны были отпустить лекарства различных категориям населения с определенными условиями оплаты: казенным поселянам с оплатой от Казенных палат, крестьянам помещичьим и арендным — от помещиков и арендаторов, купцам и другим сословиям — за счет их собственных средств.

Устав категорически запрещал аптекарям выписывать рецепты или заниматься лечением больных, только в экстренных случаях — «при отравлении, задушении, угаре, кровотечениях, обжог и тому подобных происшествиях» — фармацевт в отсутствие врача «мог отпустить нужное лекарство и научить употреблению оногo» [24, с. 317].

Таким образом, устав 1836 г. продемонстрировал большую заинтересованность российского государства в развитии аптечного дела, в росте числа аптек. При этом в нем отчетливо прослеживалось стремление соблюсти интересы аптекарей, исключить обострение конкуренции, что рассматривалось как условие обеспечения качества изготавливаемой в аптеках лекарственной продукции. Устав вобрал в себя ряд положений, существовавших ранее, но и ввел принципиально новые требования, касающиеся подчинения, владения и управления аптеками, порядка их открытия, ответственности персонала, которые должны были стимулировать рост аптечной сети и поставить организацию лекарственного обеспечения на новый уровень. В то же время закрепление аптечной монополии, выразившейся в предоставлении многочисленных преимуществ, в необходимости получения согласия аптекарей на открытие в их местности новой аптеки, а также в исключительном праве аптек готовить и продавать сложные лекарственные средства, со временем создало ряд проблем в развитии лекарственного обеспечения населения России.

Став частью Устава врачебного, Аптекарский устав переиздавался в 1857, 1892, 1905 г., но даже самая поздняя его редакция сохраняла многие положения 1836 г.

Если Аптекарский устав регламентировал деятельность аптек открытого типа (т. е. ориентированных на продажу лекарств), то Уставы лечебных заведений гражданского ведомства — деятельность аптек, создававшихся при больницах с целью обеспечения, в первую очередь, их внутренних нужд. Так, Устав лечебных заведений гражданского ведомства 1851 г. определял основания для открытия аптеки при приказной больнице, штат служащих аптеки и их должностные обязанности, давал предписания относительно способов заготовки и закупки медикаментов, содержал перечень оборудования аптек и каталог лекарственных средств, разработанный Министерством внутренних дел, описывал процедуру делопроизводства,

отчетности по расходу лекарственных средств, порядок проведения ревизий аптечного имущества и медикаментов (подробнее об этом — в главе 3) [32]. Все делопроизводство, процедура руководства аптеками и больницами приказов общественного призрения были в высшей степени бюрократизированы.

Основные законодательные акты, к которым и принадлежали уставы, пересматривались нечасто. Поэтому действующие законы, в том числе Аптекарский устав, периодически дополнялись новыми подзаконными актами, корректирующими в соответствии с требованием времени те или иные аспекты организации лекарственной помощи. Прежде всего это касалось условий открытия аптек. Их количество ко второй половине XIX в. значительно увеличилось. В 1865 г. в России насчитывалось уже 1195 вольных аптек [34]. Однако для масштабов империи этого количества было недостаточно, а для роста аптечной сети нужны были новые стимулы, отвечавшие условиям новой, пореформенной России.

В результате 8 июня 1864 г. Министерством внутренних дел были утверждены правила, установившие объективные количественные критерии, которые следовало учитывать при решении вопроса об открытии новой аптеки: число жителей, количество рецептов и объем денежного оборота на одну аптеку. Однако спустя 9 лет эти правила были пересмотрены: показатель годового товарооборота был отменен и в пользу аптекарей увеличена норма количества рецептов и числа жителей на одну аптеку в столичных и губернских городах.

Согласно новым Правилам об открытии аптек, вступившим в законную силу 27 августа 1873 г., в столицах на каждую аптеку полагалась норма в 12 тыс. населения и 30 тыс. номеров рецептов в год; в губернских городах — 10 тыс. населения и 15 тыс. номеров рецептов; в военных портах — 7 тыс. жителей и 12 тыс. номеров рецептов. Новая аптека (так называемая нормальная аптека, т. е. открытая в соответствии со всеми нормами) могла быть открыта только при наличии «излишка против нормы и только в той части города, где такой излишек имелся». Нормы, как указывалось в законе, были введены «для доставления публике наибольшего удобства и своевременного получения лекарств надлежащего качества и устранения при том излишней и вредной конкуренции» [27].

Важно отметить, что уже в самих Правилах содержался намек на недостаточную объективность такого показателя, как количество номеров рецептов, и предполагалась возможность предоставления аптекарями неверных сведений (в свою пользу) в медицинскую администрацию. В этом случае, если показанные данные приблизительно соответствовали установленной норме, новую аптеку следовало открыть, «независимо от законной ответственности виновных» [27]. Более объективным показателем было число постоянно проживающих жите-

лей (в расчет не принимались чины военного ведомства и временно пребывающие в городе жители), который основывался на данных Статистического комитета.

Следует подчеркнуть, что в самой поздней действующей редакции Аптекарского устава, включенного в Устав врачебный 1905 г., в качестве одного из условий открытия аптеки, наряду с «действительной надобностью... по местным обстоятельствам, народонаселению», все же значилось и архаичное требование учета мнения обосновавшихся в данной местности аптекарей. Противостоять конкурентам можно было лишь при поддержке самого министра внутренних дел [30, с. 218]. Такое противоречие между статьями основного закона и подзаконных актов свидетельствовало о неразвитости, косности российского законодательства, что позволяло манипулировать им.

В новых Правилах 1873 г. впервые было уделено внимание лекарственному обеспечению негородского населения. В уездах, местечках, посадах, селах и деревнях при решении вопроса об открытии аптеки принималось во внимание не число жителей, а 15-верстное (позднее — 7-верстное) расстояние между ближайшими аптеками. Поскольку это расстояние было довольно велико и могло затруднить своевременное получение лекарственной помощи, Правилами разрешалось в ряде случаев (во время проведения ярмарок, в дачных районах в летнее время и т. д.) открытие временных и постоянных аптечных отделений (или филиальных аптек), которые торговали лекарствами, изготавливаемыми в главной аптеке, и находились под управлением фармацевта и содержателя главной аптеки [27]. Оборудование аптечных отделений было значительно проще, в них не предполагалось наличия производственных помещений (лаборатории, коктории и др.), однако требовалось ведение учета по обслуживанию рецептов, отпуску лекарств, что должно было фиксироваться в шнутовых книгах.

Таким образом, Правила 1873 г. ввели новые принципы в порядок открытия аптек, которые дали на время импульс росту аптечной сети и создали возможность охвата лекарственной помощью не только городских, но и сельских жителей, узаконили существование аптечных учреждений нового типа — временных или постоянных филиальных аптек (аптечных отделений), подготовили почву для формирования сети так называемых сельских аптек, устройство которых в условиях пореформенной России отвечало требованиям времени.

Правила об открытии сельских аптек — вольных аптек упрощенного типа — были представлены в циркуляре министра внутренних дел № 265 от 19 ноября 1881 г., а затем включены в Устав врачебный 1892 г. Сельские аптеки могли быть открыты в небольших городах, посадах, сельских местечках и

деревнях на расстоянии не менее 7 верст от ближайшей вольной аптеки. Разрешение на открытие такой аптеки давал губернатор, но только лицу, «заслуживающему полного доверия по своей опытности в фармацевтическом деле и по своим нравственным качествам». Право владеть сельской аптекой предоставлялось фармацевтам, частным лицам, а также общественным учреждениям, в том числе земским и городским самоуправлениям [35, с. 907]. Сельские аптеки должны были иметь медикаменты, необходимые материалы, приборы и пр. по сокращенному каталогу, который разрабатывался Медицинским советом. Изготовление составных лекарств, требующее специальной лаборатории, а также производство судебно-медицинских исследований не являлись для них обязательными, на них не лежала обязанность подготовки аптекарских учеников, а поступавшие на эту должность не пользовались теми правами, которые предоставлялись бы им в так называемой нормальной аптеке. В сельской аптеке не требовалось наличия современных руководств по фармакологии и химии, но обязательно должны были находиться последняя аптекарская такса, фармакопея и «Российский медицинский список», шнуровая книга для учета отпуска ядовитых и сильнодействующих веществ, обслуживания рецептов. Руководить такой аптекой мог не только фармацевт с высшим образованием, но и аптекарский помощник (не моложе 25 лет) с разрешения губернатора. Сельские аптеки также находились под местным надзором губернской администрации и несли на общих основаниях ответственность за упущения в своей работе.

Специальными циркулярами Медицинского департамента разъяснялось, что переименование аптечного отделения в сельскую аптеку не разрешается, однако была предусмотрена возможность преобразования сельской аптеки в нормальную в случае, если она находилась на расстоянии 15 верст от ближайшей вольной нормальной аптеки или количество обслуживаемых ею рецептов превысило 6 тыс. номеров в год (на протяжении 3 лет). Однако реализация этого права оставалась на усмотрение владельца сельской аптеки [35, с. 909]. Следует отметить, что значительную часть забот о лекарственном обеспечении сельского населения после введения земского самоуправления в 34 губерниях России взяли на себя земства.

С осуществлением в России земской (1864), а затем и городской (1870) реформ получает развитие медицина земских и городских самоуправлений. Лекарственное обеспечение сельского населения земских губерний и горожан становится одной из задач муниципалитетов. Однако в процедуре открытия аптек с вольной продажей лекарств земства и города поначалу не получили никаких законодательных преимуществ перед частными лицами, что сильно ограничивало их возможности.

Министерство внутренних дел видело свою задачу прежде всего в регулировании частных вопросов их деятельности.

Так, земствам были даны особые права в отношении отпуска лекарств. Выражалось это в предоставлении всем земским аптекам права отпускать некоторые медикаменты (которые не являются ядовитыми и сильнодействующими и разрешены к ручной продаже) по заготовительным ценам. В 1889 г. земским вольным аптекам было разрешено осуществлять бесплатный отпуск лекарств не только беднейшему населению, но и, по своему усмотрению, платно или бесплатно всему рабочему населению. Это право, однако, распространялось только на аптеки, находящиеся вдалеке от частных аптек. В местностях, где имелись частные аптеки, земства должны были ограничить бесплатный отпуск лекарств только беднейшим населением при условии предоставления официального свидетельства о бедности [35, с. 916—917]. Таким образом правительство пыталось решить проблему доступности лекарственной помощи широким слоям населения, но не в ущерб интересам частных аптекарей.

Лишь 12 февраля 1912 г. законом, принятым под давлением общественности, земским и городским самоуправлениям было, наконец, предоставлено преимущественное право открывать вольные аптеки, т. е. без какого-либо ограничения установленными нормами и очередностью. Решение об открытии аптеки должно было приниматься земским собранием или городской думой. За месяц до официального открытия аптеки об этом ставилась в известность местная врачебная управа. Закон устанавливал, однако, что аптеки земских и городских самоуправлений, в отличие от прочих вольных аптек, не могли быть наследуемы, проданы или иным образом переданы в чье-нибудь владение или пользование [30, с. 218—219].

Фармацевтическое законодательство в России на протяжении XIX столетия было сосредоточено преимущественно на регулировании деятельности аптек различных форм собственности. Лишь к концу XIX в. в поле зрения законодателей попадают вопросы развития отечественного фармацевтического производства. Как указывалось выше, согласно закону, в России правом на изготовление сложных лекарственных препаратов обладали только аптеки, лаборатории которых и являлись по сути небольшими производствами, выпускавшими продукцию по рецептам. Но скромные масштабы их деятельности не могли обеспечить растущего спроса и широкого ассортимента.

Законом от 12 июня 1898 г. «О фабричном производстве сложных фармацевтических препаратов» в России впервые официально было разрешено производство препаратов не только в лабораториях аптек, но и на специально созданных

фабрично-заводских предприятиях [28]. Таким образом, было узаконено внеаптечное производство лекарственных средств. Для открытия такого предприятия существовал ряд условий: управлять им мог только магистр фармации или химик, ассортимент разрешенных к производству препаратов был ограничен специальным списком, который периодически дополнялся.

В 1899 г. были утверждены и правила ревизии фармацевтических производств чиновниками местных врачебных правлений и фабричной инспекции, в состав ревизионной комиссии включались также представители торгово-промышленного надзора и полиции [35, с. 930—942].

В Устав врачебный 1905 г. вошел целый раздел, посвященный открытию фармацевтических производств. Разрешение на их устройство давал губернатор, градоначальник и обер-полицмейстер «по принадлежности» и только после предварительного освидетельствования. Эти производства находились в двойном подчинении — у Министерства торговли и промышленности (подлежали торгово-промышленному надзору) и Министерства внутренних дел (состояли под контролем местных врачебных управлений). Список сложных фармацевтических препаратов, производство и оптовая продажа которых разрешались вне аптек, составлялся по соглашению министра внутренних дел и министра торговли и промышленности и представлялся Правительствующему Сенату «для опубликования во всеобщее сведение». Реализовывать произведенные фармацевтические препараты предприятия могли только в аптеки и лечебные заведения, «материалистам» же (т. е. оптовикам-посредникам) разрешалось продавать только лекарства безрецептурного отпуска, для приобретения рецептурных средств им надлежало предъявить требование или каталог от аптек и лечебных заведений за подписью главного врача или фармацевта. На фармацевтические производства предусматривался допуск учеников с целью обучения профессии [30, с. 224—225].

Следует особо подчеркнуть, что сфера лекарственного обеспечения регламентировалась не только врачебным, но и административно-уголовным законодательством. Так, в действовавшем в начале XX в. Уложении о наказаниях 1885 г., а также в Уголовном уложении 1903 г. были предусмотрены денежные взыскания различных размеров (от 5 до 300 рублей) со служащих и управляющих аптеками, руководителей фармацевтических предприятий или с их работников за такие упущения, как прием на работу сотрудников ненадлежащей квалификации, неосторожность при хранении и отпуске ядовитых и сильнодействующих веществ, «худое» качество аптекарских материалов, посуды, инвентаря, выделка водок и других предметов питейной продажи, продажа так называемых «сек-

ретных» средств, не имеющих одобрения Медицинского совета, отказ от производства судебно-химической экспертизы по требованию врачебной управы или полиции и мн. др. При повторяющихся упущениях (в зависимости от тяжести проступка) работник или управляющий аптекой по решению Медицинского совета мог быть лишен права на фармацевтическую деятельность на определенный срок или навсегда (по решению суда). Арест (от 1 до 3 недель) мог быть наложен на служащих аптек за составление лекарств «не по правилам фармацевтики», «из веществ не того качества или веса». Наказание за упущение в приготовлении или отпуске лекарства, которое повлекло смерть, предусматривало, помимо вышеперечисленного наказания, всего лишь «церковное покаяние» (ст. 899 Уложения). Особо строгие меры — штраф 200 руб. и арест до 3 месяцев — могли быть применены к аптекарям и фабрикантам, неоднократно нарушавшим правила хранения и отпуска сильнодействующих и ядовитых веществ [35, с. 923—929].

Таким образом, российское законодательство XIX — начала XX вв. охватывало различные аспекты лекарственного обеспечения гражданского населения. Оно не только установило строго определенный порядок открытия и деятельности аптек, но и регулировало вопросы организации лекарственной помощи пациентам больниц, регламентировало торговлю лекарствами и их производство. Однако фармацевтическое законодательство было довольно косно, медленно реагировало на требования времени, оно было противоречиво, и парадокс состоял в том, что аптечная монополия, законодательно установленная в России еще указами Петра I, несмотря на некоторые ее ограничения, продолжала сохраняться и поддерживаться законом даже в начале XX в., став препятствием для динамичного развития лекарственного обеспечения. Состояние фармацевтического законодательства и системы управления лекарственным обеспечением стали предметом активных дискуссий в профессиональном сообществе и правительственных кругах в начале XX в.

Литература

1. *Адрианов А. С.* Министерство внутренних дел. Исторический очерк (1802—1902). — СПб., 1902
2. *Варадинов Н. В.* История Министерства внутренних дел. Ч. 1—3 (8 т.) — СПб., 1858—1863.
3. *Егорышева И. В., Данилишина Е. И.* Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здоровья в России (XIX в. — начало XX в.) // *Здравоохранение РФ.* — 2001. — № 1. — С. 53—55.

4. *Егорышева И. В.* Значение трудов Комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2013.— № 2.— С. 54—57.
5. *Из журналов* Медицинского Совета. // Фармацевт-практик.— 1914.— № 1.— С. 13—17.
6. *Историческая* справка об учреждении и последовательных преобразованиях Медицинского Совета.— СПб., 1915.— С. 47
7. *Левинштейн И.* Первые женщины-фармацевты в России // Фармация.— 1942.— № 5.— С. 41—42.
8. *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела.— М, 1939.— С. 105—106.
9. *Моисеев А. И.* Медицинский совет Министерства внутренних дел. Краткий исторический очерк.— СПб., 1913.
10. ПСЗРИ-1.— Т. 29.— № 21 985.
11. ПСЗРИ-1.— Т. 29.— № 22 539.
12. ПСЗРИ-1.— Т. 30.— № 22 642.
13. ПСЗРИ-1.— Т. 30.— № 23 941.
14. ПСЗРИ-1.— Т. 32.— № 25 664.
15. ПСЗРИ-1.— Т. 32.— № 25 037.
16. ПСЗРИ-1.— Т. 36.— № 27 964.
17. ПСЗРИ-2.— Т. 1.— № 457.
18. ПСЗРИ-2.— Т. 5.— Отд. 1.— № 3730.
19. ПСЗРИ-2.— Т. 5.— Отд. 2.— № 4098.
20. ПСЗРИ-2.— Т. 7.— Отд. 1.— № 6447.
21. ПСЗРИ-2.— Т. 8.— Отд. 1.— № 6069.
22. ПСЗРИ-2.— Т. 11.— Отд. 1.— № 9317.
23. ПСЗРИ-2.— Т. 11.— Отд. 1.— № 9318.
24. ПСЗРИ-2.— Т. 11.— Отд. 2.— № 9808.
25. ПСЗРИ-2.— Т. 20.— Отд. 2.— № 19 529.
26. ПСЗРИ-2.— Т. 34.— Отд. 1.— № 34 282.
27. ПСЗРИ-2.— Т. 48.— Отд. 2.— № 52 611.
28. ПСЗРИ-3.— Т. 18.— № 15 375.
29. *Сборник* циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения Министерства по 1 октября 1853 г.— Т. 6—7.— СПб., 1855—1858.
30. *Свод* законов Российской империи / Под ред. И. Д. Мордухай-Болтовского.— Книга 5.— Т.13.— СПб., 1913.
31. *Свод* учреждений и Уставов врачебных по гражданской части.— СПб., 1857.
32. *Устав* лечебных заведений гражданского ведомства 1851 года.— Изд. 4.— СПб., 1879.
33. *Филькин А. М.* Русские фармакопеи капиталистического периода // Аптечное дело.— 1966.— № 4.— Т. 15.— С. 78—82.
34. *Франк Ф.* Первая статистика с дневником для трудолюбивых и образцово аккуратных российских аптекарей на 1866 г.— СПб., 1867.— С. 5—38.
35. *Фрейберг Н. Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России.— СПб., 1913.
36. *Шерстнева Е. В.* Основные направления деятельности Медицинского совета Министерства внутренних дел // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2002.— № 1.— С. 56—58.
37. *Энциклопедический* словарь / Под. ред. И. Е. Андреевского; Издателя Ф. А. Брокгауз, И. А. Ефрон.— Т.1.— СПб., 1890.— С. 932.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ В СФЕРЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В XIX — НАЧАЛЕ XX вв.

3.1. Организация лекарственной помощи гражданскому населению государственными (казенными) учреждениями

Оказание лекарственной помощи гражданскому населению государственными учреждениями осуществлялось двумя путями: через казенные аптеки открытого типа, занимавшиеся изготовлением лекарств по рецептам врачей на продажу, и через аптеки закрытого типа, которые создавались при казенных лечебных учреждениях для обеспечения лечебного процесса.

Казенные аптеки открытого типа с начала XIX в. учреждались исключительно по решению министра внутренних дел и предназначались, в первую очередь, для удовлетворения нужд армии и флота. В 1805 г. часть аптек, созданных еще в XVIII в., была передана Военному министерству, среди них — Главная адмиралтейская аптека в Петербурге и госпитальные аптеки. Все остальные казенные аптеки оставались в ведении Министерства внутренних дел. По данным на 1811 г., в России на казенном обеспечении находились 21 аптека, 5 главных запасных аптекарских магазинов (складов), 3 инструментальных завода (в Петербурге, Москве и Тобольске), а также аптекарские огороды в Петербурге, Москве, Лубнах, Смоленске и Тобольске [54, с. 102].

Несмотря на то что аптеки были ориентированы на обслуживание военных нужд, часть из них имели право отпуска лекарств гражданскому населению по рецептам врачей. Такие аптеки назывались рецептурными. Кроме того, на всех казенных аптеках также лежала обязанность предоставления в случае развития эпидемий лекарственных средств гражданскому населению. Согласно указу от 21 мая 1825 г., за счет Казенной палаты лекарствами обеспечивались только казенные поселене, плату за медикаменты для крепостных крестьян взыскивали с помещика, состоятельные люди (купцы и пр.) лекарства

оплачивали сами. Губернскому начальству предписывалось строго следить за тем, чтобы казне не был нанесен ущерб [41].

Потребности казенных учреждений в лекарственном сырье, медикаментах и прочих аптечных товарах удовлетворялись как за счет продукции аптекарских садов и заводов казенных врачебных заготовлений, так и в результате ввоза из других стран. Из «Росписи иностранным товарам, коих привоз в Россию дозволяется», являвшейся приложением к Манифесту Александра I от 31 марта 1816 г. «О разрешении привоза разных иностранных товаров», следует, что аптекарские товары поставлялись в Россию из многих стран — «к 8 портам и 4 сухопутным таможням» [26, с. 7]. Иностранцев привлекала льготная таможенная политика России. В первой половине XIX в. одним из главных поставщиков иностранных аптечных материалов для казенных аптек являлся торговый дом английских «иностранных гостей» «Андерсон и Моберли» [46], впоследствии основавших отдельные фирмы.

С созданием в 1836 г. внутри Министерства внутренних дел Департамента казенных врачебных заготовлений казенные аптеки были переданы под его контроль. Согласно Уставу врачебному 1857 г., к числу казенных заведений принадлежали: запасные аптечные магазины в Петербурге и Варшаве, Московская запасная аптека и Лубенская с ботаническим садом, рецептурные аптеки в Архангельске, Оренбурге, Тобольске, Иркутске, Ставрополе, Пятигорске, Тифлисе, Петербурге, безрецептурные аптеки в Ревеле, Киеве, Херсоне, Вильне, Тавастгуссе, а также Кяхтинское учреждение для отбраковки ревеня (торговля этим лекарственным растением являлась государственной монополией), Петербургский и Тобольский инструментальные заводы. Задачей их было снабжение «армии и флотов, а равно и некоторых казенных мест гражданского ведомства, лекарственными материалами, самими лекарствами и другими врачебными потребностями» [64, с. 40]. Запасные аптечные магазины обеспечивали оптовый отпуск медикаментов и иных аптечных товаров и вольным аптекам.

Первоначально местный надзор за казенными аптечными учреждениями находился в руках врачебных управ, а с 1838 г. он был возложен на специально созданные 6 инспекторств, но в случае рецептурного отпуска медикаментов гражданскому населению аптека находилась еще и под дополнительным контролем местной врачебной администрации. В число задач инспекторств, кроме попечения «о том, чтобы... аптечные заведения снабжены были достаточным запасом лучшего качества медикаментов, материалов, посуды, припасов и других принадлежностей», входили ежемесячные ревизии казенных аптек и проверка их финансовой отчетности. [64, с. 34—39].

Требования к внутреннему устройству были общими как

для казенных, так и для частных аптек с вольной продажей лекарств. Однако поступление на работу в казенную аптеку было обставлено более строгими условиями. Все чиновники казенного ведомства утверждались министром внутренних дел. Все остальные служащие аптек — Департаментом казенных врачебных заготовлений. Рецептурные казенные аптеки являлись местом испытания фармацевтов, претендующих на занятие должностей в подведомственных Департаменту учреждениях: в течение двух месяцев они должны были продемонстрировать свою квалификацию в изготовлении лекарств, в знании аптечного дела. «Право на зачисление службы и получение содержания» следовало предоставлять «не иначе как если по двухмесячном испытании окажутся по своим сведениям и нравственным качествам того достойными» [64, с. 42]. Кандидатуру представляли на утверждение министра внутренних дел. В качестве аптекарских учеников в казенных аптеках могли работать, прежде всего, дети служащих медицинского ведомства, «оставляемые в оном навсегда», а уж потом выходцы из других сословий (в том числе и податных) при наличии свидетельства об успешном окончании трех классов гимназии.

Министерство внутренних дел предусматривало и ряд социальных льгот для служащих аптек и инструментальных заводов, находившихся в ведении Департамента казенных врачебных заготовлений. Так, ученики, работавшие в аптеках и на заводах, обеспечивались, помимо жилья, амуницией. Дети служащих казенных аптек и заводов получали образование в специально построенной на Аптекарском острове в Петербурге школе. Инвалиды, служившие ранее в подведомственных Департаменту казенных врачебных заготовлений учреждениях, и их малолетние дети получали денежное пособие от Министерства, выплаты были предусмотрены и в случае рождения сыновей у работников казенных учреждений, и при достижении работником пенсионного возраста [64, с. 43—44]. Таким образом, служба в казенных аптеках, выдвигавшая высокие требования к квалификации работников, в то же время предоставляла ряд социальных гарантий, что делало ее престижной и налагло большую ответственность.

В середине XIX в. число казенных аптек, занимавшихся рецептурным отпуском лекарств гражданскому населению, было невелико — всего 8 (в Архангельске, Оренбурге, Тобольске, Иркутске, Ставрополе, Пятигорске, Тифлисе, Санкт-Петербурге). Они обслуживали гражданское население прежде всего тех местностей, где не имелось вольных аптек. Главная рецептурная аптека в Санкт-Петербурге обслуживала «безденжно», помимо военных чинов, чиновников ряда казенных ведомств и служащих Придворного ведомства [43].

После передачи, согласно Указу от 26 марта 1859 г., Департамента казенных врачебных заготовлений вместе со всеми

подведомственными ему учреждениями в Военное министерство [52], Министерство внутренних дел сосредоточилось на лекарственном обеспечении исключительно гражданского населения. В его ведении остались аптеки при карантинах, пенитенциарных учреждениях, больницы и аптеки приказов общественного призрения, а также контроль деятельности частных (а позднее и муниципальных) аптек.

Поскольку одной из основных задач Медицинского департамента Министерства внутренних дел являлась борьба с эпидемиями, то с целью предупреждения их проникновения в пределы Российской империи в портовых и приграничных городах, связанных с оживленной внешней торговлей, устраивались карантинные пункты. Согласно Уставу о карантинах (1841), при центральных карантинах должны были создаваться за казенный счет и аптеки. В империи, по данным на 1840 г., их было семь [2, ч. 3, кн. 2, с. 590]. Из этих аптек медикаменты распространялись в остальные карантинные пункты, береговые заставы и кордоны. Плата за лекарства, назначенные карантинным врачом людям, находившимся под карантинном, взыскивалась с них после излечения в соответствии с аптекарской таксой. С неимущих, служителей карантинных пунктов и членов их семей плата не взималась. Предусматривалась строгая финансовая отчетность карантинных аптек [48].

Лечение заключенных и ссыльных, согласно Уставу о ссыльных и Уставу общественного призрения, осуществлялось также за казенный счет. Так, в 1827 г. Министерством внутренних дел был решен вопрос об устройстве лечебницы и аптеки при новом Тюремном замке в Санкт-Петербурге. Аптека была организована по типу «домашней», не имела лаборатории, а была снабжена одной только «приличной печкою». Простейшие лекарственные средства доставлялись в нее из казенной главной аптеки и уже в тюремной лечебнице получали окончательную обработку. При аптеке состояли аптекарь и гезель [45]. Арестанты, находившиеся на лечении в городских приказных больницах, получали медикаменты из больницы аптеки из расчета 3 копейки в сутки на человека, а заключенные, содержащиеся в тюремных больницах, не имевших своих аптек, обеспечивались лекарствами из вольных аптек по цене аптекарской таксы. Такое положение приводило «к излишним казенным затратам». В результате в 1847 г. было принято решение о единообразном обеспечении медикаментами всех арестантов, независимо от того, где они лечились, из расчета 3 копейки на человека в сутки. А поставляться лекарства и лекарственное сырье должны были только из казенных аптек по каталогам для военных команд, что значительно удешевляло лекарственное обеспечение арестантов [49].

В Москве при больнице Московского губернского тюремного замка, при пересыльной тюрьме, при Полицейской аре-

стантской больнице для бесприютных также имелись небольшие казенные аптеки, готовившие простейшие лекарства. Устроены они были примитивно, в Полицейской арестантской больнице (на 150 коек) аптека находилась в неподобающем для нее месте — в сыром подвале. Между тем это лечебное учреждение было предназначено не только для приема больных арестантов, оно служило «запасным местом и приютом для всех вообще больных, которые по недостатку мест, или по роду болезни, или по неимению письменных видов не могли быть приняты в других больницах...». Сюда доставлялись также пострадавшие от насилия, при несчастных случаях, при различных бедствиях и т. д. [28, с. 45—52].

В 1895 г. Главное тюремное ведомство было выделено из состава Министерства внутренних дел и присоединено к Министерству юстиции, в его же ведение были переданы и вопросы организации медицинской помощи в пенитенциарных заведениях.

3.2. Деятельность приказов общественного призрения по предоставлению лекарственной помощи населению

Губернской реформой 1775 г. Екатерина II положила начало развитию приказной медицины — единой для всех губерний организации гражданской медицины, которая была ориентирована на обслуживание социально уязвимых слоев населения. Назначение этих губернских административных органов состояло в устройстве и содержании учреждений общественного призрения, под которыми тогда понимались сиротские, работные и смирительные дома (для непокорных крестьян и непослушных подростков), а также больницы, богадельни, дома для неизлечимых и психически больных. Каждому приказу при его учреждении из государственной казны были выданы средства в размере 15 тысяч рублей, которые в дальнейшем предписывалось приумножать путем оборота этого капитала и развития коммерческой деятельности, в их пользу шли также различные штрафы (в том числе и взимаемые с аптекарей), средства от кружечных сборов и т. д. [8]. Одним из способов получения дохода выступало открытие аптеки с вольной продажей лекарств. В Указе императрицы «Учреждения для управления губерний Всероссийской империи» от 7 ноября 1775 г. было прямо сказано, что приказу общественного призрения дозволяется учредить аптеку, доходы с которой следует употреблять на содержание приказных больниц, богаделен, сиротских домов и т. д.; при этом «оним установлениям» лекарства предписывалось получать «без платы». Таким образом, аптеке отводилась двойственная роль — она должна была одновременно выступить источником и финан-

сирования приказных лечебных учреждений, и получения ими лекарственных средств. К тому же аптека должна была обеспечивать медикаментами не только пациентов приказных больниц, но и местное население. Императрицей были даны личные подробные указания и относительно внутренней организации лечебных учреждений приказов общественного призрения, где имелось упоминание и об аптеке [35, с. 271—272], однако о ее устройстве сказано не было, а в примерном штате больницы аптекарь не значился (только лекарь).

С целью стимулирования приказов к открытию аптек с вольной продажей лекарств 29 декабря 1786 г. Екатериной II был издан Указ об учреждении в уездах Петербургской губернии аптек, предусматривавший выдачу из казны каждому уездному городу по 500 рублей на их устройство, «с тем, чтобы... выручаемые за лекарства деньги прибыльные обращались в пользу заведений Приказа Общественного Призрения» [36]. Однако до конца XVIII в. приказами не было открыто ни одной аптеки. Причина, видимо, заключалась в дефиците отечественных фармацевтов (их подготовка в высших учебных заведениях началась лишь в 1808 г.), в то время как иностранные аптекари предпочитали не идти на казенную службу, а открывать в России собственные вольные аптеки и обращать «деньги прибыльные» в свою пользу.

В 1808 г. аптеки числились при 4 из 45 имевшихся приказах [69]. К 1816 г., по данным Министерства внутренних дел, в России существовал 51 приказ общественного призрения. Аптеки были учреждены 21 приказом: Астраханским, Витебским, Владимирским, Вятским, Иркутским, Киевским, Могилевским, Московским, Нижегородским, Оренбургским, Пермским, Полтавским, Рязанским, Тамбовским, Тверским, Санкт-Петербургским, Саратовским, Томским, Тульским, Черниговским, Ярославским. Московский и Санкт-Петербургский приказы содержали по две аптеки. Общее количество приказных аптек составляло 23, больниц было открыто порядка 80. Однако отчетность приказов была настолько несовершенна, что не позволяет уверенно говорить о том, какая часть этих аптек была ориентирована на вольную продажу лекарств, а какая — только на обслуживание больниц (нередко указывалось на наличие «больницы с аптекою» и т. п.). При многих больницах устраивались не только аптеки, но и собственные ботанические огороды для обеспечения лекарственным сырьем. Некоторые аптеки (в Полоцке, Киеве), оборудованные лабораториями, сдавались приказами в аренду частным лицам с целью получения дохода, что поощрялось правительством. Так, Киевский приказ выручал от сдачи аптеки в аренду 2285 рублей в год [2, ч. 2, кн. 1, с. 453—463]. Аналогичная судьба постигла и аптеку при Доме призрения ближнего Ярославского приказа общественного призрения. Она была

«отдана в содержание» в 1815 г. сначала одному частному аптекарю, в 1820 г. — другому [65, с. 7].

Темпы прироста числа приказных аптек с вольной продажей лекарств были незначительны. К 1840 г. по гражданскому ведомству числилась всего 31 аптека приказов общественного призрения (при общем количестве вольных аптек 596, т. е. их доля составляла всего 5%) [2, ч. 3, кн. 2, с. 590]. Аптеки не представляли большого коммерческого интереса для приказов. Уже с начала XIX в. приказы развернули кредитную деятельность, обзавелись кирпичными и известковыми заводами, мельницами, суконными фабриками, рыбными промыслами, торговыми лавками. Поэтому заниматься сложным, требующим особой квалификации аптечным делом приказы стремились в меньшей степени.

Тем не менее строительство приказных больниц ставило со всей остротой вопрос об их лекарственном обеспечении и, соответственно, о создании при них собственных аптек, способах заготовки лекарств. Деятельность аптек при больницах регламентировалась особыми положениями и уставами лечебных учреждений.

В изданном в 1823 г. Министерством внутренних дел «Наставлении для строения богоугодных заведений приказов общественного призрения», непосредственное участие в разработке которого принимал сам министр внутренних дел В. П. Кочубей [1, с. 84], были даны следующие указания относительно аптеки. Аптеку при больнице следовало «учреждать в особом флигеле, определяя для сего комнату аптечную с кокториумом и комнату материальную». При аптеке предполагалось «устроить лабораторию и при ней погреб». Из персонала предписывалось иметь аптекаря, помощника аптекаря и двух работников. Небольшим больницам аптека не полагалась, лекарства она должна была получать из вольных аптек, а потому «достаточно будет для лекарств одной комнаты при больнице» [40].

В основу лекарственного ассортимента приказных больниц были положены так называемые «фармакопеи для бедных». Первая из них вышла в России в 1807 г. и предназначалась для использования в Петербургской приказной больнице для бедных, которую с 1828 г. официально называли «Мариинской» (в память ее покровительницы императрицы Марии Федоровны). Эта фармакопея за основу приняла общегосударственную фармакопею 1798 г. («Pharmacopoea Rossica. Petropoli, 1798»), в которой растительное сырье занимало более половины всех статей. Лекарства химического происхождения были немногочисленны: готовым лекарственным формам было отведено всего около четвертой части (120) статей. Если названия препаратов соответствовали фармакопее 1798 г., то рецептура лекарств была заметно изменена в сторону удешев-

ления за счет более слабой концентрации действующих веществ, спирта и т. д. В фармакопее открыто указывалось, что медикаменты должны быть дешевле.

Еще отчетливей эта особенность врачевания бедных пациентов была подчеркнута в фармакопее 1829 г., составителем которой был лейб-медик, инспектор медицинской части учреждений, находящихся под покровительством императрицы Марии Федоровны, И. Ф. Рюль (1768—1846), возглавлявший Медико-филантропический комитет Человеколюбивого общества. Она содержала в подавляющем большинстве природные вещества растительного происхождения. Сахар при изготовлении сиропов рекомендовалось заменять порошком из корня лакрицы, дистиллированную воду — водой речной или колодезной, хинную кору — ивовой. Врачам воспрещалось выписывать лекарства, не показанные в фармакопее. В следующем издании фармакопеи И. Ф. Рюля (1845) даже делалось предупреждение, что всякий излишний расход будет обращен на счет виновного врача и вычтен из его жалованья [75].

В 1851 г. был издан «Устав лечебных заведений гражданского ведомства», где деятельность по лекарственному обеспечению приказных больниц была детально регламентирована. Аптеки полагалось заводить при городских приказных больницах, «где есть достаточные к тому средства и где, по обширности заведения или другим местным уважениям, устройство собственной аптеки признано будет выгодным». При этом при учреждении таких аптек следовало иметь в виду «не только снабжение больниц лекарствами... но и вольную продажу лекарств по примеру казенных рецептурных аптек для усиления доходов больницы и улучшения ее содержания» [73, с. 20]. Аптека, обслуживавшая только больницу, могла, согласно Уставу, изготавливать или приобретать лекарства только исходя из ограниченного каталога, специально разработанного Министерством внутренних дел.

Требования к квалификации персонала были таковы: в губернских, областных и некоторых уездных городах аптекой при больнице должен был управлять аптекарь или провизор, в прочих — гезель, в больницах «ограниченного размера» фармацевтического персонала не предусматривалось, аптекой заведовал врач, а лекарства по его рецептам готовил фельдшер. Фармацевты, работавшие в приказных больничных аптеках, считались государственными служащими с предоставлением полагающихся преимуществ, но лишь в том случае, если они исправно трудились и «старались о приумножении способов сих аптек посредством своевременного собирания растительных лекарственных веществ, приготовления из них экстрактов, отваров и проч.» [73, с. 21].

Приказу и совету больницы «дозволялось снабжать больни-

цы медикаментами как это окажется более выгодным и удобным» [73, с. 131]. Если в городе имелась вольная аптека, то заводить аптеку при больнице считалось нецелесообразным, следовало заключить контракт с вольной аптекой, но строго на перечень препаратов, указанных в каталоге Министерства внутренних дел, при этом со стороны частного аптекаря должна была быть предоставлена значительная скидка относительно цен аптекарской таксы, цена при покупке должна была быть максимально приближена к ценам материалистов (оптовиков). Если в городе имелось несколько вольных аптек, то осуществлялся торг на понижение цен. Строго запрещалось требовать средства, не обозначенные в каталоге лекарств, и расходовать больше, чем было предписано. Выписывать большее количество лекарств разрешалось лишь в экстренных случаях, к таковым относилось резкое увеличение числа больных «с одной и той же болезнью», т. е. при эпидемиях. Каталог составлялся из расчета на 100 больных в год, и аптеки при выписке лекарств должны были «соображаться с числом больных, на какое больница устроена» [73, с. 20—22, 252]. Вообще же приказами общественного призрения поощрялись прежде всего самостоятельные заготовки аптекарским персоналом лекарственных растений для приготовления настоек, экстрактов, примочек и т. д.

Устав особенно большое внимание уделял отчетности по расходу медикаментов, для ведения которой было предусмотрено большое количество форм учета. Больничные аптеки предписывалось ревизовать дважды в году (в июне и декабре), результаты ревизий направлялись в совет больницы, оттуда в контору, а из нее в приказ общественного призрения. Выписка лекарств, особенно дополнительных при эпидемиях, представляла собой тоже довольно сложную процедуру переписки врача и аптекаря с конторой больницы и приказом [73, с. 133—152, 252—253].

Представление о реальной организации и качестве лекарственного обеспечения в приказных и иных больницах гражданского ведомства дает книга директора терапевтической клиники Московского университета, инспектора московских больниц гражданского ведомства, гоф-медика и выдающегося хирурга профессора А. И. Овера «Материалы для истории московских больниц гражданского ведомства» (М., 1859.)

Самой крупной из московских приказных больниц была больница для чернорабочих (1843), изначально располагавшая 200 койками. Со временем при больнице было открыто сифилитическое отделение на 150 коек и отделение для умалишенных на 50 коек (филиал Преображенской больницы). По штату на основное отделение больницы полагался один аптекарь, один помощник аптекаря и три аптекарских ученика, на сифилитическое отделение — один аптекарский помощник и два

аптекарских ученика, в отделении для умалишенных специального фармацевтического персонала не было.

Аптека при больнице для чернорабочих имела материальную, медикаментную, травяную комнаты, подвал, была оснащена необходимым оборудованием и утварью. По описи здесь значились многочисленные необходимые для приготовления лекарств емкости и посуда из различных металлов (красной меди, желтой меди, английского олова) и прочих материалов (фаянса, фарфора, стекла, дерева). В аптеке имелись и механические устройства для приготовления различных лекарственных форм (машины для пилюль, капсуляторы), специальное оборудование (прессы, прибор для воздушной кислоты, прибор для очищения воздуха и др.) [28, с. 102—104].

В больничной инструкции «Об аптеке» подчеркивалось, что «лекарства в аптеке содержатся хорошего качества». Заготавливали их на год или полгода. С этой целью аптекарь составлял ведомость на необходимые лекарства (учитывая типовой перечень Министерства внутренних дел) и представлял главному врачу для утверждения в совете больницы. Каталог «за общим подписанием» передавался в контору больницы «для распоряжений о заготовлении оных наиболее выгодными способами» В инструкции подчеркивалось, что в лечебном процессе могли быть использованы только отечественные лекарственные средства, предпочтительно — растительного происхождения [28, с. 128].

Из принятых материалов аптекарь «составлял лекарства», которые немедленно расписывал в назначенную для того книгу с показанием, «сколько употреблено на оные материалов». Отпуск медикаментов аптекарь производил только по рецептам, утвержденным старшим врачом больницы [28, с. 129]. По истечении года аптекарь должен был представить в контору подробный отчет о поступивших и израсходованных лекарственных средствах.

В больнице существовал строгий контроль приема лекарств и их расхода. Врачам предписывалось наблюдать, чтобы палатные надзиратели, фельдшеры и сиделки не давали никаких средств сверх предписанных. Дежурный врач «по раздаче больным лекарств должен обойти все палаты, дабы увериться о надлежащем распределении оных и дабы не последовало при сем какой ошибки» [28, с. 116, 123].

Что касалось расходов на обеспечение медикаментами, то лекарства больным основного отделения больницы отпускались из расчета 4 $\frac{1}{2}$ копейки серебром на человека в сутки. В сифилитическом отделении выделяли 4 копейки серебром в сутки «на медикаменты, ветошь, пиявки». Для сравнения: расход на очень скромный рацион питания, основой которого была так называемая «размазня», составлял 8 копеек в сутки на человека. Если в основном отделении больницы годовой

расход на медикаменты составлял 912 рублей 50 копеек, то в отделении для умалишенных на медикаменты тратилось всего 190 рублей 47 $\frac{1}{2}$ копеек в год, а на одного человека — 1—1 $\frac{1}{2}$ копейки серебром в сутки, что, безусловно, было связано с применением преимущественно немедикаментозных методов лечения таких пациентов [28, с. 19—21, 30, 39, 46].

В Москве существовали и другие приказные учреждения. Обеспечение медикаментами было организовано в них порозному. Так, Екатерининская больница приказа общественного призрения, насчитывавшая 220 коек, имела в своем штате аптекаря и гезеля. Медикаменты и ингредиенты для лекарств она получала из главной аптеки в Москве. Затраты на лекарства для одного человека в сутки ограничивались 3 $\frac{1}{2}$ —4 копейками серебром [28, с. 103—106]. На лечение малолетних обитателей Московского сиротского дома приказом выделялись средства из расчета 5 копеек в сутки на человека. Больница сиротского дома представляла собой отгороженную комнату и имела всего 6 коек, поэтому фармацевта в ее штате предусмотрено не было, а лекарства приобретались по рецепту врача в вольной аптеке [28, с. 123—124].

Менее всего средств московский приказ общественного призрения выделял на лекарственное обеспечение умалишенных, содержавшихся в Преображенской больнице (1 копейка серебром в сутки), престарелых обитателей больницы при Екатерининском богаделенном доме (1 $\frac{1}{2}$ —2 копейки в сутки), пациентов больницы при смирительном и работном домах (1 $\frac{1}{2}$ копейки в сутки) [28, с. 118—119, 122]. Стесненные финансовыми ограничениями, врачи могли выписывать только самые дешевые и, как правило, малоэффективные средства, не выходявшие за рамки узкого каталога Министерства внутренних дел.

В своей книге А. И. Овер приводил примеры и других учреждений гражданского ведомства: Градской больницы, Полицейской арестантской больницы для бесприютных, некоторых учебных заведений Москвы и др., где лечение и содержание малоимущих больных оплачивалось и из казенных, и из иных источников (городского бюджета, платы за обучение и т. д.). Уровень лекарственного обеспечения здесь был тот же, что и в крупных приказных больницах. Размер расхода на одного больного также варьировал в пределах от 3 до 4 $\frac{1}{2}$ копеек в сутки, что предопределяло уровень лекарственной помощи.

Особое положение среди всех московских гражданских лечебных учреждений занимал Странноприимный дом графа Н. П. Шереметева. Средства на его содержание (500 тыс. рублей) были завещаны самим учредителем дома, сумма эта приумножалась за счет грамотных финансовых операций, ежегодных взносов наследника — графа Д. Н. Шереметева, доходов с

имения в Тверской губернии — села Молодой Туд. Ежегодный доход Странноприимного дома составлял 46 тыс. рублей серебром [28, с.85], что позволяло развернуть широкую благотворительную и лечебную деятельность.

О лекарственных средствах, которыми обеспечивались призреваемые и больные в Странноприимном доме, А. И. Овер с восторгом писал: «выбор их также неограничен, не стеснен известною мерою, из которой выходить нельзя... Новейшие лекарства, минеральные воды, дорогие средства — все, что будет признано врачами за необходимое, можно употреблять для спасения больного, и в этом заведении не назначается, подобно другим больницам, известное число копеек в день на лекарства, превышать которое считается невозможным по законному положению. А когда при действиях врача его не озабочивает мысль, как бы соблюсти экономию, как бы не сделать передержки, то действия его свободнее, обширнее, спасительнее для больных, и едва ли такие действия возможны где-либо, кроме Странноприимного дома графа Шереметева» [28, с. 89]. Даже приходящие сюда на амбулаторный прием больные получали необходимое лекарство бесплатно. По данному А. И. Овера, в год на больничную аптеку Странноприимного дома выдавалось 2600 руб., а на лекарства для приходящих больных тратилось даже больше — 2800 рублей [28, с. 82].

Такое яркое сравнение не в пользу казенных лечебных заведений подчеркивало, что в приказных больницах лекарственная помощь находилась на довольно низком уровне. К этому стоит добавить, что желанными пациентами для приказных больниц были не гражданские лица, а нижние воинские чины, за которых Военное ведомство вносило отдельную плату (по 50 копеек), а медикаменты для них «отпускались казенными аптеками для штатных команд» [73, с. 20].

Ориентированные на самообеспечение, приказы общественного призрения со временем все больше сосредоточивались не столько на медико-социальной, сколько на кредитно-финансовой деятельности. При ревизиях приказных учреждений чиновниками Министерства внутренних дел систематически констатировались «великие злоупотребления». В 1859 г. кредитным операциям приказов, являвшимся одним из основных источников доходов, был положен конец. Решением Министерства финансов из казны каждому приказу должны были последовать фиксированные выплаты в рассрочку на 5 лет, начиная с 1861 г. В дальнейшем приказы должны были предоставлять в Министерство сметы о требуемых на содержание заведений средствах. Несмотря на просьбы об увеличении ассигнований, со временем размер выплат, напротив, был сокращен, средств этих на содержание учреждений было недостаточно. Изменение финансовой политики в отношении

приказов было вызвано планировавшейся земской реформы [82]. В 1862 г. состоянию приказных лечебных учреждений была дана критическая оценка в докладе председателя Медицинского департамента проф. Е. В. Пеликана министру внутренних дел. В числе основных недостатков больниц, наряду с неудовлетворительным состоянием, недоступностью их для сельского населения, назывались нехватка медикаментов и лекарственное обеспечение лечебных учреждений по устаревшим каталогам Министерства внутренних дел. Е. В. Пеликан заключал: «Очевидно, что к такому исключительному положению привело гражданские больницы, главным образом, установление казенного хозяйства и управления» [16].

С проведением земской реформы началась передача приказных учреждений в ведение земских организаций. Однако часть губерний — в Сибири, на Кавказе и в западных областях Российской империи — сохранили приказную систему. Если к моменту проведения земской реформы в России насчитывалось 519 приказных больниц, то к началу XX в. — 133, что по отношению к общему числу больниц составляло около 6% [12, с. 29]. Состояние этих лечебных учреждений, их оснащение, организация лечебного процесса катастрофически отставали от требований времени: они продолжали руководствоваться лекарственными каталогами и «уставами далекого прошлого времени» [4]. При этом находились они только в городах и были недоступны для сельских жителей.

Что касалось содержания приказами вольных аптек, то и здесь они не добились большого успеха. К 1916 г. их осталось только две, и обе в сибирских городах — в Томске и Тобольске, при этом аптека в Тобольске функционировала на базе приказной больницы, но при этом осуществляла и вольную продажу лекарств населению города, а аптека в Томске была арендована Переселенческим управлением [60].

3.3. Лекарственное обеспечение отдельных категорий населения казенными ведомствами

Организацией лекарственной помощи отдельным категориям гражданского населения, помимо Министерства внутренних дел, занимались и другие казенные ведомства. Попытки организовать медицинское обслуживание государственных крестьян предпринимало созданное в 1837 г. Министерство государственных имуществ, в ведении которого в 1856 г. находилось 18,4 млн ревизских крестьянских душ [68]. В казенные селения «...для лечения крестьян командировались уездные лекари, но пока шла через земский суд переписка о командировании врача, пока этот врач успевал посетить больных, последние выздоравливали или умирали без всякой врачебной

помощи. Неудивительно поэтому, что вообще крестьяне лечились домашними средствами по преимуществу, а всякая врачебная помощь была только случайностью» [17, с. 78].

Для решения этой проблемы при Московском воспитательном доме в 1839 г. была открыта фельдшерская школа на 300 человек, распределявшая выпускников в казенные селения. Был издан и особый сельский лечебник для использования в казенных селениях. 26 декабря 1851 г. было принято Положение об устройстве при Министерстве собственной медицинской части, которую составляли главный медик, его помощники, ветеринар и фармацевт. Обязанности фармацевта в указе не конкретизировались, он находился в полном распоряжении главного медика. В соответствии с Положением, в казенных уездах и волостях должны были создаваться приемные покои с амбулаторным приемом, а в случае эпидемий — временные лечебницы для крестьян [50].

В главе 2 названного Положения — «О лекарствах» — давалось следующее откровенное наставление: «Так как простота в пользовании, по причине простоты болезней у крестьян, и вообще как можно более ограниченное употребление лекарств должны быть первым условием при лечении простого народа: то для сего должны быть запасаемы только самые необходимые лекарства, которые приобретаются частью вольною ценою в материальных магазинах и москотильных лавках, а большей частью собираются фельдшерами и лесною стражею из дикорастущих врачебных растений. Медицинское управление обязано составить наставление: какие врачебные растения и какие именно их части и в какое время года должны быть собираемы и каким образом приготавлиемы для сбережения» [50, с. 187—188]. Видимо, обязанность фармацевта и состояла в подготовке такого наставления.

В 1856 г. было издано распоряжение об учреждении маленьких аптек при фельдшерских пунктах в волостях для безвозмездной выдачи лекарств крестьянам [12, с. 16]. К 1866 г. Министерством в казенных селениях было создано 269 лечебниц и приемных покоев и 1200 сельских аптек [17, с. 27, 82].

Что касалось обеспечения крепостных крестьян медицинской и лекарственной помощью, то задача эта лежала на помещиках, однако в организации этой помощи были косвенно задействованы и казенные средства. В 1836 г. Министерство внутренних дел, учитывая почти полное отсутствие медицинского обслуживания на селе, разрешило помещикам нанимать собственных врачей, которым предоставлялись права государственной службы и частичная оплата за счет казны. Помещики пользовались этой возможностью. Так, например, в Смоленской губернии в 40-е годы XIX в. в девяти уездах помещики содержали в общей сложности 20 лечебниц. Среди них вы-

делялись больница в имении графини Паниной в Сычевском уезде, при которой имелась хорошо оборудованная аптека, а также больница с домовой аптекой в имении Барышниковой в Дорогобужском уезде. В селах нескольких имений содержались домашние аптечки, находившиеся в ведении крепостных людей, которые «со слов владельцев, непродолжительное время обучались в московских больницах, но аттестата о том не имеют и Врачебной управой испытаны не были» [20].

Начало организации государственной медицинской и лекарственной помощи рабочим казенных заводов было обусловлено развитием горнорудного и горнозаводского дела в Сибири и на Урале в XVIII в., когда на казенных предприятиях были созданы «избы скорбящие» (1715), а позднее горнозаводские аптеки, лазареты и госпитали: в Екатеринбурге (1723), Сестрорецке (1724). Госпитали с аптеками были учреждены для рабочих, занятых на строительстве Ладожского канала (1726), на Тульских оружейных заводах (1734) [15, с. 5—6]. Медицинское обслуживание рабочих людей было введено также на Алтайских и Нерчинских казенных заводах (на Нерчинских заводах Забайкалья, где широко использовался труд каторжников, медицинская помощь была минимальна). На заводах Демидова уже в первой половине XVIII в. существовали аптеки и госпитали для лечения заводских работников. После смерти Демидова заводы с госпиталями перешли к казне.

«Горное положение 1806 года», разработанное Горным департаментом Министерства финансов, предусматривало обязательную медицинскую помощь на казенных заводах. В 20-е годы XIX в. в Алтайском горном округе существовало уже 11 госпиталей на 825 штатных коек. Обслуживанием больных и приготовлением лекарств здесь занимались фельдшеры. К середине XIX в. число госпиталей в Алтайском округе возросло уже до 17. На каждом крупном заводе и руднике имелась аптека, отпускавшая «безденежно» лекарства работникам заводов и рудников [74, с. 86—88]. Госпитали Алтайского горного округа обеспечивались лучше, чем приказные больницы, что было обусловлено большим экономическим значением заводов. Небольшие лазареты с аптечками были созданы в 1821 г. на Иркутском и Селенгинском солеваренных заводах на 50 и 20 человек соответственно [39, 42].

В начале XX в. некоторые казенные заводы располагали собственными аптеками (5 аптек) с вольной продажей лекарств [18, с. 349]. По данным на 1907 г., годовой расход на врачебную помощь в пересчете на одного рабочего казенного завода достигал очень значительной суммы — 5 рублей 55 копеек (а в среднем по России в 1910 г. — 69 копеек на жителя империи), что определялось особым экономическим и стратегическим значением этих производств [33, с. 201].

С отменой крепостного права, проведением земской реформы встал вопрос о медицинском обслуживании и лекарственном обеспечении сельского населения неземских губерний. В конце XIX — начале XX вв. медицинская помощь этой категории населения находилась в компетенции особой структуры Министерства внутренних дел — сельской врачебной части [33, с. 68]. Сельская врачебная часть функционировала в Полоцкой, Подольской (до 1912 г.) губерниях, в областях, округах и губерниях Кавказа и Закавказья (Елисаветпольской, Кутаисской, Тифлисской, Эриванской, Батумской, Дагестанской, Карской, Кубанской — с 1907 г., Сухумском и Закатальском округах, Черноморской губернии), Оренбургской губернии (до 1912 г.), в Сибири, Средней Азии и на Дальнем Востоке (в Уральской, Тургайской, Акмолинской, Семипалатинской, Сыр-Дарьинской, Самаркандской, Ферганской областях и Туркестанском крае, в Якутской, Амурской, Приморской областях и на острове Сахалин). Здесь была создана сеть небольших лечебниц и фельдшерских пунктов с аптечками при них.

Медицинская и лекарственная помощь населению этих территорий вызывала много нареканий со стороны сельских врачей. Некоторые из них направляли свои соображения на этот счет в адрес Комиссии по уменьшению смертности в России, работавшей 1886—1889 гг. при Медицинском совете МВД под руководством С. П. Боткина (так называемая Боткинская комиссия). Так, из письма сельского врача Каменецкого уезда Подольской губернии И. Мазинга следует, что в уезде имелось 13 сельских аптечек — по числу фельдшерских участков. Казна отпускала на каждую аптечку лекарств на 40 рублей в год. «Но так как количество необходимых медикаментов далеко недостаточно... то волостные сходы назначают еще дополнительную сумму... от 10—40 рублей в год, смотря по волости». Но и несмотря на это, по утверждению автора, «медикаментов все-таки слишком мало: совершая замены одного лекарства другим, отпуская их в минимальных дозах, даже проделывая обманы в роде замены хинина горькими порошками, фельдшера не могут удовлетворить всех обращающихся к ним за помощью и лекарствами. И врач, и фельдшера принуждены многих больных отправлять в вольные аптеки. В аптечках нет ни посуды, ни аптечных принадлежностей. Все, что имеется налицо, представляет скорее археологическую древность, чем вещь годную к употреблению». В аптечках отсутствовал необходимый инвентарь и даже перевязочные средства [25]. По мнению врача И. Мазинга, снабжение участков сельских аптечек лекарственными средствами должна была осуществлять аптека при уездной больнице, возглавляемая провизором, а финансовые казенные средства, выделяемые на одну сельскую аптечку, следовало бы увеличить как минимум в 2,5 раза — до 100 рублей в год на каждую.

Однако и к началу XX в. ситуация не изменилась к лучшему. Согласно Уставу врачебному 1905 г., лекарства и аптечные припасы для сельского населения неземских губерний приобретались «частью сбором фельдшерами дикорастущих трав, частью покупкою на счет суммы тому определенной». Сумма государственных кредитов на покупку медикаментов для сельских лечебниц, приемных покоев, для пополнения сельских аптек при фельдшерских пунктах определялась Министерством внутренних дел «по расчету числа больных за предшествующие три года, полагая по пяти копеек на каждого» [62, с. 195, 197]. Чтобы понять, насколько мала была эта сумма, следует сравнить ее со средней стоимостью одного рецепта (лекарства) в России в этот период, которая составляла 48 копеек [30, с. 272].

Оказанием в том или ином объеме медицинской помощи гражданскому населению и, соответственно, предоставлением медикаментов занимались и другие министерства и ведомства России, в том числе Министерство путей сообщения, Министерство народного просвещения, Духовное ведомство, Ведомство учреждений Императрицы Марии и др. [33 с. 199—204]. К 1907 г. общее количество казенных коек по гражданским министерствам и ведомствам составляло около 48,7 тыс. [33, с. 203]. Обслуживались стационарные учреждения больничными аптеками. Что касалось аптек с вольной продажей лекарств, то большинство ведомств таковыми не располагали. По данным Министерства внутренних дел, на начало 1910 г. в общем количестве вольных аптек (4536 аптек) значились только две аптеки университетских клиник (в Казани и Томске) и пять аптек, открытых казенными заводами и фабриками [18, с. 349].

3.4. Анализ казенных затрат на лекарственное обеспечение гражданского населения в трудах Комиссии Г. Е. Рейна (1912—1916)

Приступившая к работе в 1912 г. Межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под председательством академика Г. Е. Рейна занималась сбором и анализом сведений о состоянии медицинской помощи гражданскому населению России, в том числе и лекарственного обеспечения. Однако Комиссия столкнулась с тем, что добиться предоставления сопоставимой статистической информации (по единой методике и номенклатуре) в условиях децентрализации врачебной помощи в России было совершенно невозможно. Комиссии пришлось признать, что из-за ограниченности данных годовое содержание казенных аптек в неземских губерниях, подведомственных Министерству внут-

ренных дел, было также почти невозможно подсчитать. Удалось лишь установить, что максимальные казенные затраты на медикаменты для гражданского населения были в Томской, Амурской и Тобольской областях, они составляли соответственно 93 474, 70 000 и 40 594 рублей в год, на Кавказе в Дагестанской области — всего 15 223 рублей в год. Для оценки уровня государственной лекарственной помощи населению эти цифры следует сопоставить с данными по земским губерниям, где затраты на медикаменты одного губернского земства в начале XX в. составляли в среднем 161 265 рублей ежегодно. Устройство и оборудование казенной аптеки в неземской губернии порой было настолько примитивно, что, например, на Кавказе в Дагестанской области на это было потрачено всего 300 рублей, в то время как в земских губерниях расход на устройство и оборудование одной аптеки варьировал в пределах от 5060 до 16 260 рублей [27].

В официальных отчетах Министерства внутренних дел и других ведомств сведения о расходах на лекарственную помощь гражданскому населению растворялись в общей медицинской статистике. По данным, собранным Комиссией Г. Е. Рейна, в 1910 г. расход казны на медицинские нужды составил 11 млн 700 тыс. рублей, из них более 90% — на больницы, медицинский персонал и т. д., 5—7% — на санитарное дело. Общие медицинские траты государства на одного жителя империи в 1910 г. составляли, как свидетельствуют документы, 69 копеек [33]. Насколько серьезными были эти затраты, можно ориентировочно судить, сопоставив их со средней стоимостью одного рецепта в России, которая в 1912 г. составляла 52,6 копеек [31, с. 73]. Таким образом, лекарственное обеспечение широких слоев гражданского населения казенными учреждениями в XIX — начале XX вв. не предусматривало значительных государственных расходов и находилось на довольно низком уровне.

3.5. Развитие частных аптек в России в XIX — начале XX вв.

В первой половине XIX в. в России открытие частных аптек, занимавшихся вольной продажей лекарств населению, шло довольно медленными темпами, даже несмотря на предоставляемые аптекарям многочисленные льготы и привилегии. Это определялось рядом объективных причин. Согласно действовавшему в этот период Аптекарскому уставу 1789 г., владеть аптекой мог только фармацевт с высшей степенью — аптекарь. Однако подготовка таких специалистов в России началась лишь в 1808 г., когда при Медико-хирургической академии было открыто фармацевтическое отделение — первое высшее фармацевтическое заведение в России. Право экзамене-

новать на высшее фармацевтическое звание в 1809 г. было предоставлено только Медико-хирургической академии и ее московскому отделению [14, с. 58—69]. Сложность получения высшего фармацевтического звания в России являлась и причиной того, что подавляющее большинство аптекарей были иностранцами.

Существенным препятствием к открытию собственной аптеки являлась и необходимость иметь достаточный первоначальный капитал для ее обустройства, в то время как в России в фармацию шли представители непривилегированных сословий, не обладавшие большими средствами. Важным моментом являлось и то, что учредители вольных аптек, преследуя коммерческие цели, стремились открывать аптеки в густонаселенных городах, а таковых в дореформенной России было немного. Поэтому естественно, что частные аптеки появлялись прежде всего в столицах, затем — в губернских и значительно позднее — в уездных городах. В 1804 г. во всех губерниях России было открыто 16 вольных аптек, в 1810 г. — 14, в 1827 г. — 18 [2, ч. 1, с. 133; ч. 2, кн. 1, с. 117; ч. 3, кн. 1, с. 157].

Процесс этот несколько активизировался после утверждения нового Аптекарского устава 1836 г., позволившего владеть аптекой любому желающему, имеющему для этого средства, при условии управления ею фармацевтом. Кроме того, по мнению исследователя В. М. Сало, росту числа аптек способствовали прокатившиеся по России эпидемии чумы (1829) и холеры (1831), резко повысившие спрос и, соответственно, цены на медикаменты и другие товары аптечного ассортимента. Это сделало аптечное дело более прибыльным и обеспечило приток желающих обзавестись аптекой [54, с. 100]. В результате в 1837 г. было учреждено уже 27 вольных аптек, в 1838 г. — 25, в 1840 г. — 25. К 1840 г. в ведении Министерства внутренних дел состояло в общей сложности 596 аптек с правом вольной продажи лекарств (в их числе лишь 31 приказная аптека), из них 460 находились в столицах и губернских городах и 136 — в уездных [2, ч. 3, кн. 2, с. 333, 425, 590].

Вольные аптеки в первой половине XIX в. представляли собой производственные лаборатории, где, по закону, должны были изготавливаться решительно все препараты. Даже производство азотной кислоты являлось сферой деятельности аптекарей, не говоря уже о перегонке эфирных масел, спиртов и др. Аптекарь был одним из образованнейших людей. Среди выдающихся российских химиков и фармацевтов было немало аптекарей: Т. Ловиц, Г. Модель, А. Шерер, Г. Драгендорф, Ю. Трапп, В. Пель и др. Работа в аптеке в должности ученика или помощника давала хорошую школу, многие из крупных отечественных ученых-фармацевтов прошли этот путь с самого начала [23, с. 102—103].

О высокой профессиональной квалификации аптекарей, их авторитете и о том, что деятельность наиболее предприимчивых из них поддерживалась правительством, свидетельствует следующий факт. В 1840 г. владелец астраханской вольной аптеки Оссе, изучивший химический состав солей казенных астраханских озер на предмет «...добывания из них медицинских, и получив удовлетворительные результаты», обратился с прошением в Комитет министров «о дозволении ему непосредственно готовить там углекислую и сернокислую магнезию, углекислый и сернокислый натр, соль Астраханскую слабительную... добывать беспошлинно и беспрепятственно горькую соль... в таком количестве, которое ему для производства вышепоименованных солей ежегодно потребно будет». Образцы полученных им медицинских солей он представил Медицинскому совету, который дал одобрительное заключение. Оссе ходатайствовал о разрешении ему открыть специальное предприятие при озерах, свободно сбывать свою продукцию в столицы и во все города империи с предоставлением ему привилегии на срок 20 лет. Аргументировал он это тем, что действия его направлены на благо отечества, так как отпадет необходимость привозить эти средства из-за границы. При этом он обязывался снабжать предпочтительно правительство с уступкой 25% от прейскуранта. На этом основании просьба аптекаря Оссе была удовлетворена (однако привилегия была предоставлена лишь на срок 10 лет) [47].

Помимо изготовления лекарств и торговли ими по ценам аптекарской таксы, вольные аптеки выполняли ряд правительственных поручений, однако не безвозмездно. Власти оберегали интересы частных аптекарей. Так, по требованию врачебной управы они обязаны были производить химические исследования при судебных следствиях с выплатой им стоимости использованных реактивов. В случае развития «повальных болезней» вольные аптеки обязаны были выдавать по требованию губернских властей лекарства для лечения как казенных, так и помещичьих крестьян, но с возмещением им стоимости медикаментов «на счет сумм государственных». Такое решение было принято в 1811 г. в связи с развитием эпидемии в Финляндской губернии и вновь подтверждено в 1812 г. «по случаю открывшихся... в Псковской губернии болезней от проходивших и остававшихся в лазаретах пленных французов», а в 1814 г. закреплено окончательно [38].

Как уже отмечалось ранее, частные аптеки привлекались к обеспечению медикаментами и аптечными товарами приказных больниц на контрактной основе при существенной скидке относительно цен аптекарской таксы. Но речь в данном случае не шла об ущемлении коммерческих интересов аптекарей. Закупка большого объема аптечной продукции, даже со скидкой, гарантировала владельцу аптеки хороший доход

«с оборота» и являлась выгодной сделкой. Во второй половине XIX в. конкурентами частных аптек в этом деле стали земские и городские самоуправления, взявшие лекарственное обеспечение гражданских больниц в свои руки.

К середине XIX в. (данные на 1851 г.) число вольных аптек в России достигло 743 [2, ч. 3, кн. 2, с. 651]. Таким образом, в период с 1840 по 1851 г. появилось 147 вольных аптек, а в среднем ежегодно открывалось по 12. Более активному их росту препятствовал ряд обстоятельств. В 1847 г. Министерством внутренних дел был издан циркуляр, устанавливавший, что желающему открыть аптеку в уездном городе необходимо было располагать документально подтвержденной суммой в 1500 рублей, в губернском — 3000 рублей [55]. Но наиболее существенным сдерживающим фактором для роста частной аптечной сети на данном этапе была законодательно закрепленная в Аптекарском уставе 1836 г. необходимость учета мнения других аптекарей при рассмотрении прошения об открытии новой аптеки. Такой возможностью избавляться от конкурентов широко пользовались владельцы аптек, охранявшие свои коммерческие интересы. Вот типичный пример: в 1863 г. Ярославская губернская управа отказала ходатайствующему об открытии новой аптеки в Ярославле (которая была бы четвертой по счету в городе) из-за протеста провизоров Цаулиха, Бишофа и Шнейдера, содержателей имевшихся в городе аптек [65, с. 8].

Данное препятствие было отчасти преодолено лишь в последней четверти XIX в. в связи с принятием Правил об открытии аптек 1864 и 1873 г., давших заметный импульс росту числа вольных аптек. Так, в 1865 г. в империи уже насчитывалось 1195 вольных аптек, одна аптека приходилась в среднем на 63 тыс. жителей (для сравнения: в Германии в этот период одна аптека приходилась на 12,85 тыс. жителей) [76]. В 1877 г., по данным Комиссии Г. Е. Рейна, в России насчитывалось уже 1621, а в 1888 г. — 2669 вольных аптек, если в 1877 г. одна вольная аптека приходилась в среднем на 46 тыс. жителей, то в 1888 г. — на 42 тыс. [34, с. 19]. Таким образом, в промежуток времени с 1877 по 1888 г. прирост составил 1048 аптек. Эта динамика во многом объяснялась и тем, что интересы частного аптекаря, ранее связанные только с городом, в пореформенный период обратились и к деревне, чему способствовало издание Правил 1881 г. об открытии сельских аптек.

Конкуренция в сельской местности между аптекарями была значительно ниже, чем в городе, а требования к устройству аптеки были значительно проще. Это способствовало росту сети частных аптек на селе, особенно в развитых сельскохозяйственных губерниях. Так, к 1894 г. в Санкт-Петербургской губернии было открыто лишь 4 сельских аптеки, в то время как в Московской — 18, в Киевской — 42 [56, с. 45—47, 86—

88, 125]. По данным Министерства внутренних дел, к началу 1910 г. в России насчитывалось 2768 (61%) нормальных вольных аптек (они находились в основном в городах) и 1640 (36,2%) — сельских [18]. Динамика прироста последних была опережающей: к 1912 г. число нормальных аптек составило 3030 (57%), а сельских — уже 2167 (41%) [31, с. 73].

На рубеже XIX—XX вв. в связи с активной урбанизацией заметным стал и рост числа частных аптек в крупных промышленных городах. Так, в Санкт-Петербурге за десятилетие (1894—1905) количество частных аптек возросло с 60 до 80, в Одессе — с 28 до 38 [56, сс. 94—96, 121—125; 58, с. 66—67, 84—87].

Количественный рост частных аптек во второй половине XIX — начале XX вв. сопровождался существенными качественными изменениями в самом характере аптечной деятельности, которая в условиях развития капиталистических отношений все больше тяготела к предпринимательству.

Характерной приметой времени стал процесс формирования объединений частных аптек, принадлежавших де-юре разным лицам, но фактически — одному лицу. Поскольку законом было запрещено иметь более одной аптеки в одной местности, то владелец аптеки приобретал следующие на имя своей супруги или других родственников, но фактически оставался хозяином всех аптек. Этот процесс был ярко выражен в столицах. Московский генерал-губернатор в письме к министру внутренних дел в 1875 г. сокрушался, что «...некоторые аптекари успели захватить в свои руки по нескольку аптек. Воспрещающая это ст. 243 Устава врачебного обходится ими весьма просто: они скупают или снимают в аренду аптеки на имя своих жен, сыновей, братьев, в сущности же одно и то же лицо остается хозяином всех таких аптек». Среди причастных к этому генерал-губернатор называл Форбрихера, который «содержит Петровскую аптеку, а на имя жены своей имеет Пречистенскую», Келлера, который «содержит Старо-Мясницкую аптеку, а жена его Яузскую», и ряд других аптековладельцев [21, с. 77]. В перечне вольных аптек, представленном в «Российском медицинском списке на 1894 год», фамилия Келлер, например, фигурировала 4 раза. Подтверждением тому, что удержаться на лекарственном рынке России было проще тем, для кого аптечный бизнес стал семейным делом, служила и аптекарская династия Марцинчиков в Киеве, фамилия которых 5 раз встречалась в списке владельцев вольных аптек [56, с. 45—52, 86—88].

В столицах и крупных городах шел процесс формирования крупных частновладельческих аптек с большим рецептурным и денежным оборотом. Так, штат Старо-Никольской аптеки В. К. Феррейна в 1910 г. составлял 305 человек, из них 80 человек были заняты непосредственно приготовлением ле-

карств. Следует отметить, что в Старо-Никольской аптеке изготовление лекарственных средств по рецептам (экстемпоральное) неизменно возрастало, несмотря на появление многих готовых лекарственных препаратов. Если в 1875 г. в аптеке было принято 146 070 рецептов, то в 1901 г. — 447 376, а в 1908 г. — уже 571 371 рецепт. Денежный оборот по рецептуре превосходил доход от «ручной продажи», но разрыв этот постепенно сокращался: если в 1875 г. оборот от рецептурной продажи составлял 87 712 рублей, а от ручной — 42 359 рублей, то в 1908 г. — 401 930 и 320 484 рубля соответственно [21, с. 76]. Это отражало общую тенденцию в аптечном деле.

В начале XX в. рост поставок готовых медикаментов из-за рубежа, начало развития отечественного фармацевтического производства привели к тому, что в аптеках объем «ручной продажи» (готовых лекарственных средств) в денежном выражении почти достигал объема рецептурного отпуска. В масштабе России, по данным на 1912 г., за изготовление препаратов по рецепту все аптеки выручили немногим более 18 млн рублей, а за реализацию готовых средств — уже более 13 млн рублей [31, с. 73]. Таким образом, аптека постепенно перепрофилировалась, все больше становясь местом перепродажи готовых лекарств и постепенно утрачивая свои производственные функции.

Этому процессу во многом способствовала мощная конкуренция со стороны так называемых аптекарских магазинов — мелкорозничных торговых предприятий, специализировавшихся на продаже парфюмерии, галантерейных товаров, а также готовых лекарственных средств. Внеаптечная торговля безвредными лекарственными средствами — в москательных лавках и зеленных рядах — была допущена еще в 1814 г. [37]. Поначалу это приветствовалось и аптекарями, так как держатели лавочек покупали у них небольшим оптом приготовленные ими наиболее востребованные лекарства или сырье. Но во второй половине XIX в., когда из-за границы в больших объемах стали поступать готовые лекарственные препараты, эти лавочки сосредоточились на торговле медикаментами и превратились в аптекарские магазины, создав значительную конкуренцию вольным аптекам. Деятельность аптекарских магазинов, в отличие от аптек, не регламентировалась Аптекарским уставом, не ограничивалась аптечной монополией и нормировкой. Это способствовало их быстрому и широкому распространению.

На III Всероссийском фармацевтическом съезде, состоявшемся в 1899 г., этой проблеме было уделено особое внимание, отмечалось, что развитие широкой и практически бесконтрольной внеаптечной торговли медикаментами (а эти торговые предприятия не подлежали медико-административному надзору) вызвало к жизни ряд негативных явлений: под-

польное изготовление лекарств в аптекарских магазинах (переметнувшимися из аптек в магазины провизорами), низкое качество продаваемых препаратов и даже их подделку. Однако аптекарским магазинам удавалось привлечь покупателя более низкими, чем в аптеках, ценами, что было чрезвычайно важно для значительной части населения [70, с. 313—318].

В 1912 г., по данным Министерства внутренних дел, вольных аптек в России насчитывалось 5332, а аптекарских магазинов — 6500 [31, с. 73]. Владельцы же вольных аптек, чтобы не потерять своих покупателей и доход, стали также открывать аптекарские магазины (они были у Феррейна, Келлера, Форбрихера и др.), а также отделы ручной продажи внутри своих аптек, что значительно изменило ассортимент аптек и характер их деятельности. В аптеках стали продаваться широко рекламируемые готовые препараты, парфюмерия, детское питание (детская молочная мука «Нестле»), пищевые добавки (например, лечебно-питательное средство «Сангвиноль», телячья кровь в порошке и др.) и пр. [24, с. 122].

Характерной приметой времени стало появление новых способов извлечения доходов из права владения вольной аптекой. К этому располагало монопольное аптечное законодательство, позволявшее распоряжаться аптекой как обычным объектом собственности, что было закреплено еще в Аптекарском уставе 1836 г. и оставалось в силе все последующие годы. В 1854 г. вступили в действие законодательно утвержденные правила, согласно которым аптека должна была продаваться с вольных торгов в полном ее оснащении, включая оборудование и запас лекарств [51].

В конце XIX — начале XX вв. среди владельцев аптек было немало лиц, не имевших никакого отношения к фармации (по данным Министерства внутренних дел, в начале 1910 г. среди аптековладельцев в 496 случаях значились мещане, дворяне, купцы и т. д.) [18, с. 349]. Для этой категории аптековладельцев не имело принципиального значения, что именно выступало источником их доходов. Они не стремились обременять себя заботами о содержании аптеки, предпочитая сдавать ее в аренду, а нередко — и в субаренду управляющему аптекой. В 1875 г. из 35 московских аптек только 20 находились в управлении у самих владельцев, а 15 сдавались в аренду или управление. По этому поводу московский генерал-губернатор отмечал: «Такая усиленная степень доходности низводит аптеки в Москве в разряд исключительно частной промышленности, и предполагать, чтобы при этом соблюдалась еще некоторая доля общественной пользы в благодарность за привилегию, нельзя» [21, с. 77]. И действительно, для возмещения стоимости аренды необходимо было, чтобы аптека приносила максимально возможный доход. А для этого следовало иметь ассортимент дорогостоящих лекарств (дешевые лекарства «вы-

мывались» из ассортимента), поддерживать максимально высокие цены, а зачастую и прибегать к различным противозаконным способам экономии (подмене ингредиентов лекарств, уменьшению их содержания и пр.).

Со временем предприимчивыми владельцами аптек был найден еще более простой способ получения дохода — продажа самого права на владение аптекой, что привело к развитию настоящей спекуляции «аптечной привилегией». В начале XX в. частыми стали случаи, когда владелец, получивший привилегию на открытие аптеки, продавал ее сразу после открытия. При этом аптеки перепродавались одним владельцем другому по цене, превышавшей их действительную стоимость в несколько раз. В Петербурге за первое десятилетие XX в. аптеки были перепроданы 4 раза. Как было отмечено на XI Пироговском съезде (1910), «из выданных в последнее время 24 привилегий громадное большинство в первый же год, еще до открытия самих аптек, было продано за суммы от 6 до 20 тыс. рублей. Поставленный таким образом в невозможные условия, при которых $\frac{1}{3}$ всего аптечного оборота уходит на удовлетворение заказчика, аптекарь вынужден не считаться с теоретическими основами монополии и пуститься на ужасный путь злоупотребления доверием своих клиентов и усиленной эксплуатации служащих» [22, с. 395]. Задача извлечения максимального дохода из права владения аптекой отодвигала на второй план ее социальную функцию, что негативно сказывалось на доступности лекарственной помощи в целом, на качестве медикаментов.

Несмотря на то что открытие аптек частными лицами в сельской местности имело прогрессивное значение, их деятельность также вызывала много нареканий. Поскольку главной финансовой базой для частной аптеки являлась частная врачебная практика, а на селе таковой почти не было, то сельские аптекари заинтересованы были в развитии не рецептурной, а именно «ручной продажи». Пользуясь неграмотностью населения, недостаточностью правильно организованной медицинской помощи, а также исконной привычкой крестьян лечиться у знахарей, сельские аптекари широко развивали самолечение и приучали население к обращению за помощью непосредственно в аптеку, минуя врача. Медицинские советы практиковались, безусловно, во всех частных аптеках, но сельская аптека создала в этом отношении наиболее упрочившуюся систему. В 1910 г. на XI Пироговском съезде был представлен ряд докладов, в которых содержалась критика сельских аптек в связи с низким качеством продаваемых в них лекарств, говорилось, что наибольшей гарантией их доброкачественности явилось бы устранение «побудительных к недоброкачественности мотивов», т. е. стремления к наживе за счет больных. Врач А. Воскресенский на съезде предложил изъятие

аптек на селе из частных рук и передачу их земству путем выкупа [5].

Нарастание негативных тенденций в фармацевтической сфере подталкивало к мысли о необходимости его реформирования. В связи с этим Управлением главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел в 1910 г. был опубликован анализ данных об аптеках с вольной продажей лекарств, их владельцах и управляющих. Большой интерес представляют сведения об образовательном и социальном статусе владельцев аптек.

Так, в начале XX в. наибольшее количество вольных аптек принадлежало провизорам — 2343 (51,8%) и аптекарским помощникам — 750 (16,5%), а магистрам фармации — всего 58 (1,3%). Тем не менее аптеками владели преимущественно фармацевты — в 70% случаев. Однако среди владельцев аптек было много лиц, не имевших ни фармацевтического, ни медицинского образования, чаще всего среди них встречались: разночинцы (149 случаев), мещане и их жены (87), дворяне и дворянки (75), купцы и их жены и дочери (47), крестьяне (9), инженеры (8), присяжные поверенные (7), изредка встречались учителя (2), подьесаулы и урядники (2), жены или вдовы священников (2), студенты (1). Владели аптеками и представители медицины: доктора медицины, врачи и их жены (76 случаев), фельдшеры и повивальные бабки (20), зубные врачи и дантисты (11). Среди управляющих аптеками степень магистра имели лишь 47 лиц (1,04%), провизора — 3308 человек (72,9%), аптекарского помощника — 1177 (26%) [18, с. 349].

По данным Министерства внутренних дел, к началу 1910 г. в России в общей сложности имелось 4536 вольных аптек. Из них только 277 (около 6%) принадлежали общественным самоуправлениям (земствам и городам) и различным организациям (общинам Красного Креста, благотворительным, медицинским и другим обществам), клиникам университетов, заводам и т. д. [18, с. 348—349]. В руках частных лиц, таким образом, было сосредоточено 4259 аптек, или почти 94% от их общего количества. Абсолютное господство в сфере вольной торговли медикаментами частного предпринимательства предопределило ряд серьезных проблем лекарственного обеспечения населения Российской империи.

3.6. Деятельность земских и городских самоуправлений в области лекарственного обеспечения населения

Вслед за отменой крепостного права (1861) в России были проведены крупные преобразования в области местного самоуправления — земская (1864) и городская (1870) реформы. В 1864 г. в 34 губерниях России было введено земское само-

управление. Медицинское обеспечение населения вскоре стало одним из важнейших направлений в деятельности земских организаций, а развитие сети земских лечебных учреждений поставило на повестку дня проблему лекарственного обеспечения населения.

Земским организациям были переданы губернские и уездные больницы приказов общественного призрения, при которых имелись небольшие аптеки, где, как правило, работали фельдшеры под присмотром врачей. Попытки земств добиться от правительства получения льгот для организации аптек с правом вольной продажи лекарств, доходы которых шли бы на развитие медицинской помощи населению, не имели успеха, и земские организации вынуждены были выкупать аптеки у частных владельцев на общих основаниях, что могли себе позволить не все земства [63]. В тех местностях, где не было вольных аптек, земствам разрешалось создавать собственные вольные аптеки на общих основаниях в соответствии с существующим законодательством.

К началу 70-х годов XIX в. в 34 земских губерниях было открыто только около 20 земских вольных аптек. Организацию вольных земских аптек осложняло и то обстоятельство, что по Правилам 1873 г. аптека в губернском городе должна была обслуживать не менее 10 тыс. жителей и принимать 15 тыс. рецептов в год, а в уездном городе — 7 тыс. жителей и 6 тыс. рецептов. Земским организациям для устройства аптек зачастую приходилось долго дожидаться достижения этих показателей.

Для организации земских сельских аптек с правом вольной продажи, учреждаемых в селениях и посадах, необходимо было, чтобы расстояние между аптеками составляло не менее 15 верст [53]. Правила 1881 г. сократили это расстояние до 7 верст, а «Устав врачебный» 1892 г. разрешил устройство лабораторий в сельских аптеках для приготовления лекарств под контролем провизоров. В 1905 г. в земских губерниях было всего 18 сельских земских аптек [3, с. 402].

Врачи и руководство земских организаций считали несправедливой продажу лекарств населению, платившему земские налоги, по расценкам частных вольных аптек и ратовали за бесплатную выдачу лекарств или хотя бы продажу по значительно сниженным ценам. «Плата за совет или лекарство, взимаемая с больного, есть налог на болезнь, на несчастье, которое уже само по себе повергает его в убытки, или даже вовсе лишает средств существования», — писал гигиенист и выдающийся общественный деятель профессор М. Я. Капустин [19]. Этот вопрос постоянно поднимался на губернских съездах земских врачей и в медицинской печати. Осуществлению продажи земскими аптеками лекарств по сниженным ценам мешали не только жалобы в адрес правительства владельцев

аптек, недовольных появлением конкуренции, но и то обстоятельство, что расходы на содержание аптек были очень велики. В 1868 и 1871 гг. Тверское губернское земство ходатайствовало о продаже лекарств по пониженным ценам, но просьбы были отклонены. Наконец, Циркуляром министра внутренних дел № 1280 от 8 декабря 1872 г. земским аптекам, не имевшим права вольной продажи лекарств (т. е. аптекам при земских больницах и врачебных участках), было разрешено продавать лекарства по их заготовительной стоимости и выдавать медикаменты бесплатно по предъявлению полицейского свидетельства о бедности или справки от земского врача.

Позднее, в 1889 г., земским аптекам в местностях, не входящих в район действия частных аптек, было разрешено снабжать население лекарствами по собственному усмотрению бесплатно или по сниженной цене [67]. В местностях, где существовали вольные аптеки, земские организации обязаны были по-прежнему предоставлять бесплатную выдачу лекарств в больничных аптеках и приемных покоях только по предъявлению полицейского свидетельства о бедности [3, с. 401].

В 1893 г. Медицинский совет Министерства внутренних дел сформулировал решение, согласно которому земские аптеки могли снижать цены на лекарства до 50% по сравнению с аптечной таксой, но при условии, что финансирование аптек и их деятельности будет производиться из доходов аптек, а не из земских средств.

Уже к концу 70-х годов XIX в. сеть земских аптек включала вольные земские аптеки в городах, вольные сельские земские аптеки, существовавшие на общих основаниях, аптеки при больницах, обладавшие правом вольной продажи лекарств, а также маленькие аптечки при участковых врачебных пунктах. Последние имели весьма примитивное оборудование. В участковых аптеках, кроме готовых медикаментов, выдавались простейшие лекарства, которые готовили фельдшеры, не имевшие специального фармацевтического образования. Приглашать провизора для работы на участке было для земств слишком дорого, так как платить провизору надо было в 2—3 раза больше, чем фельдшеру [29]. Несмотря на несовершенство этих аптек, в условиях плохих дорог в сельской местности, неразвитости транспортных средств, при огромных расстояниях между участковыми пунктами и уездными центрами, где имелись аптеки, участковые аптеки играли важную роль в борьбе земских врачей за достижение доступности медицинской помощи.

Вольные земские аптеки в уездных городах, получавшие название «нормальных», т. е. соответствовавших всем государственным требованиям, снабжали готовыми лекарствами больничные и участковые аптеки. К концу XIX в. уровень земских аптек заметно возрос, появились аптечные лаборато-

рии и склады, а в больничных аптеках часто уже работали дипломированные фармацевты. Нормальным вольным земским аптекам, имеющим хорошо оборудованные лаборатории, по постановлению Медицинского совета от 16 апреля 1896 г. № 196, было разрешено производство галеновых препаратов.

К началу 90-х годов XIX в. вольные земские аптеки существовали в 29 губерниях, в 1905 г. — в 31 губернии, а в 1916 г. — уже в 34 губерниях. К 1905 г. земские вольные аптеки были созданы в уездных городах и лишь в одном губернском городе — в Перми. Открыть аптеку в губернском городе, где, стремясь к рентабельности своего предприятия, основные позиции заняли частные аптекари, земствам было значительно сложнее. Интересно, что наибольшее число земских вольных аптек имелось в северных земских губерниях: по данным на 1905 г., в Вологодской губернии — 9, в Вятской — 14, в Пермской — 15. В Центральной России больше всего земских вольных аптек имела Калужская губерния — 12 аптек [3, с. 400—402; 54, с. 163].

Отсутствие единообразной аптечной системы в земских губерниях сказывалось и на способах получения аптеками медикаментов. Расходы на медикаменты составляли у уездных земств 1/5, а у губернских — 1/18 часть всех расходов на медицину. Некоторые земства закупали лекарства в местных вольных аптеках, другие — выписывали медикаменты от дрогистов — оптовых торговцев необходимыми для аптек материалами, связанных с зарубежными и российскими фармацевтическими фирмами. Некоторые вольные аптеки отпускали земским учреждениям лекарства со скидками, как это было в ярославской аптеке, принадлежавшей А. А. Шнейдеру [66, с. 172].

Если деятельность вольных аптек была жестко регламентирована законом, что в значительной степени гарантировало качество продаваемых земствам медикаментов, то дрогисты (поставщики-посредники), пользуясь правом свободной торговли, по своему усмотрению назначали цены за свой товар и не отвечали за его качество. В этих условиях земства предпочли бы получать медикаменты из первых рук от фабрикантов-производителей. Но фармацевтическая промышленность в России была развита слабо и покрывала потребность в лекарственных средствах лишь наполовину. В результате земства начали приобретать оптом за границей большие партии лекарств, что оказалось дешевле, чем обращаться к посредникам иностранных фирм в России. В 80-е годы по этому пути пошли уездные земства Московской, Симбирской и других губерний, опыт которых показал, что экономия средств составила более 20% [82].

Первоначально уездные земства Московской губернии выписывали медикаменты самостоятельно, но в 1896 г., объеди-

нившись, стали выписывать медикаменты через губернское санитарное бюро, для чего в 1909 г. был организован крупный губернский аптечный склад с лабораторией для производства галеновых препаратов [71, с. 234].

Первые земские аптечные склады возникли значительно ранее, еще в середине 70-х годов XIX в. Аптечные склады и земские уездные аптеки закупали медикаменты, перевязочные средства, аптечную посуду, медицинские инструменты и снабжали ими аптеки при земских врачебных участках и земские лечебные учреждения. Оптовая закупка земствами лекарств непосредственно из первых рук вынудила дрогистов снизить закупочные цены для земских организаций.

Создание лабораторий для производства галеновых препаратов при аптечных складах способствовало снижению зависимости от фармацевтических фирм. Так, в 1896 г. Тверское земство, имевшее большой губернский аптечный склад, получило разрешение организовать производство галеновых препаратов для обеспечения уездных земских организаций. Все это облегчало переход к удешевленному лекарственному обеспечению населения. Если средняя стоимость за лекарство в России в 1905 г. составляла 49 копеек, то в земских губерниях эти показатели были намного ниже. Так, в Олонецкой губернии средняя цена за лекарство составляла 27 копеек, в Нижегородской — 28 копеек, в Новгородской — 31 копейку, в Костромской — 34 копейки, в Калужской и Уфимской — 37 копеек [54, с. 166].

В начале XX в. многие земские вольные аптеки по оснащенности и объему продаж не уступали частным аптекам. Перед началом Первой мировой войны в земских аптеках уже работали сотрудники с фармацевтическим образованием, но большинство аптек все еще не имели фармацевтов [11, с. 28].

Земские организации все чаще выступали с требованиями о предоставлении им преимущественного права на открытие аптек с вольной продажей. В 1908 г. во Вторую Государственную думу был внесен законопроект об изменении порядка открытия аптек. Вопросы организации лекарственного обеспечения в стране регулярно поднимались на Пироговских съездах. Особенно много внимания им было уделено на XI Пироговском съезде (1910), подробно обсуждавшем целесообразность сохранения аптечной монополии, формы организации лекарственного обеспечения в земских губерниях, необходимость повышения уровня фармацевтического образования и развития фармацевтической промышленности в России [72]. Земский врач Симбирской губернии А. П. Воскресенский представил съезду результаты опроса 80 уездных земских управ 30 губерний, согласно которым земская медицинская общественность высказалась за предоставление возможности открывать аптеки явочным порядком с правом бесплатного

отпуска лекарств земским плательщикам; включение фармацевтической подготовки в программу фельдшерских школ; передачу частных аптек в маленьких городах и селах в руки земских организаций [5].

Но только 12 февраля 1912 г. было принято долгожданное законоположение о разрешении земствам открывать аптеки в городах и селениях по решениям земских собраний [77, с. 863]. В разъяснении к применению этого закона министером внутренних дел в циркуляре 20 апреля 1912 г. № 401 было сказано, что земства имеют право открывать собственные нормальные вольные аптеки в любом количестве без каких-либо ходатайств и независимо от уже имеющихся в данном пункте аптек, произвольно выбирая места для своих аптек.

Таким образом, земские организации с самого начала своего создания способствовали увеличению доступности лекарственной помощи населению и оказали положительное влияние на фармацевтический рынок в России.

Деятельность городских самоуправлений в области охраны здоровья и лекарственного обеспечения населения была не столь динамичной, как в земстве. Согласно «Городовому положению» 1870 г., к предметам ведения городских самоуправлений было отнесено, в частности, «участие в мероприятиях по охранению народного здоровья, развитие средств врачебной помощи городскому населению» [77, с. 120]. Это подразумевало и организацию лекарственного обеспечения населения. Однако деятельность эта не была вменена в обязанность, а оставалась всего лишь правом городских самоуправлений. «Городовое положение» 1870 г., определив широкое поле деятельности городских самоуправлений, предоставило им очень слабые финансовые возможности, не обременяя собственников городских земель, домовладельцев, фабрикантов и торговцев большими сборами на городские нужды. По сравнению с земствами городские самоуправления тратили на медицинскую помощь населению значительно меньшие средства. В конце XIX в. достаточно крупные российские города выделяли на медицину в среднем лишь около 5%, в то время как земства — до трети своего бюджета [7, с. 181]. Лишь в Москве, Петербурге, Риге и Одессе расходы на врачебно-санитарные нужды составляли от 15 до 20% общей городской сметы [80]. Свыше 30% городов приступили к организации медицинской помощи только в начале XX в. Недостаточное внимание к социальным вопросам объяснялось и составом городских дум, где преобладали представители торгово-промышленного капитала, а не просвещенного дворянства, как в земстве.

Препятствием для активного развития деятельности городских самоуправлений в сфере лекарственного обеспечения населения было и то, что в городах существовали лечебные учреждения различных ведомств, частные и земские больницы и, конечно, частные аптеки. С одной стороны, это создавало иллюзию обеспеченности горожан лекарственной помощью, с другой — формировало острую конкурентную среду, а до принятия закона 12 февраля 1912 г. городские самоуправления, как и земские, могли претендовать на открытие вольной аптеки лишь на общих с частными лицами основаниях.

По данным составителя «Сборника по городскому врачебно-санитарному делу в России» Д. Н. Жбанкова, сумевшего получить сведения о состоянии врачебно-санитарной организации лишь из 224 городов России, к 1914 г. только в 27 из них городские самоуправления смогли открыть аптеки с правом вольной продажи лекарств. Это удалось осуществить в 9 крупных (с населением более 100 тыс. человек) городах (Петербург, Екатеринодар, Иркутске, Казани, Омске, Ростове-на-Дону, Ташкенте, Тифлисе, Томске), в 6 средних (с населением от 50 тыс. до 100 тыс.) городах (Кременчуге, Кутаиси, Мариуполе, Намангане, Таганроге, Челябинске) и в 12 мелких (менее 50 тыс. жителей) городах (Балашове, Вознесенске, Верном, Грозном, Измаиле, Изюме, Минусинске, Новозыбкове, Орше, Пятигорске, Саранске, Хвалынске) [10, таблицы с. 424—441].

Вольные городские аптеки значительно раньше появились в тех городах, которые не представляли большого интереса для частных аптекарей, например на национальных окраинах Российской империи. Так, в Ташкенте аптека была открыта еще в 1874 г. на средства хозяйственного управления туземной части города (она предназначалась для бесплатного лекарственного обеспечения местного населения), а уже в 1878 г. она была передана городскому самоуправлению и получила право вольной продажи лекарств [10, с. 169]. А в столице Российской империи Санкт-Петербурге единственная вольная аптека городского самоуправления появилась лишь в 1909 г., в то время как частным лицам в столице принадлежало уже 86 аптек [59, с. 98—99]. При этом городское самоуправление содержало и обеспечивало медикаментами 49 лечебных учреждений и 10 981 больничную койку из 20 тыс. коек, имеющих в городе [6, с. 3—4], в то время как число коек в частных лечебных учреждениях в столице составляло всего 484 [33, с. 198]. Вольной городской аптеки не было даже в Москве, осуществить это было довольно сложно при наличии в городе большого количества частных аптек (в 1901 г. — 50, в 1913 г. — 78 аптек) [57, с. 56—58; 60, с. 79—80]. В то же время московское городское самоуправление содержало и обеспечивало медикаментами 52 лечебных учреждения (13 боль-

ниц, 10 больничных и 14 самостоятельных амбулаторий, 15 родильных приютов). К 1911 г. общее количество стационаров, обеспечивавшихся городским самоуправлением, составило уже 19, а число коек в них достигло 6130, частных же коек в столице было всего 959 [33, с. 146, 198].

При крупных городских больницах имелись собственные аптеки, которые обслуживали нужды не только данной больницы, но и других городских лечебных учреждений. Так, 1-я Городская больница имени Н. И. Пирогова в Москве, имевшая 688 штатных коек и принимавшая в начале XX в. ежегодно около 10 тыс. больных [32, с. 4], имела собственную аптеку, которая снабжала лекарствами саму больницу (включая обеспечение анатомо-патологического кабинета реактивами, красками, растворами), а кроме нее — две городские амбулатории, дом призрения Горихвостова и временное Донское отделение, отпускала лекарства по требованиям врачей городского психиатрического патронажа, а также персоналу больницы для личных нужд при наличии рецепта от врача. Общее количество отпущенных аптекой рецептов в 1912 г. составило 200 305. Штат аптеки состоял из управляющего (П. Видмонт), одного провизора, провизора-ассистента, пяти аптекарских помощников, четырех рабочих. Для обслуживания амбулаторных требований руководством были наняты специально два аптекарских помощника и два рабочих. Важно отметить, что лекарственный каталог больницы не являлся раз и навсегда утвержденным перечнем, а постоянно пополнялся, что было исключено в больницах приказов общественного призрения. Согласно заведенному порядку, решение о пополнении каталога принимала конференция врачей больницы «с возложением на желающего применить новое средство обязанности сделать доклад о достоинствах нового вводимого средства после наблюдений у постели больного» [32, с. 24—25]. В городских больницах, в отличие от приказных, было допустимо отступление от сметы: расход 1-й Городской больницы на приобретение медикаментов в 1912 г. составил 12 980 рублей против ассигнованных 11 500 [32, с. 14].

Лекарственное обеспечение лечебных учреждений, безусловно, создавало ощутимую нагрузку на городской бюджет и определяло поиск наиболее выгодных оптовых поставок. По этой причине еще в 1897 г. в Москве был устроен городской аптекарский склад с целью самостоятельной закупки у производителей (в том числе и зарубежных) медикаментов, перевязочных средств и прочих товаров аптечного ассортимента и снабжения ими всех лечебных городских учреждений. Опыт городского самоуправления Москвы показал, что такой способ лекарственного обеспечения больниц обходился на 30% дешевле, чем практиковавшаяся ранее закупка лекарств у дрогистов [79, с. 86, 94]. В 1-й Городской больнице, например,

медикаменты и необходимое для приготовления лекарств сырье, а также различные изделия медицинского назначения приобретались на городском аптекарском складе, и лишь незначительная часть — у товарищества Феррейн (в 1912 г. на аптекарском складе было приобретено медикаментов на 13 714,44 рубля, а у Феррейна — на 2359,07 рублей) [32, с. 15—17].

Рационально организованное лекарственное обеспечение позволяло больнице при применении современного, обновляющегося каталога лекарств нести относительно невысокие расходы на медикаменты на одного пациента в сутки, который составлял 5,57 копейки (в эту сумму не входила стоимость закупаемых больницей минеральных вод, ветоши, перевязочных материалов и т. д.) [32, с. 14].

Следует отметить, что к экономии городских средств, но при этом к улучшению лекарственного обеспечения, вела и модернизация оборудования аптеки. Аптека 1-й Городской больницы располагала всем необходимым оборудованием, в том числе и для производства различных лекарственных форм. Особой гордостью было приобретение аппарата для производства таблеток, которые заменили порошки. Управляющий аптекой подчеркивал, что «оборудование таблетного отдела обошлось сравнительно недорого и экономией от уменьшения расхода на бумажные капсулы в течение 10 месяцев функционирования отдела уже покрыта $\frac{1}{2}$ стоимости оборудования» [32, с. 24].

Что касается вольной продажи лекарств, то издание 12 февраля 1912 г. закона «О некоторых изменениях в порядке открытия аптек», предоставившего общественным самоуправлениям право открывать их явочным порядком, оживило деятельность городских самоуправлений. Так, московская городская дума разработала проект городской нормальной вольной аптеки, которую планировалось открыть в 1915 г. Смета на устройство и оборудование была определена в 22 930 рублей, годовая смета на расходы — 58 тыс. рублей с покрытием последних из сумм от продажи медикаментов в аптеке [10, с. 26]. Новый закон подтолкнул к организации вольных аптек городские самоуправления Харькова, Владивостока, Екатеринбургa, Мариуполя, Полтавы и других городов. По далеко не полным данным Д. Н. Жбанкова, к 1915 г. собственные вольные аптеки имели уже 33 города [9, с. 454]. А сведения из «Российского медицинского списка» на 1916 г. говорят о том, что вольные аптеки городских самоуправлений имелись уже более чем в 70 городах. Однако и это количество было ничтожно мало и не позволяло в масштабе России решать проблему доступности лекарственной помощи. А именно эту задачу ставили перед собой передовые врачебно-санитарные организации городов.

Деятельность городских, как и земских, аптек, как правило, носила социально ориентированный характер. Так, комиссия фармацевтов и врачебный совет при Московской городской думе указывали, что планируемая к открытию городская аптека создается с целью «как прямого удешевления цен на медикаменты в ней самой, так и косвенного со стороны частных аптек», считалось необходимым, «чтобы городская вольная аптека была строго обоснованным и правильно поставленным коммерческим предприятием, но не преследовавшим извлечение доходов» [10, с. 26].

Городская аптека в Петербурге отпускала лекарства со скидкой 25% относительно аптекарской таксы [10, с. 2]. В Новозыбкове в городской аптеке скидка составляла 30%, для бедных — 35%, осуществлялась и бесплатная выдача лекарств неимущим на сумму 50 рублей в год. В Хвалынске городская аптека отпускала лекарства для беднейшего населения по рецептам врачей бесплатно, бедной части населения — со скидкой 75%, служащим правительственных и общественных учреждений — со скидкой 25 и 50% соответственно, а богатым горожанам и иногородним — по таксе [9, с. 455].

Городская аптека в Ташкенте, помимо торговли медикаментами по рецептам, снабжала бесплатно все городские лечебные заведения, осуществляла бесплатный отпуск лекарств чинам полиции, школьникам, неимущим, обеспечивала бесплатно дезинфекционными растворами городских санитарных врачей. Вскоре аптека превратилась в многофункциональное учреждение. С 1907 г. при ней начал работать химико-бактериологический кабинет, производивший бесплатно исследования для городских учреждений и за плату для частных лиц. В 1909 г. при аптеке была открыта амбулатория Общества естествоиспытателей и врачей, принимавшая до 5 тыс. населения ежегодно. За счет этого аптека, несмотря на свою социально направленную деятельность, не несла убытки, а оставалась вполне успешным предприятием с годовой прибылью более 15 тыс. рублей [10, с. 169—170].

В Томске городское самоуправление открыло две аптеки — одну вольную и одну для бесплатного обеспечения бедных [10, с. 176]. Наличие двух аптек позволяло за счет коммерческой деятельности осуществлять социальную миссию. В то же время некоторые городские самоуправления, получив право на открытие вольной аптеки, предпочитали сдавать ее в аренду, ничуть не облегчая участи горожан. Такая практика существовала в Ростове-на-Дону, Казани, Тифлисе, Иркутске, Изюме, Касимове.

В начале XX в. ситуация в России была такова, что муниципалитеты (земства и города) играли ведущую роль в обеспечении медикаментами гражданских лечебных учреждений, но были очень слабо представлены в сфере вольной торговли ле-

карствами. Здесь господствовали частные предприниматели, доля участия которых в развитии стационарной помощи гражданскому населению была, однако, ничтожно мала. Согласно официальному статистическим данным Министерства внутренних дел (их следует считать более полными, чем данные Д. Н. Жбанкова), к началу 1910 г. в России насчитывалось 35 аптек городских самоуправлений с правом вольной продажи лекарств. Губернскими земствами к этому времени было открыто 12, а уездными — 152 вольные аптеки. Частным лицам принадлежало 4259 аптек. Доля аптек общественных самоуправлений в общем количестве вольных аптек в России была очень незначительной — всего 4,4% (из них городских аптек — 0,8%) [18, с. 349]. После принятия закона 12 февраля 1912 г. ситуация начала меняться к лучшему, но начало Первой мировой войны нарушило планы многих земств и городов.

Однако следует помнить, что лекарственная помощь гражданскому населению оказывалась общественными самоуправлениями, прежде всего, в стенах лечебных заведений. Как было установлено Комиссией Г. Е. Рейна, общее количество коек в земских и городских больницах достигало, по данным на 1907 г., 85 375 единиц, что составляло более половины всех гражданских коек (51,5%) и 38,8% всех коек в Российской империи [13]. Если правительственные расходы на здравоохранение в 1910 г. составили 58 034 900 рублей (35,8% от общей суммы всех затрат на здравоохранение в стране), то расходы земских учреждений — 55 719 400 рублей (34,4%), а городских — 20 095 200 рублей (12,4%) [78, с. 15]. Следовательно, расходы земств и городов совокупно составляли 46,8% от всех трат на здравоохранение и превосходили казенные расходы. Расходы же частных лиц на содержание лечебных учреждений составляли всего 16,6 тыс. рублей, или 10,3% в общей смете затрат на здравоохранение [33, с. 203], зато в сфере вольной торговли медикаментами их доля достигала 94%.

Таким образом, лекарственное обеспечение гражданского населения России в XIX — начале XX вв. осуществлялось в основном учреждениями трех форм собственности: государственными (казенными), частными и, со второй половины XIX в., муниципальными (принадлежащими земским и городским общественным самоуправлениям). Лекарственная помощь предоставлялась через аптеки открытого (вольные) и закрытого типа (больничные, участковые и др.). Несмотря на значительный охват гражданского населения государственной лекарственной помощью, объем ее финансирования и качество оказания были довольно низкими, для этой цели предлагался крайне ограниченный перечень наиболее дешевых и малоэффективных лекарственных средств. Помощь эта оказыва-

лась преимущественно в стационарных (приказные больницы) и амбулаторных (лечебницы и фельдшерские пункты с аптечками в неземских губерниях) условиях. Однако к началу XX в. ведущая роль в обеспечении медикаментами гражданских лечебных учреждений уже принадлежала органам местного самоуправления — земствам и городам, в то время как в сфере вольной торговли лекарствами они занимали очень скромные позиции. Вольная продажа медикаментов находилась практически полностью в руках частных лиц, конкуренция со стороны которых препятствовала развитию деятельности муниципалитетов в данной сфере. Тем не менее деятельность городских и земских самоуправлений в области лекарственного обеспечения населения имела выдающееся значение, так как носила ярко выраженную социальную направленность. Это подтвердилось позднее, в годы Первой мировой войны, в условиях резко обострившейся ситуации в сфере обеспечения населения медикаментами.

Литература

1. *Адрианов А.* Министерство внутренних дел. Исторический очерк. (1802—1902).— СПб., 1902.
2. *Варадинов Н. В.* История Министерства внутренних дел: В 8 т.— СПб., 1858—1863.
3. *Веселовский Б. Б.* История земства за сорок лет.— СПб., 1909.— Т. 1.— С. 400—402.
4. *В. К.* Очерк больничного дела в Сибири // Сибирские врачебные ведомости.— 1905.— № 5.— С. 66.
5. *Воскресенский А. П.* Аптечный вопрос по решениям земских уездных санитарных советов. В кн: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 373—392.
6. *Врачебные* и санитарные учреждения г. Санкт-Петербурга.— СПб., 1910.
7. *Грацианов П. А.* Очерк врачебно-санитарной организации в русских городах.— Минск, 1899.— 181 с.
8. *Егорышева И. В., Гончарова С. Г., Шерстнева Е. В.* Становление приказной системы здравоохранения в XVIII веке // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2004.— № 5.— С. 59—61.
9. *Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела // Общественный врач.— 1915.— № 7.— С. 449—485.
10. *Жбанков Д. Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России.— СПб., 1915.— Таблицы с. 424—441.
11. *Загорский Я.* Причины ненормального состояния аптечного дела в России.— М., 1908.
12. *Записка* об общих основаниях устройства врачебной помощи в России // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Т. 2.— СПб., 1913, С. 16, 29.

13. *Записка* об общих основаниях устройства врачебной помощи в России. К проекту положений по обеспечению населения врачебной помощью // Межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. 2-я Подкомиссия «Врачебная помощь и призрение». — СПб., 1915. — С. 31—33.
14. *Зархин И. Б.* Очерки из истории отечественной фармации XVIII и первой половины XIX века. — М., 1956. — С. 58—69.
15. *Захаров Ф. Г.* Организация медицинской помощи промышленным рабочим России и СССР. — М., 1969. — С. 5—6.
16. *Извлечение* из доклада Медицинского департамента министру внутренних дел о преобразовании губернских врачебных учреждений. Июль 1862 // Труды Высочайше учрежденной междеведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. — Т. 2. — СПб., 1913. — С. 33—34.
17. *Историческое* обозрение 50-летней деятельности Министерства государственных имуществ. 1837—1887. — Ч. 2. — СПб., 1888.
18. *К статистике* аптечного дела в России // Фармацевтический журнал. — 1910. — № 32. — С. 348—349.
19. *Капустин М. Я.* Основные вопросы земской медицины. — СПб., 1889. — С. 27.
20. *Коноплева Е. Л., Отвагин И. В., Остапенко В. М.* Становление и развитие здравоохранения Смоленской губернии (вторая половина XVIII века — 1917 г.). — Смоленск, 2015. — С. 16—17.
21. *Королева М. Г.* Московские аптеки во второй половине XIX и начале XX вв. // Аптечное дело. — 1960. — № 4. — С. 75—78.
22. *Левинштейн И. Г.* К вопросу о реформе фармацевтического дела в России. В кн: Труды XI Пироговского съезда. — Т. 1. — СПб., 1911. — С. 392—397.
23. *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела. — М.—Л., 1939, С. 102—103.
24. *Лобанова А. С.* Обеспечение, размещение и реальные условия хранения лекарственных средств в аптеках Тамбовской губернии (конец XIX-начало XX вв.) // Социально-экономические явления и процессы. — 2014. — Вып. 4. — С. 121—126.
25. *Мазинг И.* О санитарном состоянии и о сельско-медицинской части в Каменецком уезде Подольской губернии // Приложение к журналам учрежденной при Медицинском совете Комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России. — СПб., 1886. — Вып. 1—3. — С. 191—198.
26. *Манифест* о разрешении привоза разных иностранных товаров от 31 марта 1816 г. — СПб., 1816.
27. *Материалы* к вопросу об устройстве общедоступной врачебной помощи в Империи // Труды Высочайше учрежденной междеведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. — СПб, 1913. — Табл. 3—4, с. 4—10.
28. *Овер А. И.* Материалы для истории московских больниц гражданского ведомства. — М., 1859.
29. *Орлов И. И.* О сельской аптеке при Солнечногорской губернской земской больнице. Доклад на XIV съезде врачей Московского губернского земства. — М., 1898. — С. 8.
30. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1904 год. — СПб., 1906.
31. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1912 г. — Пг., 1914.

32. *Отчет* 1 Городской больницы имени Н. И. Пирогова за 1912 год.— М., 1912.
33. *Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.* и др. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI — начало XX в.) / Под ред. акад. Р. У. Хабриева.— М., 2014.
34. *Приложение I* третьей записке об общих основаниях устройства общедоступной врачебной помощи населению империи // Высочайшее Учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— СПб., 1913.— С. 20.
35. ПСЗРИ-1.— Т. 20.— № 14 392.
36. ПСЗРИ-1.— Т. 22.— № 16 488
37. ПСЗРИ-1.— Т. 32.— № 25 664.
38. ПСЗРИ-1.— Т. 32.— № 25 700.
39. ПСЗРИ-1.— Т. 37.— № 28 582
40. ПСЗРИ-1.— Т. 38.— № 29 516
41. ПСЗРИ-1.— Т. 40.— № 30 355.
42. ПСЗРИ-1.— Т. 44, ч. 2.— Книга штатов.— Отд. III и IV.— С. 54.
43. ПСЗРИ-2.— Т. 1.— № 454.
44. ПСЗРИ-2.— Т. 1.— № 455.
45. ПСЗРИ-2.— Т. 2.— № 1254.
46. ПСЗРИ-2.— Т. 4.— № 2673.
47. ПСЗРИ-2.— Т. 15.— № 13 331.
48. ПСЗРИ-2.— Т. 16.— Отд. 1.— № 14 614.
49. ПСЗРИ-2.— Т. 22.— Отд. 1.— № 21 016.
50. ПСЗРИ-2.— Т. 26.— № 25 850.
51. ПСЗРИ-2.— Т. 29.— Отд. 1.— № 28 420.
52. ПСЗРИ-2.— Т. 34.— Отд. 1.— № 34 282.
53. ПСЗРИ-2.— Т. 48.— Отд. 2.— № 52 611.
54. *Сало В. М.* История фармации в России.— М., 2007.
55. *Сборник циркуляров и инструкций* Министерства внутренних дел с учреждения Министерства по 1 октября 1853 года.— Т. 7.— СПб., 1858.— С. 123.
56. *Сведения о вольных аптеках в России.* // Российский медицинский список на 1894 год.— СПб., 1894.
57. *Сведения о вольных аптеках в России* // Российский медицинский список на 1901 год.— СПб., 1901.— С. 56—58
58. *Сведения о вольных аптеках в России* // Российский медицинский список на 1905 год.— СПб., 1905.
59. *Сведения о вольных аптеках в России* // Российский медицинский список на 1909 год.— СПб., 1909.— С. 98—99.
60. *Сведения о вольных аптеках в России* // Российский медицинский список на 1913 год.— СПб., 1913.— С. 79.
61. *Сведения о вольных аптеках в России* // Российский медицинский список на 1916 год.— СПб., 1916.— С. 152—153.
62. *Свод законов Российской империи* / Под ред. И. Д. Мордухай-Болтовского.— Книга 5.— Т. 13.— СПб., 1913.— С. 195—197.
63. *Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи.*— СПб., 1897—1898.— С. 117.
64. *Свод учреждений и Уставов врачебных по гражданской части.*— СПб., 1857.
65. *Смирнова Е. И.* Аптечное дело в Ярославской губернии (XVIII — середина XIX вв.) // Новый исторический вестник.— 2010.— № 25.— С.5—15
66. *Смирнова Е. М.* От общественного призрания к общественной ме-

- дицине (здравоохранение Ярославской губернии 2-й половины XIX — начала XX вв.).— Ярославль, 2013.
67. *Собрание* узаконений и распоряжений правительства.— СПб., 1890, Вып. 3.— Ст. 162.— С. 212.
 68. *Современная* хроника России. Из отчета министра государственных имуществ // Отечественные записки.— 1858.— № 11.— С. 2—5.
 69. *Стог А. Д.* Об общественном призрении в России. Приложения. Табл. № 1.— СПб., 1818.
 70. *Труды* III Всероссийского фармацевтического съезда.— СПб., 1901.
 71. *Труды XVII губернского съезда Московского земства.* 15—24 мая 1910 г.— Вып. 3.— М., 1910.
 72. *Труды XI Пироговского съезда.*— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 373—415.
 73. *Устав* лечебных заведений гражданского ведомства. 1851 год. Изд. 4.— СПб., 1879.
 74. *Федотов Н. П., Мендрин Г. И.* Очерки истории медицины и здравоохранения Сибири.— Томск, 1975.
 75. *Филькин А. М.* Фармакопеи для бедных первой половины XIX столетия // Аптечное дело.— 1957.— № 2.— С. 78—80.
 76. *Франк Ф.* Первая статистика с дневником для трудолюбивых и образцово аккуратных российских аптекарей на 1866 г.— СПб., 1867.— С. 5—38.
 77. *Фрейберг Н. Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России. Изд. 3-е.— СПб., 1913.
 78. *Цифровые* сведения о расходах на врачебно-санитарную часть // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 1—16.
 79. *Чертов А. А.* Городская медицина в Европейской России.— М., 1903.
 80. *Чертов А. А.* К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах.— В кн: Восьмой Пироговский съезд.— Вып. 2.— М., 1901.— С. 52—55.
 81. *Шерстнева Е. В.* О финансовой деятельности приказов общественного призрения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2003.— № 5.— С. 61—63.
 82. *Эрманс К. П.* Организация аптечного хозяйства в Московской губернии.— В кн.: Труды X губернского съезда врачей Московского земства. Сентябрь 1889 г.— М., 1890.— С. 181—187.

РАЗВИТИЕ ОПТОВОЙ ТОРГОВЛИ И ФАБРИЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА МЕДИКАМЕНТОВ В РОССИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX — НАЧАЛЕ XX вв.

4.1. Предпринимательская деятельность в сфере оптовой торговли товарами аптечного ассортимента в России

Во второй половине XIX в. в России в условиях развития капиталистических отношений на основе наиболее крупных частных аптек происходило создание товариществ и акционерных обществ, которые аккумулировали в своих руках уже не только розничную, но и оптовую торговлю товарами аптечного ассортимента. Многие из них играли весьма важную роль в лекарственном обеспечении не только жителей столиц, но и губернских и уездных городов России в результате развития производства, торговли медикаментами и поставки лекарственного сырья.

Так, в Киеве наиболее крупным фармацевтическим заведением была аптека Марцинчиков на Крещатике, открытая еще в 1866 г. В 1871 г. на ее основе было образовано товарищество «Братья Марцинчик». Фирма изготавливала лекарства не только для собственной аптеки, но и для других подобных учреждений города. Через десять лет товарищество было преобразовано в Южно-Русское общество торговли аптекарскими товарами — «ЮРОТАТ». Общество имело несколько контор и отделений, торговало оно не только аптечными товарами и приборами для аптек и госпиталей, но и химическими, косметическими изделиями. Оборот Общества составлял 1,5 млн рублей. На нем работало более 150 служащих и специалистов. О коммерческом успехе предприятия свидетельствовал рост прибыли, которая, например, за десятилетие 1885—1894 гг. увеличилась почти в три раза (с 25 419 до 70 344 рублей) [1, с. 1360—1361].

В Петербурге в 1863 г. было создано Русское общество торговли аптекарскими товарами в форме паевого товарищества. В 1867 г. оно было преобразовано в акционерное общество с основным капиталом 200 тыс. рублей. Учредителями его явля-

лись крупные петербургские аптекари Август Боргман, Федор Гофман, Федор Фельдт, Василий Пель и Густав Шульц, управляющим делами был Ф. В. Кох. Согласно Уставу, утвержденному 7 июля 1867 г., Общество создавалось с целью «сбыта как внутри России, так и за границу, аптекарских товаров и препаратов, равно патентованных средств, наилучшего качества, по возможно дешевым ценам». Общество открыло в Санкт-Петербурге склад аптекарских товаров, при котором была устроена и химико-фармацевтическая лаборатория [11]. В 1873 г. были открыты отделения Общества в Харькове, а в 1897 г. — в Екатеринбурге. С 1880 г. оно владело собственным магазином для торговли аптекарскими товарами в Петербурге. В 1901 г. Русское общество торговли аптекарскими товарами было удостоено звания поставщика Двора Его Императорского Величества. Годовой оборот его достигал 4 млн рублей. В 1914 г. основной его капитал составил 1,5 млн рублей [3].

В 1882 г. в Тифлисе было основано Кавказское товарищество торговли аптекарскими товарами с основным капиталом 150 тыс. рублей. Деятельность его развивалась менее успешно, однако предприятие не несло убытков: прибыль его за период с 1885 по 1894 г. возросла с 21 668 до 39 839 рублей [1, с. 1314—1315].

С законодательным разрешением внеаптечного производства сложных лекарственных препаратов (закон 1898 г.) появляются товарищества и акционерные общества, занимавшиеся как широким производством, так и оптовым сбытом своей собственной продукции. Так, Товарищество «В. К. Феррейн», образованное в 1902 г., возглавляемое магистром фармации В. К. Феррейном, объединяло, помимо нескольких аптечных предприятий в Москве (в том числе одну из крупнейших аптек в мире — Старо-Никольскую, а также Ново-Полянскую и Красноворотскую), лаборатории, склады, фабрики химических продуктов, аптекарские магазины. Предприятия Товарищества «В. К. Феррейн» располагались и за пределами Москвы: фабрика химических продуктов находилась в Мологе Ярославской губернии, плантация лекарственных растений — в Подольском уезде Московской губернии.

С целью «лучшей организации оптовой торговли» в Петербурге в 1911 г. было образовано «Общество фабрикантов аптекарских и химических товаров и торговцев означенными товарами „Унитас“». Общество открыло в Петербурге справочное бюро, организовывало выставки образцов аптекарских и химических товаров, свою задачу оно видело в «содействии развитию фармацевтической и химической промышленности и торговли» [17].

В 1913 г. в столице учреждается акционерное общество химических лабораторий и аптекарской торговли «Стольберг и

Ко» — «для производства химических и фармацевтических продуктов и для торговли аптекарскими, парфюмерными, косметическими, москотильными и другими подобного рода товарами» [18].

Развитие оптовой торговли медикаментами и аптекарскими товарами внутри России вело к лучшему насыщению фармацевтического рынка, оно было очень важно для лекарственного обеспечения лечебных заведений. Однако следует отметить, что торговля отечественных оптовиков была менее гибкой, чем зарубежных, и это немедленно отразилось на их взаимодействии с такими важными оптовыми закупщиками медикаментов и аптекарских товаров, как земства и города. Ограниченные финансовые возможности последних и социальная направленность деятельности подталкивали их к поиску наиболее выгодных по цене поставок медикаментов. В результате такими крупными оптовыми покупателями, как, например, Московское, Саратовское, Рязанское, Новгородское, Полтавское, Симбирское, Калужское и многие другие губернские и уездные земства, уже с конца XIX в. предпочтение было отдано фирме Э. Мерка в Дармштадте, имевшей свое представительство в Москве. На фирму Э. Мерка почти целиком приходились такие расходы, как гербовый сбор, экспедиторские расходы по доставке товара на вокзал, расход на предметы укупорки, замена в случае боя медикаментов и прочее. Закупка медикаментов у Э. Мерка во всех отношениях была более выгодной, чем у В. К. Феррейна. Предпринятый опыт закупки у Э. Мерка дал Московскому губернскому земству экономию до 33% [14, с. 233].

Секрет популярности Э. Мерка был не только в выгодности цен на лекарства высокого качества, но и в предоставлении им кредитов оптовым покупателям. Как только в 1905 г., после революционных событий в России, фирма ужесточила торговую политику, прекратив кредитование покупателей и требуя предоплаты, популярность ее резко упала, но инициативу перехватила другая германская фирма — фабрика Шеринга [2].

Отсутствие дальновидности и гибкого подхода к организации оптовой торговли у российских фирм являлось одним из факторов развития зависимости фармацевтического рынка России от зарубежных поставок, что имело негативные последствия для страны.

4.2. Фармацевтическая промышленность России в начале XX в.

В России процесс создания фармацевтических производств начался заметно позднее, чем в Европе. Обусловлено это бы-

ло рядом причин, и в первую очередь — действовавшим в стране аптечным монопольным законодательством. Предоставленное аптекам исключительное право на изготовление сложных лекарственных препаратов сохранялось за ними до конца XIX столетия, оно было закреплено во всех редакциях Аптекарского устава, отстаивалось владельцами частных аптек благодаря лоббированию их интересов представителями от Санкт-Петербургского общества фармацевтов, входившими в состав Медицинского совета. Это препятствовало развитию самостоятельных фармацевтических предприятий, в которых владельцы аптек видели угрозу своим коммерческим интересам.

Однако господствовавшее экстенпоральное приготовление лекарств в аптеках не могло удовлетворить растущий спрос на медикаменты со стороны населения. Спрос на большой объем фасованной готовой продукции стимулировала и развивавшаяся сеть аптекарских магазинов, которые не имели права на изготовление лекарств. В результате в 70-е годы XIX в. в России, несмотря на законодательные ограничения, появились первые небольшие производства по выпуску галеновых препаратов. Число их было невелико, в середине 1880 г. их насчитывалось всего 15. Но для того, чтобы не преступить закон, формально они числились лабораториями при аптеках. Быстро оценившие свою выгоду аптекари нередко арендовали аптеки именно с целью создания при них производств. Так, например, завод «Эрманс» поначалу числился лабораторией при сельской аптеке в Кунцево, В. К. Феррейн содержал лабораторию по выпуску галеновых препаратов при аптечном складе, и лишь в 1912 г. перевел ее в здание вновь построенного завода, галеновый завод Тверского губернского земства по документам был лабораторией при аптеке земской больницы [8, с. 189].

Принятие в 1898 г. Закона «О фабричном производстве сложных фармацевтических препаратов» стало важным событием, ограничившим аптечную монополию и допустившим внеаптечное производство медикаментов. Закон предоставил галеновым лабораториям в России не только право на независимое от аптек существование, но также право на продажу непосредственно потребителю, помимо аптек, не сильнодействующих галеновых препаратов в мелкой упаковке [12].

Следует отметить, что до принятия закона некоторые особые категории лекарственных средств изготавливались небольшими партиями и вне аптек. Так, еще в 1886 г. в России было положено начало производству вакцин. Первые учреждения по их изготовлению — пастеровские станции — были организованы в Самаре, Москве, Одессе, Петербурге, Харькове, Варшаве. Благодаря их созданию Россия одной из первых (после Пастеровского института в Париже) стала изготавли-

вать антирабическую вакцину [22], а позднее — скарлатинозно-стрептококковую, противоскарлатинозную и противодифтерийную сыворотки.

Ряд химических предприятий России в XIX в. производил некоторые медицинские средства. Так, в 1842 г. под Москвой в Купавне француз Плетер организовал химический завод, производивший серную, азотную, соляную кислоты, касторовое масло, глауберову соль и различные химические и природные красители. Во время Крымской кампании на петербургских и других заводах начали вырабатывать дезинфекционную жидкость, высоко оцененную Н. И. Пироговым. В 1880 г. «Товарищество русского химического завода» стало выпускать наркозный эфир, танин, коллодий и другие препараты. В 1882 г. фирма «Келлер и К^о» основала завод по производству серного эфира, парфюмерных, технико-химических и различных хозяйственных товаров, где стали производить и галеновые препараты. В филиале фирмы в селе Хорошово вырабатывали наркозный эфир и натрия хлорид [15].

Принятие закона 1898 г. дало импульс развитию фабричного производства сложных лекарственных средств. Однако закон вводил ряд ограничений: правом на открытие таких производств были наделены только магистры фармации и химии (которых в России было очень немного), а ассортимент лекарств был ограничен списком, разработанным Медицинским советом, который согласовывался между Министерством внутренних дел и Министерством торговли и промышленности. Первый список, изданный в 1898 г., включал всего 60 наименований галеновых препаратов. Такие ограничения сказывались на предпринимательской активности, что требовало корректирования ситуации. В результате изданный в 1909 г. второй список фармацевтических препаратов, разрешенных к фабричному производству и оптовой продаже на фабриках, лабораториях и особых отделениях химических заводов, был существенно дополнен, в том числе и за счет химических средств.

В 1912 г. права фармацевтических предприятий были расширены. К управлению производством были допущены не только магистры, но и провизоры. В список лекарственных средств фабричного производства было включено 52 наименования сложных препаратов (в том числе таблетки аспирина, сульфата хинина, салолола, танальбина и др.) и 31 наименование простых препаратов (таблетки камфоры, ментола, нафтола, ацетата свинца и др.), в 1913 г. список был дополнен еще 38 наименованиями [7].

Фармацевтические предприятия в России, как правило, являлись частью более широкой предпринимательской деятельности, осуществляемой в форме акционерных обществ, где держателями акций часто являлись члены одной семьи. По-

мимо собственно фармацевтических предприятий, акционерные общества обычно имели еще вольные аптеки, аптекарские магазины и склады, а иногда и плантации лекарственных растений. Кроме производства, они, таким образом, занимались заготовкой сырья, оптовой и розничной торговлей лекарственными препаратами и прочими товарами аптечного ассортимента. Типичным примером этого являлось Товарищество «В. К. Феррейн».

Товарищество «В. К. Феррейн» построило два завода: в Нижних Котлах (1912) под Москвой и в городе Молога Ярославской губернии. В начале XX в. в Москве открываются и другие фармацевтические заводы: фирмы «Эрманс» (1902), русского отделения акционерного общества «Шеринг» (1911—1912; производство серного эфира, коллодия, ляписа и др.) и английской фирмы «Ален и Гамбурис и Ко» (производство галеновых препаратов). В 1911 г. учреждается московское товарищество на паях торговли аптекарскими товарами «Братья Столкин и Ко», имевшее фабрику аптекарских, галеновых, парфюмерных, хозяйственных, химических и органотерапевтических товаров в Москве [16].

Ряд предприятий был создан в Петербурге. В 1907 г. в столице открылся завод «Фармакон», где производились эндокринные, галеновые препараты и минеральные соли. На базе крупной семейной аптеки было создано товарищество «Доктор Пель и сыновья», которое первым в России приступило к производству сразу 37 органопрепаратов. Среди них: спермин, адреналхлорид, кардин, эридидимин, грандулин, гепатин и др. [13, с. 185].

Предприятия были созданы и в провинции России. В 1900 г. в Туркестанском крае на основе двух заводов по выпуску сантонина (в Чимкенте и Ташкенте), была образована производственно-торговая компания «Сантонин», сосредоточившая производство в Чимкенте. Ее продукция была ориентирована как на внутренний рынок, так и на экспорт в Италию, Испанию, Южную Америку и даже в Японию. В 1909 г. в Казани было создано Волжско-Камское акционерное общество торговли аптекарскими товарами «Ф. Х. Грахе», имевшее завод искусственных минеральных вод. Аптекарские товары производились также в Твери, Варшаве (завод «Мотор»), товариществом «Грининг» в Риге и др. В Киеве, Казани, Харькове, Тифлисе, Архангельске, Саках и других городах организовывались мелкие фармацевтические производства, выпускавшие салол, веронал, бромиды и другие лекарственные препараты [20].

Накануне Первой мировой войны в России фармацевтических и химических предприятий, выпускавших медицинские средства, а также предприятий, производивших различные товары аптечного ассортимента, насчитывалось уже около 400

[4, 7]. Наиболее крупными из них считались завод товарищества «Феррейн» под Москвой, предприятия товарищества «Р. Келлер и К°», производственно-торговая компания «Сантонин» в Чимкенте.

На заводе товарищества «Феррейн» было открыто отделение для производства таблетированных форм лекарств. Здесь также производилась расфасовка химических веществ как собственного производства, так и завезенных из-за границы [19, с. 4]. В 1913 г. завод выпускал 175 наименований различных лекарственных препаратов (терпингидрат, амагдалин, неорганические препараты, большое количество галеновых препаратов, минеральные соли, мази и др.), а также некоторые парфюмерные и химические продукты и др. [5]. Завод товарищества «Р. Келлер и К°» в Москве производил лекарственные и химические препараты, а также парфюмерные и хозяйственные средства, а фабрика товарищества в Хорошево под Москвой выпускала кислоты, эфир, хлорид натрия, медицинские и простые мыла. Товарищество имело собственный стекольный завод для производства аптечной посуды [6; 19, с. 5].

К средним фармацевтическим предприятиям относились: завод русского отделения АО «Шеринг», завод АО «Блюменталь» в Москве, завод «Фармакон» в Петербурге, предприятия товариществ «ЮРОТАТ» (в Киеве), «Грининг» (в Риге), «Доктор Пель и сыновья» (в Петербурге) и др.

Были и мелкие фармпредприятия, такие как заводы Розенберга в Москве, Грахе в Казани, товарищество братьев Крестовниковых, производящее глицерин, завод Ванюшина, производящий лакрицу, заводы Ясинского и Любимова-Сольве, выпускавшие соду, завод Морокина, производивший марлю, и др. [7, 21].

Вновь созданные фармацевтические производства выпускали преимущественно галеновые препараты, неорганические химические (перекись водорода, азотнокислое серебро, перманганат калия, железный и медный купорос и др.) и органические средства (эфир, танин, адреналин, терпингидрат и др.). Химико-терапевтические средства, широко используемые европейской медициной, в ассортименте российских фармпредприятий представлены практически не были. Несмотря на рост фабричного лекарственного ассортимента, все существовавшие в начале XX в. фармацевтические заводы не производили алкалоиды и гликозиды (хотя сырье для их производства вывозилось в большом количестве), салициловые, висмутовые препараты, препараты мышьяка, синтетические лекарства, все они закупались Россией в основном в Германии, а также в Англии, США, Франции. Россия закупала йод, бром, мышьяк, борную кислоту, препараты ртути, органические кислоты, алкалоиды, противовоспалительные средства (ацетанилид, фенацетин, антипирин, салипирин) и др.

Российских производителей лекарств отличал не только небогатый ассортимент, но и скромные объемы производства. Не хватало эфира, хлороформа, танина, камфары, хлоралгидрата, много сложных лекарственных и дозированных химико-фармацевтических продуктов. На всей территории России объем производства медикаментов был небольшим и составлял к 1913 г. всего 14 млн рублей, что не позволяло обеспечить отечественными лекарствами потребности страны. Несмотря на развитие собственного производства, в период с 1909 по 1913 г. объем импорта готовых лекарственных средств увеличился более чем в 2 раза: с 13 до 28 тыс. пудов. Даже салол (фенилсалицилат), синтезированный русским химиком М. В. Ненцким на основе предложенного им принципа, впоследствии вошедшего в мировую химию под названием «„принцип салола“ Ненцкого», ввозился из-за границы в большом количестве [6, 8, 9].

Таким образом, запоздалое и довольно скромное по масштабу и ассортименту фармацевтическое производство в России в начале XX в. не могло удовлетворить потребности российского фармацевтического рынка, они в значительной степени покрывались импортной продукцией. Зарубежные производители и поставщики медикаментов, в свою очередь, успешно расширяли свой рынок сбыта. В мирное время эта ситуация была вполне приемлемой, однако начало Первой мировой войны показало, что недооценка российским правительством значения собственной фармацевтической промышленности как фактора обеспечения безопасности страны являлась серьезным стратегическим просчетом.

Литература

1. *Акционерное дело в России.*— Т. 2.— Вып. VI.— СПб., 1899.
2. *Аржанов Н. П.* Сумерки богов // Провизор.— 2000.— № 18.— С. 20—23.
3. *Барышников М. Н.* Деловой мир России. Историко-биографический справочник.— СПб., 1998.
4. *Блох М. А.* Развитие и значение химической промышленности.— Ч. 1.— Пг., 1920.— С. 125.
5. *К вопросу о патентованных средствах:* доклад г-на В. К. Феррейна на Российском фармацевтическом съезде в 1913 г.— СПб., 1914.— С. 7.
6. *Катлинский А. В., Лопатин П. В., Линденбратен А. Л.* Фармацевтическая промышленность и лекарственное обеспечение.— В кн.: Здравоохранение России. XX век.— М., 2001.— С. 212—233.
7. *Коротеева Н. Н.* Становление и развитие фармацевтической промышленности в России в конце XIX — начале XX в. // Известия Алтайского государственного университета.— 2008.— Вып. 4 (1).— С. 61—64.

8. *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела.— М.—Л., 1939.— С. 189.
9. *Натрадзе А. Г.* Очерк развития химико-фармацевтической промышленности СССР.— М., 1977.
10. *Натрадзе А. Г.* Химико-фармацевтическая промышленность.— В кн.: Развитие химической промышленности в СССР.— Т. 2.— М., 1984.— С. 331—345.
11. ПСЗРИ-2.— Т. 42.— отд. 1.— № 44 814.
12. ПСЗРИ-3.— Т. 18.— отд. 1.— № 15 375.
13. *Сало В. М.* История фармации в России.— М., 2007.
14. *Салтыков Б. Н.* О снабжении медикаментами земских лечебных учреждений Московской губернии.— В кн.: Труды XIV губернского съезда врачей Московского земства. 4—14 сентября 1898 года.— М., 1901.— С. 232—238.
15. *Семенченко В. Ф.* История фармации.— М., 2003.
16. *Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем сенате.*— 1911. Отдел 2. Первое полугодие. Ст. 537.— СПб., 1911.— С. 3336.
17. *Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем сенате.* 1912. Отдел 2. Первое полугодие. Ст. 440.— СПб., 1912.— С. 2303.
18. *Собрание узаконений и распоряжений правительства, издаваемое при Правительствующем сенате.* 1913. Отдел 2. Второе полугодие. Ст. 1741.— СПб., 1913.— С. 8447—8448.
19. *Феррейн Ф.* Химико-фармацевтическая промышленность в СССР.— М., 1923.
20. *Центнершвер М. Г.* Очерки по истории химии.— Одесса, 1912.— С. 83—84.
21. *Цыпкин М. В.* О фабриках, заводах, лабораториях, изготовляющих химические продукты и химфармпрепараты в России.— М., 1915.— С. 13—15.
22. *Шерстнева Е. В.* Первые пастеровские станции в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2012.— № 2.— С. 56—59.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В КОНЦЕ XIX — НАЧАЛЕ XX вв. И ПОПЫТКИ ИХ РЕШЕНИЯ

5.1. Проблема реформирования управления лекарственным обеспечением в начале XX в.

В начале XX в. в профессиональной периодике, на заседаниях фармацевтических и Пироговских съездов велась полемика по вопросу о необходимости коренного реформирования системы управления лекарственным обеспечением. В ее обсуждение включились представители земств и городов, фармацевтических обществ, члены Государственной думы, столичная профессура.

Суть проблемы состояла в том, что, несмотря на многочисленные преобразования, предпринятые на протяжении XIX в., центральным элементом системы управления медико-фармацевтическим делом в Российской империи в начале XX в. оставалось Министерство внутренних дел, занимавшееся, помимо здравоохранения, очень широким кругом вопросов. Недостаточная компетентность чиновников министерства в вопросах медицины и фармации, бюрократические принципы руководства негативно отражались на состоянии лекарственного обеспечения. Экономия средств на здравоохранении вела к тому, что Медицинский совет, занимавшийся вопросами экспертизы, не имел собственной лаборатории, что сказывалось на состоянии лекарственного контроля.

В связи с усложнением системы лекарственного обеспечения, включавшей теперь не только казенные и частные, но и муниципальные аптеки, а также оптовые фирмы и фармацевтические предприятия, стала очевидной необходимость особого подразделения Министерства, которое занималось бы исключительно вопросами лекарственного обеспечения. Эта мысль была озвучена в докладе представителя Российского фармацевтического общества (Москва) Б. Н. Салтыкова, сделанном на XI Пироговском съезде в 1910 г.: «Специальное аптечное дело требует... чтобы управление им было вверено осо-

бому учреждению, образованному по типу Ветеринарного комитета при МВД». Докладчик также предлагал «радикально реформировать фармацевтический инспекторат при местных врачебных правлениях. Всего желательнее... весь контроль над аптечным делом передать в ведение общественных самоуправлений... введя в состав сведущих лиц с высшим фармацевтическим образованием» [43, с. 409]. Выступавшими на съезде было внесено предложение о создании особого совета из фармацевтов каждого округа, который следил бы за правильным исполнением его членами профессиональных обязанностей. Рационально поставленный контроль и привлечение фармацевтов к управлению, по мнению выступавших, должны были гарантировать образцовую постановку дела.

Следует отметить, что на необходимость реформирования местных правительственных органов управления здравоохранением, но не столь радикального, указывалось и в трудах многих правительственных совещаний и комиссий, работавших при Медицинском совете еще во второй половине XIX в. [10].

Острой проблемой, волновавшей профессиональное сообщество, было и состояние российского фармацевтического законодательства: оно устанавливало жесткие нормы открытия аптек в каждой местности с учетом допустимого расстояния между аптеками, количества обслуживаемого населения и рецептов, а также согласия или несогласия уже обосновавшихся там аптекарей. Однако эти нормы, редко пересматриваемые, не поспевали за требованиями времени, и из стимулятора роста аптечной сети закон превратился в его тормоз. Несмотря на количественный рост аптек, многие территории были крайне слабо обеспечены лекарственной помощью, в этом отношении Россия заметно отставала от развитых европейских стран. Более того, аптечная монополия ограничивала деятельность общественных самоуправлений в области лекарственного обеспечения населения, надолго задержала развитие отечественного фармацевтического производства. Право распоряжаться аптекой как обычным объектом частной собственности, закрепленное в законе, со временем породило много негативных явлений, снижавших социальную направленность работы аптек [3].

По словам И. Г. Левинштейна, представлявшего на XI Пироговском съезде Общество фармацевтов-служащих Санкт-Петербурга, наряду с несовершенной системой подготовки специалистов-фармацевтов, сохранявшей аптечное ученичество, «апатия и косность монополиста, который всю жизнь лелеет мечту о заранее уготованном и законом оберегаемом доходном месте, где не требуется ни энергии, ни знаний, ни труда, ни предприимчивости, имели своим последствием крайнюю отсталость или даже почти полное отсутствие нашей

отечественной химико-фармацевтической промышленности. По той же причине наш лекарственный рынок наводнен целым морем различных патентованных и секретных средств все больше заграничного происхождения. И много лет еще придется нам, русским фармацевтам и русской публике переплачивать крупнейшие суммы во всем нас опережающему культурному западу» [16, с. 395].

Общественность выступала за отмену аптечной монополии и нормировки, за введение свободного открытия аптек (так называемой явочной системы), а также за широкое предоставление прав содержания аптек земским и городским общественным самоуправлениям. Примером успешного развития явочной системы служили Франция, Швейцария, Англия, Голландия, Бельгия, Испания, Италия, Португалия, Турция и Америка. При рационально поставленном контроле со стороны государства, указывали выступавшие, аптечное дело в этих странах развивалось весьма успешно. Из всех предложений съезда было реализовано одно — в 1912 г. был принят закон, разрешивший земским и городским самоуправлениям открывать аптеки явочным порядком.

Необходимость реформирования управления не только лекарственным обеспечением, но и здравоохранением в целом была очевидной уже с конца XIX в. «Медицинский департамент и сменившее его в 1904 г. Управление главного врачебного инспектора, являвшиеся подразделениями Министерства внутренних дел, не имели самостоятельного финансирования и достаточных юридических прав, а потому не могли координировать медицинскую деятельность других ведомств, руководить санитарными мероприятиями и осуществлять прочие функции центрального правительственного учреждения» [7, с. 54].

Приступившая в 1912 г. к работе Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под руководством председателя Медицинского совета академика Г. Е. Рейна видела решение проблемы в создании нового самостоятельного органа — Главного управления государственного здравоохранения, наделенного правами министерства. На Главное управление государственного здравоохранения, согласно проекту, возлагалось «Высшее руководство деятельностью подчиненных ему органов управления по врачебной, санитарной, судебно-медицинской и фармацевтической частям...» [51, с. 5].

Однако создания специального фармацевтического подразделения в составе нового государственного органа не предусматривалось. Вопросы лекарственного обеспечения вновь были рассредоточены между структурами нового министерства. Решение практических проблем фармацевтической сферы в числе прочих возлагалось на вновь создаваемый Врачебный

департамент, научно-теоретических — на Медицинский совет, при котором, однако, для рассмотрения специальных вопросов планировалось сформировать 5 отделов, и в их числе фармацевтический [51, с. 27]; вопросами учета должна была ведать статистическая часть. Единственным существенным достижением было то, что проектом предусматривалось создание государственной лаборатории, состоящей в непосредственном распоряжении Медицинского совета, которая создавалась «для производства научных, практических и контрольных исследований, относящихся» в том числе «к фармации с фармакогнозией» [51, с. 13].

Комиссия Г. Е. Рейна рассматривала и проект нового Фармацевтического устава, который должен был внести ряд коррективов в законодательство с учетом требований времени. В частности, в нем была дана новая классификация аптек (аптеки 1-го и 2-го разряда, в зависимости от руководства — магистр фармации или провизор — и наличия лаборатории), устранившая запутанную действовавшую терминологию (нормальные, сельские, филиальные аптеки и т. д.), ужесточены условия допуска лекарственных средств к торговому обороту (четко расписана процедура контроля), усилены наказания за профессиональные проступки фармацевтов и др. В уставе предусматривалось преимущественное право земских и городских общественных самоуправлений на открытие вольных аптек. В то же время условия открытия аптек частными лицами, оговоренные в уставе, не столько стимулировали рост аптечной сети, сколько вновь стремились ограничить конкуренцию между аптеками. Критерием для решения вопроса об открытии аптеки, согласно новому уставу, являлось только число жителей. Все населенные пункты делились на 5 групп в зависимости от численности населения: 1) от 200 тыс. и более, 2) от 100 тыс. до 200 тыс., 3) от 50 тыс. до 100 тыс., 4) от 20 тыс. до 50 тыс., 5) от 7 тыс. до 20 тыс. На одну аптеку 1-го разряда в городах 1-й группы должно было приходиться 12 тыс. жителей, 2-й группы — 11 тыс. жителей, 3-й — 10 тыс., 4-й — 8,5 тыс., 5-й группы — 7 тыс. жителей. Предлагаемые нормы мало отличались от существовавших ранее и были довольно высоки (например, в европейских столицах одна аптека приходилась на 2—3 тыс. жителей). Открытие аптек обставлялось и другими условиями: например, оговаривалось, что открытие аптеки 1-го разряда в местности, где имеется аптека 2-го разряда, возможно лишь в том случае, если владелец последней откажется преобразовать свое учреждение в аптеку 1-го разряда [54].

Новый устав вызвал много возражений. Но в силу последовавших вскоре внутривластных событий ни проект нового Фармацевтического устава, ни проект создания специального министерства так и не были законодательно утверждены.

Новое министерство, которое должно было заменить в вопросах здравоохранения и лекарственного обеспечения Министерство внутренних дел, просуществовало лишь на бумаге менее полугода, прекратив свое существование за несколько дней до Февральской революции [7, с. 57].

5.2. Проблема доступности лекарственной помощи

Состояние лекарственного обеспечения гражданского населения России в начале XX в. критически оценивалось представителями не только общественности, но и государственных органов управления. Была очевидной низкая доступность лекарственной помощи для основной массы населения страны как с территориальной, так и с экономической точки зрения.

Абсолютное преобладание частных аптек в системе вольной продажи лекарств имело ряд последствий. Несмотря на социальную функцию аптек, ведущим мотивом частного предпринимателя являлось получение максимальной прибыли. В связи с этим частные аптеки открывались прежде всего в густонаселенных местностях, способных эту прибыль обеспечить. При этом игнорировалась реальная потребность населения тех территорий, которые не гарантировали высокого дохода владельцу аптеки. В результате распределение вольных аптек на территории империи было очень неравномерным, и в начале XX в. некоторые местности так и не были охвачены вольной торговлей лекарствами. С другой стороны, сохранявшееся и в начале XX в. требование учета мнения аптекарей при открытии новой аптеки, нормировка их открытия, преследовавшая цель не столько максимального охвата населения лекарственной помощью, сколько ограничения конкуренции между владельцами аптек, тормозили рост аптечной сети. В результате по такому показателю, как количество населения, обслуживаемого одной аптекой, Россия значительно отставала от развитых европейских стран.

Из критического анализа ситуации в сфере вольной торговли лекарствами, опубликованного Управлением главного врачебного инспектора в 1910 г., следовало, что к началу 1910 г. общее количество вольных аптек в России достигло 4536, из них лишь около 6% принадлежали так называемым «общественным установлениям» (земствам, городам, фармацевтическим, врачебным обществам, общинам Красного Креста и т. д.), а подавляющее большинство из них — 94% — составляли частные аптеки [12]. Таким образом, именно частные аптеки играли ведущую роль в продаже населению лекарственных средств, определяли как ценовую, так и территориальную доступность лекарственной помощи вне больниц.

Из общего количества вольных аптек (4536) в Европейской

России было сосредоточено 3922 аптеки (86,5%), а в Азиатской, вместе с Бухарским Ханством, всего 614 аптек (13,5%), т. е. почти в 6,5 раза меньше [12]. С позиции предпринимательской логики, это было вполне закономерным, ведь именно в Европейской России, согласно всеобщей переписи населения 1897 г., проживало около 94,5 млн человек из 129,2 млн населения всей страны (более 73%). Но даже с учетом этого факта следует признать, что на этих территориях уровень обеспеченности населения лекарственной помощью существенно различался. В Европейской России в начале XX в. одна аптека приходилась в среднем на 34 тыс. человек, а в азиатской — на 58 тыс. На начало 1910 г. средний показатель по всей империи составлял 37 тыс. жителей на одну аптеку [16, с. 393—394].

С учетом административно-территориального деления России — а в начале XX в. империя была поделена на 78 губерний, 21 область (в основном это были приграничные районы) и два округа — ситуация с распределением вольных аптек складывалась следующим образом. В Европейской России на каждую губернию или область в среднем приходилось 64,3 вольной аптеки. В Средней России этот показатель составлял 50,3 аптеки, ниже всего он был в Азиатской России — 21 аптека.

В России первенство по количеству аптек традиционно принадлежало Остзейскому краю, объединявшему три губернии: Эстляндскую, Лифляндскую и Курляндскую. На каждую из них в среднем приходилось по 108 аптек. Далее следовала область Войска Донского — 96 аптек. В Азиатской России в наиболее благоприятных условиях были Кавказские губернии и области — в среднем 33,9 аптеки на каждую, а в Сибири этот показатель был довольно низок — всего по 16,9 аптеки на административную единицу. Самыми бедными по числу аптек являлись Среднеазиатские области, насчитывавшие в среднем всего лишь 7,6 вольной аптеки на каждую из них, при этом максимальное число (12) имелось в Сыр-Дарьинской области, а минимальное (3) — в Турганской. На всю Якутскую область в начале 1910 г. приходилась единственная вольная аптека — в городе Якутске [12].

Согласно статистике, преобладающим типом аптек в России в начале XX в. были так называемые нормальные вольные аптеки, которые открывались преимущественно в городах в соответствии с установленными нормами и правилами. В 1910 г. в России нормальных аптек насчитывалось 2768 (61%) [12]. В империи, по данным переписи 1897 г., насчитывалось 859 городов при общем количестве населенных мест 59 тыс. Следовательно, теоретически в среднем на каждый город приходилось около трех аптек, но фактически многие заштатные города и поселения были лишены аптек вовсе. В целом же, как было констатировано на XI Пироговском съезде,

из 59 тыс. населенных мест России лишь около 3 тыс. имели аптеки [16, с. 393—394].

При абсолютном преобладании сельского населения (доля городского населения в общей численности населения страны составляла всего 13,4%) [25], сельских аптек в 1910 г. насчитывалось 1640 (36,2%). Аптечных отделений на всю Россию было 100, или 2,2% [12]. Даже при активном росте числа сельских аптек (а по данным на 1913 г., 3339 аптек, или 60%, находились в негородских поселениях [29]) сельское население испытывало большие трудности в приобретении лекарственных средств, нежели городское.

Обеспеченность жителей Российской империи лекарственной помощью была заметно ниже, чем в Европе (даже в столичных городах): в Петербурге в начале XX в. одна аптека приходилась в среднем на 12 тыс. человек, в то время как в Париже — на 3 тыс., в Женеве — на 2 тыс. жителей [16, с. 394].

Косность законодательства, отсутствие продуманной государственной политики в лекарственной сфере и целенаправленного формирования аптечной сети, абсолютное преобладание частных аптек при сдерживании конкуренции между ними стали существенными факторами не только низкой территориальной, но и низкой экономической доступности лекарственной помощи для значительной части населения страны.

Цены на лекарства в России регулировались аптекарской таксой, составлением которой занимался Медицинский совет Министерства внутренних дел. Входившие в его состав два представителя от Санкт-Петербургского фармацевтического общества, объединявшего владельцев крупных столичных аптек, представляли в совете не только научное мнение, но и свои корпоративные интересы. И хотя аптекарская такса служила ограничителем цен (так как превышать ее закон не позволял), заложенные в нее расценки были довольно высоки. В связи с этим еще в начале 90-х годов XIX в. в Медицинский департамент Министерства внутренних дел был представлен проект «упорядочения аптечной торговли посредством передачи аптечного дела в ведение казны». Мотивировалось это тем, что «Нынешние владельцы аптек получают такой громадный барыш, что если бы понизить стоимость лекарств на десятки процентов, то и в таком случае доход от аптек окупит не только содержание этих учреждений со всем составом служащих, но еще останется громадная сумма, на которую можно при каждой аптеке содержать одного или нескольких врачей для подачи помощи беднейшим классам населения и широко развить отпуск удешевленных и бесплатных врачебных средств для той же части населения» [31, с. 416].

Проект не был реализован. Вместо этого в 1893 г. Медицинский совет разработал постановление, которое разрешило земским аптекам снижать цены на лекарства до 50% от апте-

карской таксы при условии финансирования их деятельности из доходов самих аптек, а не из земских средств [40].

В свою очередь, владельцы частных аптек, ощутив в условиях возникшей ценовой конкуренции угрозу своему благополучию, обращались с жалобами прямо в Правительствующий Сенат. Следует отметить, что при решении подобных вопросов Сенат, принимая во внимание огромное социальное значение деятельности земств в области лекарственного обеспечения населения, старался быть объективным и следовать букве закона. Так, в 1902 г. держатели вольных аптек Рязани подали коллективную жалобу в Сенат на рязанское губернское земское собрание, которое решило отпускать из аптеки при вновь открываемой губернской земской больнице лекарства по рецептам по более низкой цене, исключив из цены стоимость приготовления, печатания и упаковки и т. п. Ходатайство рязанских частных аптекарей Сенат оставил без последствий и разъяснил, что законом не запрещено продавать лекарства ниже цен аптекарской таксы при условии надлежащего их качества [56, с. 917]. Однако циркуляры Министерства, оберегавшие коммерческие интересы частных аптекарей, предписывали широко не информировать публику о снижении цен на медикаменты [56, с. 891].

По официальным данным, средняя стоимость одного рецепта (лекарства) в России в 1904 г. составляла 48 копеек. При этом, согласно подсчетам современных исследователей, 10% беднейшего работающего российского населения в 1901—1904 гг. имели максимальный годовой доход около 78 рублей (или 6—6,5 рубля в месяц) [21], что говорит о невозможности обращения довольно значительной части населения в частные аптеки. Факт постоянной борьбы общественности за муниципализацию аптек, стремление земских и городских самоуправлений организовать предоставление земским и городским налогоплательщикам, и прежде всего малообеспеченному населению, бесплатных или со значительной скидкой лекарств, говорит о том, что проблема ценовой доступности лекарственной помощи в России в начале XX в. стояла очень остро. Однако малое количество муниципальных аптек (4,4%), сопротивление частных аптекарей, а также паллиативный характер правительственных мер не позволяли решить эту проблему в масштабах страны.

5.3. Проблема фальсификации фармацевтических препаратов и государственные мероприятия по борьбе с ней

В конце XIX — начале XX вв. особой остроты достигла проблема фальсификации лекарственных средств. Как было отмечено историком фармации И. И. Левинштейном, во все

времена коренными причинами подделки лекарственных средств являлись «стремление к наживе и сравнительная легкость злоупотреблений (в силу особого характера аптечной продукции), лишь в редких случаях становившихся достоянием гласности» [17, с. 111]. Методы борьбы с этим явлением зависели от уровня развития аптечного дела, масштаба проблемы, форм организации управления медицинским и фармацевтическим делом в стране.

Своеобразный органолептический контроль лекарств — из боязни отравления царя — существовал уже в конце XVI в. при Царской аптеке: боярам доверялось «надкушивать» приготовленные для великого государя лекарства [22]. В конце XVII в. при Аптекарском приказе уже работали так называемые алхимики, уполномоченные исследовать качество препаратов, поставляемых ко двору. При Петре I анализ лекарств был возложен на вновь открытые аптеки, а также на созданную в 1720 г. химическую лабораторию при Берг-Коллегии. С конца XVIII в. контроль над деятельностью аптек на местах и качеством изготавливаемых в них препаратов был возложен на губернские врачебные управы.

С начала XIX в. экспертиза качества закупаемых казной лекарств стала компетенцией Медицинского совета Министерства внутренних дел. Вольные аптеки должны были сами контролировать качество закупаемого лекарственного сырья и препаратов. Контроль качества препаратов, изготавливаемых в вольных аптеках, оставался за врачебными управами, однако производился он эпизодически и малокомпетентными в этом вопросе инспекторами.

Во второй половине XIX в. — на фоне роста количества вольных аптек, господства экстенпорального приготовления препаратов при прежнем уровне государственного контроля — наметилось усиление определенных негативных тенденций: в частности, в погоне за прибылью аптеки все чаще становились местом производства некачественных и фальсифицированных лекарств.

Распространение такого негативного явления не могло остаться незамеченным. Уже в Уложении о наказаниях 1885 г. в статье 892 в числе административных нарушений, караемых денежным штрафом в размере от 25 до 100 рублей, значится такой проступок, как «приготовление лекарств... не по правилам фармацевтики... составление лекарств из веществ не того качества или веса, какие в рецепте предписаны... хотя бы от сего никому не последовало никакого вреда». Однако наказание виновников оставалось чрезвычайно мягким. Статья 899 Уложения гласила: «Если от упущения произойдет смерть, то сверх определенных здесь наказаний (т. е. штрафа) виновные, если они христиане, подвергаются церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства» [56, с. 927].

Такие меры не останавливали фальсификаторов. Более того, с развитием химии способы подделки лекарств заметно усовершенствовались. Если первоначально все сводилось к простому уменьшению содержания дорогостоящего ингредиента и добавлению или полной его замене дешевой примесью, то со временем наметился «научный» подход к фальсификации лекарств: например, использовались синтетические аналоги терпенов и алкоголей, являющихся главными носителями ароматического запаха. Они служили суррогатами для подделки эфирных масел, использовавшихся в производстве лекарств. В конце XIX в. в связи с тем, что аптеки все измельченные и порошкованные вещества (субстанции) стали приобретать в готовом виде у оптовых российских и зарубежных поставщиков, появилось новое направление фальсификации — подделка измельченных растительных порошков.

На рубеже XIX—XX вв. фальсификация лекарственных средств приобрела существенно новые черты. С развитием крупных производств некоторых медикаментов и галеновых лабораторий началась подделка заводских лекарственных форм. Но самый мощный толчок развитию фальсификации дало появление на лекарственном рынке импортных патентованных средств [4]. Лекарство, имевшее запатентованное название, могло стоить в несколько раз дороже, чем идентичный по составу, но непатентованный препарат. Это становилось мощным соблазном для «предприимчивых» дельцов, как зарубежных, так и российских, которые ухитрялись подделывать внешнюю упаковку, состав оригинальных лекарств. Фальсификаты поставлялись в аптеки, а затем реализовывались вместе с партией оригинальных лекарств и по той же цене.

Следует подчеркнуть, что фальсификация не только причиняла экономический ущерб производителю и покупателю, она несла угрозу здоровью. В фармацевтической периодике, например, ряд статей был посвящен массовым отравлениям метиловым спиртом, на котором (вместо более дорогого этилового), как оказалось, готовили лекарственные препараты.

В связи с растущими масштабами проблемы и появлением новых ее черт в 1899 г. Медицинским советом издаются «Правила для разрешения пропуска заграничных готовых лекарств», где была описана процедура лекарственного контроля, через которую проходили препараты до выпуска их в продажу. Образец препарата должен был быть представлен в трех экземплярах (для Медицинского совета, Департамента таможенных сборов, столичного врачебного правления) и иметь сопровождающую документацию [56, с. 950]. Все сведения (качественный и количественный состав, способ приготовления, употребления и дозировка) о каждом вновь разрешаемом к обращению препарате (как зарубежном, так и отечествен-

ном) должны были публиковаться в специальных изданиях: в «Правительственном вестнике», «Вестнике финансов» и «Вестнике общественной гигиены, судебной и практической медицины». Разрешенные и запрещенные к ввозу препараты вносились в соответствующие ежегодно пересматриваемые Медицинским советом списки, которые подавались в Департамент таможенных сборов. На основании отрицательных заключений Медицинского совета Медицинский департамент (с 1904 г.— Управление главного врачебного инспектора) издавал соответствующие циркуляры, рассылаемые во все местные врачебные правления. Анализ ввозимых лекарств порой выявлял фальсификаты даже с не предусмотренными рецептурой токсичными (мышьяк, стрихнин и др.) примесями [56, с. 956—957].

Однако фальсификат поступал не только извне. В начале XX в. приобрела промышленный размах противозаконная деятельность и отечественных «умельцев». Так, например, в 1904 г. эксперты Медицинского совета проф. Н. П. Ивановский и д-р Д. Д. Крылов с помощью химического и спектрального анализа установили, что из 18 образцов самой популярной минеральной воды Нарзан лишь два являлись подлинной минеральной водой, а 16 — грубой подделкой. Кроме того, в трех из семи поступивших на экспертизу образцов препаратов была выявлена подмена предусмотренных рецептурой ингредиентов [26, с. 46—47].

В 1908 г. судебным следствием в городах Одессе и Вильне были установлены факты подделки аптекарских товаров известных отечественных и зарубежных («Фарбверке», «Гофман ля Рош», «Шеринг», «Мерк» и др.) фирм. «Все эти препараты выделялись из обыкновенной смолы, мела, извести, различных красок и проч. ...эти поддельные медикаменты по внешнему виду нельзя было отличить от настоящих, настолько ловко они были упакованы» [19].

Инициаторами этого грандиозного предприятия оказались домовладельцы Симон и Исаак Хайты, сумевшие привлечь к делу лиц с высшим фармацевтическим образованием. Размах этого преступного промысла был настолько велик, что фабрики и склады его располагались в целом ряде российских городов, а рынок сбыта фальсификатов охватил практически всю территорию империи — от Европейской России до Сибири. Подобные предприятия, но более мелкого масштаба, обнаруживались в Москве, Полтаве, Моршанске и др. Благоприятные условия для сбыта такой продукции формировали многочисленные аптекарские магазины, торговавшие практически бесконтрольно готовыми лекарственными средствами.

В связи с усугублением ситуации к анализу лекарств в начале XX в. стали активно подключаться аналитические лаборатории городских самоуправлений. Работа эта была вполне

результативной. Так, например, из 12 образцов, доставленных в 1903 г. для экспертизы на Московскую городскую санитарную станцию, пять не соответствовали требованиям Фармакопеи и не были допущены к продаже [27].

Таким образом, в начале XX в. система контроля, призванная препятствовать поступлению фальсификата на аптечные прилавки, включала как высшие государственные органы — Медицинский совет и Управление главного врачебного инспектора, так и местные инстанции в лице губернских врачебных правлений, а также лаборатории общественных самоуправлений и сами аптеки; кроме того, эта система использовала возможности правительственных печатных изданий.

Однако очевидно, что эффективность этого контроля была все-таки недостаточной. При общем количестве вольных аптек в России в 1910 г., равном 4536, штат местных контролирующих инстанций был невелик: согласно Уставу врачебному 1905 г., на каждое губернское врачебное правление полагалось по одному фармацевту, а в уездах вообще не предусматривалось такой штатной единицы. Это не позволяло проверять подопечные аптеки так часто, как того требовала ситуация. Кроме того, современниками отмечались недостаточная компетентность проверяющих, формальный характер производимых ревизий, которые сводились к бюрократической процедуре с наложением в итоге незначительного денежного штрафа. Что касалось городских лабораторий, то анализ фармацевтических средств был далеко не единственной их обязанностью, да и сами лаборатории были немногочисленны. Накануне Первой мировой войны они имелись в 53 городах России, но в подавляющем большинстве годами бездействовали в связи с отсутствием специально подготовленных лаборантов, необходимого оборудования [8, с. 457]. Аптеки же, также уполномоченные проводить анализ закупаемых лекарств, сами часто не были заинтересованы в его объективности: реализация фальсификата нередко была взаимовыгодным предприятием. Не случайно в 1910 г. Медицинским советом была образована комиссия для обсуждения вопроса об ответственности владельцев аптекарских магазинов и управляющих аптек за продажу поддельных препаратов.

Основными недостатками организации высшего контроля были его крайний бюрократизм, устаревшее законодательство, в котором отсутствовало четкое определение лекарственного фальсификата, а мягкость предусмотренных наказаний не останавливала злоумышленников и ставила в более тяжелые условия других производителей в связи с недобросовестной конкуренцией. Существенным препятствием для обеспечения эффективного контроля было отсутствие собственных лабораторий не только у врачебных правлений, но и у Медицинского совета, эксперты которого пользовались услугами различ-

ных учреждений, что затягивало сроки экспертизы. И это при том, что в начале XX в. дела о выдаче разрешений на ввоз иностранных и приготовление отечественных лекарственных средств составляли самую значительную часть от общей массы дел Медицинского совета — 37% [34]. О недостаточной эффективности системы контроля свидетельствует и тот факт, что инициаторами расследований, приводивших к громким судебным делам, чаще всего являлись не государственные чиновники, а сами пострадавшие от фальсификации производители (или их представители в России), которые обращались напрямую в полицию. Например, дело о подпольном бизнесе братьев Хайтов было раскрыто благодаря бдительности представителей зарубежных фирм, «которыми было замечено, что в аптекарских магазинах столицы продаются ловко подделанные медикаменты их доверителей. Не разглашая дела, они заявили о мошенничестве в полицию», что и положило начало расследованию [19].

Важно отметить, что Циркуляр Управления главного врачебного инспектора, явившийся реакцией на это громкое дело, был издан только 13 февраля 1909 г., в то время как раскрытие преступления состоялось еще в сентябре 1908 г. Нерасторопность чиновников и бюрократизм вынуждали добросовестных производителей лекарств принимать меры к поддержанию своей репутации самостоятельно. Так, фирма «Фарбверке» спустя два месяца после выхода Цирюляра сама обратилась в Министерство внутренних дел с предложением выслать коллекцию образцов своих препаратов «для ознакомления с ними российских аптекарей и покупателей». Предложение «Фарбверке» было принято, с тем чтобы образцы служили эталоном для проверки качества всех поступающих под этой торговой маркой лекарственных препаратов [56, с. 959—960].

Инициаторами разоблачений фальсификаторов нередко являлись конкуренты, а порой и сами сотрудники аптек, имевшие личные мотивы досадить своему хозяину. Вот типичный пример: в 1911 г. в Петербурге аптекарский помощник Ширенгер, явившись в столичное врачебное управление, обвинил своего хозяина, магистра фармации Вакса, в приготовлении препаратов на древесном спирте. Прибывшие в аптеку чиновники установили правильность заявления Ширенгера [1].

Ситуация с распространением фальсификата делала более бдительными законопослушных владельцев аптек: намереваясь совершить закупку, но желая обезопасить свой бизнес, они начинают сами заказывать анализ образцов препаратов в хорошо оборудованных лабораториях. Эта мера давала положительный результат: «многие коммивояжеры, показав образец и узнав, что торговая сделка будет совершена лишь после анализа, чуть ли не силой вырывали этот образец, негодую на

подобную оскорбительную для них подозрительность» и исчезали навсегда [4, с. 54].

Представители фармацевтического сообщества считали, что «действующее... законодательство и существующие формы контроля... далеко отстали от требований жизни и прогресса технических приемов фальсификации...» [53].

Этот вопрос дискутировался в профессиональной печати, на проходившем в 1910 г. XI Пироговском съезде. Решение проблемы фальсификации виделось, прежде всего, в развитии собственной фармацевтической промышленности и в предпочтительном открытии аптек не частными лицами, а общественными самоуправлениями — городами и земствами, что исключало личную заинтересованность в получении незаконной прибыли.

Государственные структуры видели решение проблемы борьбы с фальсификацией, прежде всего, в усилении центрального контроля. Эти идеи получили законодательное оформление в проекте нового Фармацевтического устава, рассмотренного Комиссией Г. Е. Рейна. Процедура контроля была подробнейшим образом расписана в документе. К рассмотрению Медицинским советом, согласно проекту, принимались лишь те ходатайства фирм-производителей, которые имели акт соответствующего химического, физиологического, бактериологического и микроскопического анализа, произведенного лишь в компетентной, с точки зрения Медицинского совета, лаборатории (перечень их прилагался). Все прошения, документы, акты анализа должны были быть официально засвидетельствованы правительственной властью того государства, где они выданы. На упаковке каждого разрешенного к обращению в империи препарата, как импортного, так и отечественного, должны быть обозначены время и место его производства, точный качественный и количественный состав. Запрещались ввоз и реализация препаратов в иной лекарственной форме, дозировке или упаковке, чем те, в которых они были разрешены изначально. На врачебные правления возлагалась обязанность ведения кондуитных списков фармацевтов. Кроме того, в Уложении о наказаниях в разделе «О нарушении Уставов Врачебного и Фармацевтического» ужесточаются карательные меры, а также намечается попытка определиться с понятием фальсификата: «Виновный в продаже хотя и врачебных средств, но с заведомо ложным утверждением относительно состава или дозировки или действия, подвергается наказанию: денежному взысканию от 300 до 1000 руб. или аресту не свыше 3 месяцев» [54].

Однако, как уже было сказано ранее, все проектируемые меры не получили законодательного утверждения и воплощения в жизнь в связи с начавшейся Первой мировой войной и последовавшими внутривнутриполитическими событиями. При

этом, как отмечали современники, «если... до войны заметить можно было, так сказать, опытную, даже вдумчивую работу специалиста, то теперь фальсификация стала делом полнейших профанов» и приобрела самые примитивные и опасные формы [4, с. 55].

5.4. Проблема недобросовестной фармацевтической рекламы и ее регламентирование в конце XIX — начале XX вв.

С проблемой фальсификации и шарлатанства была тесно связана проблема недобросовестной рекламы, актуальная для рубежа XIX—XX вв. Следует отметить, что отношение к рекламе со стороны медицинского сообщества России и представителей государственных структур никогда не было благодушным. Со времени появления в России традиции печатать так называемые «публичные объявления» — а это практически середина XIX в. — государством принимались меры по обеспечению контроля над их изданием.

Обязанность «цензуры публичных объявлений» была обозначена еще в Положении о Медицинском совете от 1836 г. [37]. Об этом было сказано вскользь, задача эта никак не конкретизировалась. Однако со временем она становится все более существенной. Количество поступающих в Медицинский совет дел по вопросам рекламы во второй половине XIX в. неизменно возрастало. Так, например, в 1881 г. они составили уже седьмую часть от общего количества дел, рассмотренных Медицинским советом,— 89 из 658 [6, с. 5].

Однако проблема состояла в том, что немало объявлений сомнительного содержания публиковалось в обход цензуры в провинциальных или непрофильных изданиях, размещалось просто на заборах и афишных тумбах. Недобросовестная реклама все чаще вызывала негодование со стороны представителей медико-фармацевтического сообщества. Например, газета «Врач» в 1882 г. опубликовала целую серию заметок на эту тему; в частности, она возмущенно писала о том, что «какой-то шарлатан, именующий себя Курхнером из Берлина, печатает в газетах („Новое время“) рекламы, что изобретен антиэпилептисин, который совершенно излечивает падучую и всякую другую болезнь нервов. Простаков, которые ему поверят, он приглашает выслать за лекарство вперед по 10 рублей. И за такие-то объявления газеты спокойно взимают деньги! Что за беда, что они становятся косвенными участниками постыдной эксплуатации несчастных больных — очень уж выгодно!» [57].

О том, что правительственные органы были также озабочены этой проблемой, свидетельствует постановление Медицинского совета от 7 декабря 1882 г., принятое в отношении дея-

тельности доктора медицины Дитмана, лечившего больных дифтерией широко разрекламированным им методом — цианистой ртутью, что повлекло многочисленные смертельные исходы. В постановлении Медицинского совета в связи с этим особо подчеркивался вред рекламы, которая «может ввести в заблуждение публику», и указывалось на необходимость усиления контроля по этой части. На шесть поступивших в том же году в совет прошений различных лиц о праве печатать брошюры с рекламой врачебных средств не последовало ни одного разрешения. Медицинский совет выражал принципиальное мнение о необходимости «усугубить строгости цензуры в отношении подобных изданий, выхваляющих разные не заслуживающие внимания средства» [9].

В связи с появлением в печати сообщений о продаже за границей патентов на недозволенные к привозу в Россию лекарственные средства директором Медицинского департамента и председателем Медицинского совета был издан циркуляр «О недопущении помещать какие-либо рекламные объявления в газетах о средствах, не бывших в рассмотрении Медицинского совета и не разрешенных к привозу из-за границы, равно всяких восхвалений (рекламы) способов лечения» [44].

В начале XX в. цензура «публичных медицинских объявлений», в соответствии со ст. 23 Устава врачебного 1905 г., была возложена на губернские врачебные правления. К принятию такого решения побудило существенно возросшее количество периодических медицинских, фармацевтических и прочих изданий, где размещалась реклама. Однако Медицинский совет продолжал координировать этот процесс. Выражалось это, прежде всего, в экспертизе лекарственных средств и в разоблачении шарлатанов от медицины и фармации. Например, в 1909 г. Медицинским советом посредством запроса, направленного к Генеральному консулу в Лондоне, был разоблачен некто Эдвард Ман, именовавший себя профессором Кит-Гарвеем и выдававший себя в России в рекламных объявлениях за специалиста по лечению глухоты. Аналогичная судьба постигла так называемого доктора Райса, тоже англичанина, предлагавшего приобретать у него путем высылки бандажи и жидкость «Лимфол» для лечения грижи [56, с. 347—348].

Результаты расследования Медицинского совета в отношении подобных рекламодателей печатались на страницах «Правительственного вестника», «Вестника общественной гигиены и судебной и практической медицины» и сопровождались запретом на публикацию соответствующей рекламы во всех периодических изданиях.

Губернские врачебные правления, в свою очередь, с трудом справлялись с обязанностью контроля рекламы. Об этом свидетельствуют изданные с интервалом в один год (в 1906 и 1907 гг.) циркуляры Министерства внутренних дел, которые

уведомляли Управление по делам печати, что во многих периодических изданиях появляются «объявления характера беззастенчивых реклам о продаже лекарств, о способах их употребления и о врачевании болезней, без разрешения на то подлежащей медицинской власти». В связи с этим в Управление по делам печати были направлены письма с требованием дать дополнительные распоряжения губернаторам, «чтобы все объявления медицинского содержания отправляли перед их опубликованием на рассмотрение и утверждение местного губернского врачебного управления» [56, с. 345—346].

Однако ситуация в этой сфере усугублялась не только игнорированием рекламодателями закона, но и отсутствием единых критериев оценки объявлений, которыми могли бы руководствоваться губернские врачебные правления. Для координирования данной ситуации в 1908 г. Управление главного врачебного инспектора совместно с Медицинским советом разработали «Правила о цензуре объявлений и реклам местными врачебными управлениями» [56, с. 346—347]. В правилах было дано определение медицинской рекламы. К ней причислялись объявления о продаже 1) лечебных средств, лечебных приборов с изложением способов их употребления и действия; 2) гигиенических, косметических и т. п. средств; 3) объявления об отправлении какой бы то ни было отрасли медицинской практики ее представителями: врачами, зубными врачами, дантистами, фельдшерами и повивальными бабками, а также практики массажистов, оспопрививателей и пр.; 4) объявления об услугах фармацевтов, а равно лиц и фирм, занимающихся изготовлением или продажей аптекарских товаров; 5) и, наконец, объявления о курортах, лечебных и столовых водах.

Правила не предусматривали ограничений в отношении формы рекламных изданий, это могли быть листовки, плакаты, брошюры, объявления в газетах и журналах, прејскуранты — все они одинаково подлежали рассмотрению и одобрению губернским врачебным правлением. Однако ограничения налагались на содержательную часть рекламы. Так, под абсолютным запретом были объявления «о средствах, приборах и способах предотвращения зачатия, прекращения беременности и влияющих на половые отправления». Было установлено, что «объявления, по содержанию своему не отвечающие действительности и могущие лживостию и неосновательными восхвалениями вовлекать потребителей рекламируемых средств в заблуждение, не допускаются вовсе». Не допускалась реклама средств, заявленных как косметические, но в наименовании которых присутствовало название болезней, например «Экзематин», «Ревматизин» и т. п. Было оговорено, что в объявлениях о медицинских услугах лиц, имеющих законное право на медицинскую практику и другие занятия

(фельдшерская и повивальная практика, массаж, врачебная гимнастика и т. д.), «не должно быть помещаемо восхвалений в какой бы то ни было форме». Эти Правила оставались основным регламентирующим печатную рекламу документом. Даже в годы Первой мировой войны этому вопросу уделялось внимание. В ходе работы комиссии Г. Е. Рейна при подготовке новой редакции Устава здравоохранения в 1916 г. правомочность этих Правил была еще раз подтверждена.

5.5. Проблема зависимости фармацевтического рынка страны от импорта лекарственных средств

Значимой проблемой лекарственного обеспечения, вышедшей на первый план в годы Первой мировой войны, являлась зависимость российского фармацевтического рынка от поставок лекарственных средств из-за рубежа.

Зависимость от импорта медикаментов формировалась постепенно, устойчивой тенденцией этот процесс стал во второй половине XIX в. Данные о деятельности Медицинского совета, занимавшегося вопросами допуска лекарственных препаратов в оборот, свидетельствуют, что в период с 1812 по 1822 г. совет рассмотрел всего 26 дел о ввозе иностранных лекарственных средств и 19 дел о приготовлении отечественных. В следующее десятилетие было рассмотрено соответственно уже 198 и 236 дел, далее это соотношение практически уравновесилось, но начиная с 50—60-х годов XIX в. ввоз продукции из-за рубежа стал стремительно возрастать: в 1873—1882 гг. советом было рассмотрено 814 дел о ввозе импортных лекарств и лишь 330 дел о приготовлении отечественных, а за десятилетие 1903—1912 гг. этот разрыв стал очень существенным — 2704 против 1793 дел соответственно [23, с. 37]. По данным современных исследователей, в начале XX в. общая доля импорта на фармацевтическом рынке России составляла порядка 64—70% [14, с. 212; 42, с. 232]. Основной причиной этого являлось запоздалое и недостаточное развитие отечественной фармацевтической промышленности, что было обусловлено рядом обстоятельств, и прежде всего — длительным (законодательно закреплённым) запретом на внеаптечное производство сложных лекарственных препаратов.

Однако были и другие факторы формирования зависимости от импорта лекарств, среди которых следует назвать нерациональное отношение к собственным природным лекарственным ресурсам, в результате чего на протяжении XIX в. уничтожались сырьевые базы, не использовались имеющиеся природные богатства. Таких фактов в истории было немало. Так, в 1821 г. специальным указом был закрыт московский аптечный сад. Мотивировалось это тем, что «надобности в

нем не имеется потому, что необходимо нужные Московской запасной аптеке растения всегда можно покупать, а заготовленные их в саду может стоить дороже... Место, аптечным садом в Москве называемое, с строением, какое окажется нужным, можно будет употребить с выгодою для казны» [35]. В 1836 г. был упразднен ряд важных медико-фармацевтических объектов, в том числе Тобольский ботанический сад, Московский завод хирургических инструментов и др. [36]. В январе 1852 г. было упразднено заведение для сбора лекарственных растений в Воронеже. Объяснялось это «сокращением расходов государственного казначейства по ведомству Министерства внутренних дел» [38]. Таким образом, стратегически важные базы лекарственного сырья приносились в жертву временной экономической выгоде.

Но даже собираемое в России лекарственное сырье преимущественно экспортировалось, а не перерабатывалось на фармацевтических предприятиях внутри страны. По данным на 1913 г., сбор дикорастущих технических и лекарственных растений в России составлял 30 932 тонн, из них было экспортировано 29 097 тонн. Затем в переработанном виде эта лекарственная продукция вновь поставлялась в Россию [18].

Немаловажным фактором, определившим слабость российского фармпроизводства, скудость ассортимента и, как следствие, зависимость от поставок из-за рубежа, являлась характерная для России разобщенность между промышленниками и представителями российской науки. Академик Н. С. Курнаков подчеркивал, что не раз важное открытие, в основе своей сделанное в России, не получало здесь надлежащего применения, а затем преподносилось нам снабженным соответствующим иностранным клеймом [14, с. 213—214].

Кроме того, существовавшая система подготовки фармацевтов, включавшая аптечное ученичество и провизорские курсы при медицинских факультетах университетов, давала прикладные знания, готовила гезелей и провизоров для аптек, но не инженеров и технологов для химико-фармацевтического производства, не стимулировала научного поиска. «Мы не можем утверждать, что в России нет отдельных знающих фармацевтов,— писали известные фармацевты А. Н. Поповский и К. И. Креслинг в 1917 г.,— но нет той массы, той армии образованных специалистов, при которых в каждое данное время могли создаться кадры, обслуживающие фармако-химическую промышленность, ибо как раз этой специальности посвящали себя весьма немногие, так как в силу сложившихся торговых и таможенных конъюнктур у нас в России не представляло никакого интереса заниматься этою основною отраслью, одной из существеннейших, из которых слагается народная мощь и богатство» [32].

Действительно, торговая и таможенная политика России

традиционно предоставляла иностранным поставщикам большие преференции. Так, еще в начале XIX в., после победы над Наполеоном, многие введенные ранее таможенные ограничения были сняты, император Александр I стремился к оживлению внешней торговли и пытался сделать рынок России привлекательным для зарубежных поставщиков. Манифестом Александра I от 1816 г. «О разрешении привоза разных иностранных товаров» было установлено, что привозимые из-за границы «аптекарские материалы» (в том числе лекарственное сырье: камфора, белая корица, корка грецкого ореха, корка гранатная, кора хинная и многое другое), используемые исключительно в медицинской практике, не облагались пошлиной вообще. Беспшлинно ввозились также минеральные и прочие «целительные» воды, аптечная посуда и инструменты, механические устройства для производства различных лекарственных форм (пластырей, пилюль), разновесы, а также «листовое золото и серебро чистое, в книжках привозимые» (которые использовались для покрытия пилюль) [20, с. 50—67]. Пошлины на ввозимые из-за границы «составные лекарства», используемые как в медико-фармацевтической, так и в иной практике (например, в пищевом производстве и т. п.), были невысоки.

В течение XIX столетия таможенная политика России менялась: для повышения доходов казны и упорядочения статистики импорта вводились даже символические пошлины (1 копейка с пуда), а с целью стимулирования отечественного производителя поднимались пошлины на товары, идентичные производимым в России [41, 47]. Однако в вопросах импорта лекарственных средств правительство всегда демонстрировало большую заинтересованность, предоставляя зарубежным поставщикам большие льготы.

В начале XX в. проникновение иностранных фирм на российский рынок еще более усилилось. Особенно большие преимущества получила Германия. После поражения в русско-японской войне 1905 г., стремясь к более тесному сотрудничеству со своим западным соседом, Россия ввела для нее льготную тарифную систему, поощрявшую ввоз готовых лекарственных средств (что было выгодно для успешно развивавшейся германской фармацевтической индустрии), и создававшую трудности для ввоза лекарственного сырья, что (на фоне дефицита собственного растительного и химического сырья) препятствовало развитию отечественной фармацевтической промышленности [42, с. 231]. Например, чтобы ввезти в страну 100 пудов хинной корки, необходимой для получения 3 пудов хинина, нужно было заплатить 85 рублей пошлины, в то время как за ввоз 3 пудов чистого хинина уплачивалось лишь 7 рублей 75 копеек. Ввоз 10 пудов опия (10% морфина) облагался пошлиной в 225 рублей, а 1 пуд чистого морфина —

80 рублей и т. д. [17, с. 193]. В результате производство многих лекарственных препаратов становилось невыгодным для российских производителей, что и сказывалось на ассортименте отечественных фармпредприятий.

Необходимо напомнить и о том, что немецкие производители, в отличие от российских, вели дальновидную торговую политику, соглашаясь на предоставление кредитов и отсрочку платежей таким значимым оптовым закупщикам их продукции, как земства и города, что делало для последних заключение прямых контрактов с немецкими фирмами более выгодным, чем приобретение лекарственных средств у отечественных производителей (о чем уже говорилось ранее).

Все эти обстоятельства привели к тому, что накануне Первой мировой войны доля Германии, основного военного противника России, в структуре импорта лекарственных средств и сырья составляла до 85% [15, с. 216]. С началом войны импорт из Германии прекратился. На фоне резко возросшей потребности в медикаментах разразился кризис в снабжении армии и населения фармацевтическими товарами, и в первую очередь — лекарственными средствами, получивший название «лекарственного голода».

5.6. Лекарственный кризис в годы Первой мировой войны и меры по его преодолению

С началом Первой мировой войны Россия оказалась практически в полной лекарственной изоляции. Переориентация импорта на закупку лекарств в странах-союзниках — Англии и Франции — не позволяла справиться с возникшим лекарственным кризисом вследствие малого объема фармацевтического производства этих стран, недостаточного для удовлетворения возросшей потребности России, а также резкого увеличения цен на импортные лекарства.

В первые же дни войны, когда быстро разошлись запасы лекарств и перевязочных материалов, цены на них у коммерсантов стали неудержимо подниматься на фоне спроса, растущего в связи с открытием новых госпиталей, формированием новых отрядов, поездов. Цена хинина, который до войны стоил 8—10 рублей за килограмм, с началом войны поднялась до 120—140 рублей, на кофеин — с 5—6 до 70—80 рублей, аспирин — с 1 рубля 50 копеек до 100—200 рублей за килограмм. Лигнин, служивший перевязочным средством, подорожал с 6 до 28 рублей за пуд. По признанию деятелей созданного в 1914 г. Всероссийского союза городов, «ни одна область русской промышленности не была так захвачена врасплох войной и не потерпела такого расстройтва, как фармацевтическая промышленность» [30, с. 69—70].

Решить проблему лекарственного обеспечения за счет активизации работы аптечной сети не представлялось возможным. Этому мешала не только массовая мобилизация аптечного персонала (так как это были преимущественно мужчины) в армию. Налаживанию как аптечного, так и промышленного производства медикаментов препятствовало прекращение импорта лекарственного сырья, недостаток отечественного сырья и перебои с его поставкой из-за транспортных проблем, обусловленных войной.

Стала очевидной необходимость создания отечественных производств, основанных на поиске новых источников лекарственного сырья, способов извлечения активных веществ, а также в государственном регулировании посредством определения перечня наиболее важных медикаментов и распределения государственных заказов.

Налаживание отечественного фармацевтического производства требовало мобилизации всех мощностей — государственных, частных, общественных, напряженной работы ученых. Созданный при правительстве отдел по развитию химико-фармацевтической промышленности, в задачи которого входила «организация фармацевтических заводов и разработка новых рецептов» [49], привлек к сотрудничеству выдающихся ученых: академика Н. С. Курнакова, профессоров С. Н. Реформатского, Н. Д. Зелинского, В. Е. Тищенко и др. С целью стимулирования производства фармацевтических препаратов промышленным предприятиям и лабораториям было предоставлено право неограниченного выпуска товаров. Бактериологические институты увеличили производство вакцин. Были конфискованы запасы медикаментов германских и австрийских фирм, находившихся в России. Однако удовлетворить спрос на медикаменты в условиях войны и широкого распространения эпидемий все же не удавалось [5].

В августе 1914 г. Русское физико-химическое общество обсудило вопрос обеспечения лечебных учреждений Петрограда лекарственными средствами. При активном участии этой организации был создан отдел «По улучшению Российской химико-фармацевтической промышленности» при Управлении верховного начальника санитарной и эвакуационной части Петрограда. Был привлечен ряд химиков, которые приступили к разработке новых методов получения фармакологически активных веществ и изготовления лекарств, в лабораториях высших учебных заведений и в специальных мастерских был налажен выпуск небольшими партиями остродефицитных лекарственных средств.

В 1915 г. в Петрограде была создана комиссия для разработки проекта организации фармацевтического завода, в которую вошли ученые, представители Российского общества Красного Креста, военно-медицинских организаций, химиче-

ских и торговых предприятий, думы. В их числе были академик Н. С. Курнаков (председатель), профессора Л. А. Чугаев, А. Г. Фаворский, Н. Д. Зелинский, А. Е. Порай-Кошиц, Л. Ф. Ильина, В. Е. Тищенко, С. А. Пржибытек, гласный Петроградской городской думы Г. П. Сазонов и др. [52]. Однако осуществить намерения этой комиссии из-за недостатка средств не удалось.

В Москве при Московском высшем техническом училище был учрежден Московский комитет по организации производства лекарственных средств. Его председателем был избран крупный российский химик-органик Е. А. Чичибабин. Комитет предпринял сбор пожертвований для организации производства, и с 1915 г. на базе МВТУ А. В. Чичибабин, В. М. Родионов и Н. Г. Пацуков организовали выпуск остродефицитных препаратов: морфина, кодеина, атропина, папаверина, дионина и др. На базе Московского промышленного училища В. П. Пантелеевым совместно с В. И. Брашниным было организовано производство салициловой кислоты и ее производных, здесь же наладили получение из технической карболовой кислоты лизола, остро необходимого в связи с большой распространенностью инфекций.

Казанский профессор А. Е. Арбузов сумел организовать в 1915 г. в Казани на базе действовавшего «Завода братьев Крестовниковых» опытный феноло-салициловый завод для производства медикаментов, ранее импортировавшихся из Германии (аспирин, салициловая кислота и салол). При этом в основу производства был заложен новый способ получения лекарств, вырабатывавшихся не из каменноугольного, а из нефтяного бензола — побочного продукта Казанского газового завода, работавшего на нефти. Завод регулярно производил аспирин (не уступавший по качеству оригинальному патентованному аспирину «Baeyer»), фенол, салициловую кислоту, салициловокислый натр и салол [13].

В 1916—1917 гг. при участии и под руководством профессора В. Е. Тищенко был пущен йодный завод в Архангельске, использовавший в качестве сырья морские водоросли. Такое же производство было налажено в лаборатории Екатеринославского горного института. В лаборатории физико-химического общества при университете Св. Владимира в Киеве началось производство хлороформа.

Одной из задач было срочное изучение отечественной флоры и создание питомников лекарственных растений, необходимых для промышленного производства дубильных экстрактов и алкалоидов. Этим занялись сотрудники Тифлисского, Сухумского, Петербургского, Никитского ботанических садов. Однако исследования дикорастущей лекарственной флоры по выявлению заменителей импортного лекарственного растительного сырья, фитохимические исследования были начаты

только в 1916 г. Определенную инициативу по привлечению лекарственных растительных ресурсов проявил Департамент земледелия. В марте 1915 г. он организовал совещание, на котором были рассмотрены пути удовлетворения потребностей страны в лекарственном растительном сырье. В эти годы активизировались закупки лекарственного растительного сырья от отдельных сборщиков и поставщиков. Заготавливалось около 200 наименований лекарственных растений. В медицинской практике в эти годы особенно широко применялись растения, обладающие кровоостанавливающими свойствами (крапива, водяной перец, кровохлебка, пастушья сумка, зверобой, таволга, тысячелистник и др.), эфирные масла, обладающие ранозаживляющим действием (масло лаванды, эвкалипта, сосны, пихты, розмарина, шалфея, кориандра, чабреца), дезинфицирующим эффектом (чесночный раствор и др.) [15]. Однако собственное масштабное производство фитопрепаратов в стране в годы войны налажено не было.

Частные предприниматели также вносили вклад в преодоление «лекарственного голода». Так, заводы В. К. Феррейна наладили выпуск хлороформа, уротропина, эфира, а также салициловой кислоты и других лекарственных средств. На соляных коях в Крыму было открыто частное предприятие И. П. Балашова по выпуску препаратов брома из отходов (рапы) при добыче поваренной соли. В 1916 г. здесь был начат выпуск натрия бромида до 18 тонн в год и брома до 40 тонн в год. Акционерным обществом «АРС» было налажено производство салициловой кислоты. В 1915—1917 гг. в Средней Азии было организовано производство морфина и кодеина из опийного мака. В 1917 г. были созданы акционерные общества «Химикон» и «Блюменталь» — «для производства химических, химико-фармацевтических, галеновых, перевязочных, парфюмерных, микробиологических, органно-терапевтических, диетических и др. препаратов» [50].

Весомый вклад в решение проблемы лекарственного обеспечения армии и гражданского населения в экстремальных условиях войны внесли земские и городские общественные самоуправления.

Начавшаяся Первая мировая война поставила земскую медицину в затруднительное положение: было мобилизовано 35,1% земских врачей, большое число врачей ушло работать в лечебные учреждения Красного Креста, а также Всероссийского земского союза и Союза городов, созданных для организации помощи раненым. Лишившись более половины врачебного состава, огромное количество земских участков с имевшимися при них аптеками закрылись или функционировали под началом фельдшеров [46]. Основным поставщиком лекарств для земств являлись германские производители, закупки крупных партий медикаментов у которых обычно про-

изводились в летние месяцы, и потому именно к началу войны запасы медикаментов на земских складах истощились.

Созданный 30 июля 1914 г. Всероссийский Земский союз помощи раненым и больным воинам первоначально черпал медикаменты из запасов центральной аптеки Московского губернского земства для создаваемых им госпиталей. 16 августа 1914 г. Земским союзом был создан собственный центральный аптекарский склад в Москве. При нем имелась хорошо оборудованная лаборатория для изготовления галеновых и иных препаратов, ампульный, таблеточный отделы и аналитический кабинет. Самостоятельный выпуск продукции давал существенную экономию средств. Часть медикаментов закупалась в Англии, Франции, Америке, Японии. Разрыв между закупочной ценой Земского союза и российскими рыночными ценами на препараты варьировал в пределах от 28% (тимол) до 841% (метилсалицил). Показательно, что если в конце 1914 г. на складе работало 78 человек, то к концу 1915 г. Центральный склад Земского союза имел 219 служащих, из которых 30 были фармацевтами [28].

В связи со сложностью обслуживания фронтовых лечебных учреждений были созданы пять отделений Центрального склада, которые меняли свою дислокацию в соответствии с движением войск. Комплекты медикаментов заранее упаковывались на Центральном складе и рассылались по требованиям отделений и госпиталей.

Однако Земский союз занимался вопросами лекарственного обеспечения не только армии, но и гражданского населения. Растущий лекарственный голод и вздорожание медикаментов повлекли за собой многочисленные ходатайства земских организаций в адрес Союза с просьбами о помощи в лекарственном обеспечении лечебных учреждений и о его посредничестве между заграничными фармацевтическими фирмами и уездными земствами. Начиная с 1915 г. Земский союз организовывал снабжение земских лечебных учреждений медикаментами, инструментами и перевязочными материалами. Только за 1915 г. Земским союзом было в общей сложности приобретено медикаментов на 5 млн рублей, перевязочных материалов — на сумму свыше 1 млн рублей, хирургических инструментов — на 300 тысяч рублей. С начала войны до 1 января 1916 г. Земским союзом было поставлено в лечебные учреждения 31 308 пудов ваты, 45 712 624 аршинов марли. Кроме того, Земский союз взял на себя организацию земского товарищества по закупке и продаже лечебных материалов, объединившего более 200 губернских и уездных земств [48].

Широкую деятельность развернул и Всероссийский союз городов. В сентябре 1914 г. состоялся съезд Союза городов, который определил задачи созданного при Главном комитете Отдела по заготовке медикаментов и перевязочных средств.

Приобретение перевязочных средств представляло большую трудность. Гигроскопическая вата до войны поступала только из Германии. Производством перевязочных материалов в России занимались лишь одна фабрика в Риге и несколько польских фабрик, разрушенных войной. В этой ситуации Союзом городов в Москве была открыта и оборудована собственная фабрика для производства гигроскопической ваты, а производство лигнина было организовано на финляндских писчебумажных предприятиях. Только за 1 год войны отделом по заготовке медикаментов было отпущено 5240 пудов гигроскопической ваты (139 тыс. рублей), 4 930 000 аршин марли (337 тыс. рублей), 1 498 000 бинтов (148 600 рублей). Часть перевязочного материала подвергалась обеззараживаю в московской городской дезинфекционной камере. Одновременно шла заготовка и отправка на фронт ампул с болеутоляющими и возбуждающими средствами (132 тыс. ампул). Вакцин и сывороток для прививок было отпущено на сумму 40 610 рублей.

Союз принял меры к закупке медикаментов в Швеции, Японии, Англии, даже на острове Ява, в Америке. Поставка медикаментов осуществлялась через порты Архангельска и Владивостока. Кроме закупки готовых средств, отдел организовал в Москве при университете имени А. Л. Шанявского лабораторию по изготовлению галеновых препаратов и для очистки хлороформа. За первые 9 месяцев работы отдела им было отпущено аптечных материалов на сумму 686 000 рублей, а к 1 декабря 1915 г. эта сумма почти утроилась и составила уже 1 665 000 рублей. Большую помощь в деле закупки медикаментов оказало московское городское самоуправление, помещение аптекарского склада которого было полностью предоставлено в распоряжение Всероссийского союза городов. Не менее трудным делом оказалось снабжение городов лекарственными средствами. В 1915 г. Союзом городов по соглашению с 40 городами была организована закупка медикаментов для нужд гражданского населения непосредственно в Англии [30, с. 69—73]. В 1915—1917 гг. производствами, организованными Всероссийскими земским и городским союзами, Красным Крестом стали выпускаться салициловые препараты.

Таким образом, деятельность Всероссийских земского и городского союзов существенно повлияла на решение проблемы лекарственного обеспечения не только армии, но и гражданского населения в годы Первой мировой войны. В то же время в сфере частной торговли медикаментами (частные аптеки, аптекарские магазины) на фоне дефицита лекарств процветали спекуляция, гонка цен и торговля самым грубым фальсификатом. По данным магистра фармации К. В. Беннинга, в ходе экспертизы препаратов, доставленных в лабораторию Казанского губернского врачебного правления для ана-

лиза, он обнаруживал вместо заявленного аспирина борную кислоту; каломель, как выяснилось, на 50% состояла из порошкового стекла (!), все лечебные масла — эвкалиптовое, анисовое, бергамотовое и др. — на 90—95% состояли из жидкого парафина, формалин на 50% был разбавлен водой и т. д. [4, с. 55]. Кроме того, в годы войны после введения в стране так называемого «сухого закона» (1914) многие частные аптеки были изобличены в подпольном производстве водки, которая продавалась под видом различных лекарственных настоек.

Следует отметить, что в военные годы была предпринята попытка наладить подготовку кадров для фармацевтического производства. Были созданы фармацевтическое отделение при Петроградском Психоневрологическом институте (1915) и химико-фармацевтические отделения при Московских и Одесских Высших женских курсах (1916—1917). Однако эти меры не предусматривали ломки сложившейся в XIX в. профессионально-академической системы подготовки фармацевтов. Они были попыткой усовершенствовать подготовку провизоров и магистров фармации за счет увеличения числа химических и физико-химических дисциплин в учебном плане, что не могло соответствовать всем требованиям фармацевтического производства [45, с. 364].

Лекарственный кризис требовал анализа ситуации и принятия дальнейших организационных и практических мер в масштабе страны, что диктовало необходимость созыва всероссийского съезда. 15 июня 1916 г. в Петрограде под руководством председателя санитарного отдела Центрального военно-промышленного комитета М. С. Маргулиеса прошло заседание организационного комитета Съезда по борьбе с лекарственным голодом и по мобилизации отечественной химико-фармацевтической промышленности. Совещание разработало программу предстоящего съезда, запланировав его проведение на осень 1916 г., однако в указанные сроки он не состоялся. Тем не менее идея его проведения продолжала отстаиваться общественностью, профессурой.

1-й Всероссийский съезд по борьбе с лекарственным голодом был созван в Казани лишь летом 1917 г. (проходил с 10 по 15 августа 1917 г.). Участие в нем приняли 88 делегатов, среди которых были представители не только Петрограда, Москвы и Казани, но и целого ряда провинциальных городов. Наиболее активное участие в работе съезда приняли преподаватели университетов: казанские профессора А. Е. Арбузов, А. Я. Богородский, Н. Ф. Высоцкий, А. Я. Гордягин, Н. А. Миславский и др., московские — С. Ф. Глинка, В. М. Зыков, Н. А. Савельев, Д. М. Щербачев, саратовский — В. А. Скворцов и др. На съезде присутствовали представители органов государственной власти и местного самоуправления, руководители и представители Российского общества Красного Креста, Всерос-

сийских земского и городского союзов и других организаций, промышленных предприятий, фармацевтических фирм (химического завода А. Г. Крестовникова в Казани, завода «Русско-Краска» в Москве, «Волжского завода Понизовкиных» и др.).

В ходе пленарных заседаний прозвучали доклады на актуальные темы, в частности: Д. Я. Блюментала — «Положение химико-фармацевтической промышленности в настоящее время», Я. И. Рейнсена — «О деятельности фармацевтического завода Всероссийского Земского Союза и план будущего», А. Н. Щербакова — «О причинах слабого развития у нас промышленности вообще и химической в частности» и др. [2].

В резолюциях съезда говорилось, что в целях борьбы с лекарственным кризисом необходимо: ограничить количество выпускаемых наименований лекарственных средств только самыми необходимыми; мобилизовать научные и технические силы страны; оказывать правительственное содействие производителям необходимых химико-фармацевтических препаратов наравне с предприятиями, работающими на оборону; ввести таможенные тарифы, покровительствующие отечественной промышленности; приравнять в вопросах транспортировки и эвакуации грузы с медикаментами к военным грузам; срочно возвратиться с фронта к исполнению своих прямых обязанностей фармацевтических специалистов и др. Вновь было предложено организовать специальное Фармацевтическое управление и Государственную лабораторию (так как проект Комиссии Г. Е. Рейна так и остался на бумаге) для испытания и оценки лекарственных средств, предоставить химико-фармацевтической промышленности правительственные гарантии на принципах протекционизма. По вопросу подготовки квалифицированных фармацевтов участники съезда высказались за создание фармацевтических факультетов в университетах, а в дальнейшем — фармацевтических институтов, куда могли бы поступать лица как мужского, так и женского пола [2].

В соответствии с решениями съезда с сентября 1917 г. в Управлении главного врачебного инспектора начались подготовительные работы «по коренному преобразованию фармацевтического дела в России». Было создано совещание, наметившее общий план предполагаемой реформы. На нем был поднят вопрос о немедленной муниципализации аптек, но мнения участников разделились. По вопросу о подготовке кадров было признано необходимым открыть в университетах химико-фармацевтические отделения математических факультетов или самостоятельные химико-фармацевтические институты [33]. Министерство народного просвещения, в свою очередь, поставило вопрос о допуске к слушанию лекций женщин, желающих сдавать экзамены на звание провизора (ранее, с 1888 г., женщины допускались к нему в качестве экс-

тернов без предварительного прослушивания курса фармацевтических наук при университетах) [55].

Министерство внутренних дел предложило с целью развития научных исследований реорганизовать Институт экспериментальной медицины, создав в нем, в частности, отдел фармакологии, вакцинный и др. [39]. Кроме того, предполагалось реорганизовать и само управление фармацевтическим делом в стране. МВД планировало в ближайшее время представить проект реформ во Временное правительство.

Московским военно-промышленным комитетом, согласно резолюциям съезда, был определен список из 306 лекарственных препаратов на сумму 30 млн рублей (этот список в дальнейшем, уже в советское время, начиная с 1919 г., периодически пересматривался и послужил прообразом современного перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств).

Вскоре были сделаны и первые шаги по реорганизации деятельности аптек. В частности, Правительствующий Сенат разрешил нормальным аптекам массовое заготовление для оптовой продажи сложных фармацевтических препаратов [11]. И лишь 12 октября 1917 г., в преддверии революционных событий, «в целях обеспечения населения Петрограда в должной мере медицинскими средствами» МВД была «признана своевременною муниципализация в столице аптечного дела» [24]. Это могло стать первым шагом на пути к муниципализации всего аптечного дела в стране, однако революция, смена политического строя определили иной путь преобразования лекарственного обеспечения — национализацию этой сферы (1918).

Следует признать, что, несмотря на все усилия, обеспечить эффективное и быстрое решение проблемы «лекарственного голода» в годы войны не удалось. Фармацевтические предприятия, в том числе и вновь созданные, сталкивались с серьезными трудностями: отсутствием необходимого оборудования, недостатком лекарственного (химического и растительного) сырья, перебоями с его поставками из-за нарушений работы транспорта в условиях войны, отсутствием хорошо подготовленных кадров для промышленного производства. Новые фармацевтические предприятия не могли за столь короткий срок выйти за пределы ползаводского масштаба производства и лишь в малой степени покрывали потребности страны в медикаментах. Зависимость страны от импорта лекарственных средств не была устранена. Проблема лекарственного кризиса перешла по наследству и к советской власти.

Важно подчеркнуть и то, что деятельность создававшихся в годы войны производств была направлена на решение конкретных, поставленных государством задач, связанных с обеспечением набором необходимых медикаментов, прежде всего,

армии. В результате вопросы обеспечения гражданского населения лекарственными средствами отошли для правительства на второй план, решение этой проблемы взяли на себя, прежде всего, общественные самоуправления — земства и города.

Таким образом, несовершенство управления и законодательства в фармацевтической сфере, абсолютное господство в сфере вольной торговли медикаментами частного предпринимательства, слабость отечественного фармпроизводства определили ряд серьезных проблем лекарственного обеспечения населения Российской империи. На рубеже XIX—XX вв. со всей очевидностью обозначились наиболее значимые из них: неравномерная территориальная и низкая ценовая доступность лекарственной помощи, широкое распространение некачественной и фальсифицированной продукции, зависимость страны от импорта лекарств, трагически сказавшаяся на ситуации в стране с началом войны.

В годы Первой мировой войны впервые со всей очевидностью и особой остротой проявилась необходимость создания собственной фармацевтической промышленности, целенаправленного развития аптечной сети с учетом потребностей населения, организации эффективного лекарственного контроля, развития фундаментальной научной фармакологии, лекарственной агрономии, подготовки кадров фармацевтов соответствующей запросам времени квалификации. Все это, как показала история, являлось необходимым условием обеспечения лекарственной независимости и национальной безопасности страны.

Литература

1. *Александров С.* Реформа аптечного дела // Жизнь фармацевта.— 1911.— № 11—12.— С. 13.
2. *Алексеев И. Е.* «Лекарственный голод» при «новом строе» (1-й Всероссийский съезд по борьбе с лекарственным голодом в Казани).— В кн.: Революция 1917 года в России: новые подходы и взгляды.— СПб., 2014.— С. 17—33.
3. *Бакин М. П.* Аптечная привилегия с точки зрения русского законодательства.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 398—407.
4. *Бенинг К.* Фальсификация фармацевтических препаратов. // Фармацевтический журнал.— 1917.— № 5—6.— С. 53—55.
5. *Вопрос о медикаментах в связи с войной* // Общественный врач.— 1915.— № 1.— С. 19—29.
6. *Деятельность Медицинского Совета в 1881 году.*— СПб., 1884.
7. *Егорышева И. В.* Значение трудов Комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2013.— № 2.— С. 54—57.
8. *Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги устройства городского врачебно-

- санитарного дела // Общественный врач.— 1915.— № 7—8.— С. 449—485.
9. *Журнальное* постановление Медицинского Совета от 7 декабря 1882 г.— № 457.— С. 26.
 10. *Историческая* справка о комиссиях и совещаниях по вопросу о переустройстве врачебно-санитарного дела в Империи.// Труды Высочайше учрежденной междуправительственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Т. 1.— СПб., 1913.— С. 3—8.
 11. *К заготовлению* аптеками сложных препаратов // Вестник Временного Правительства.— 1917.— № 151 (197) (12 /25/ сентября).— С. 3.
 12. *К статистике* аптечного дела в России. // Фармацевтический журнал.— 1910.— № 32.— С. 348—349.
 13. *Камай Г. Х.* Академик А. Е. Арбузов.— Казань, 1952.— С.23—24.
 14. *Катлинский А. В., Лопатин П. В., Линденбратен А. Л.* Фармацевтическая промышленность и лекарственное обеспечение.— В кн.: Здравоохранение России. XX век.— М., 2001.— С. 212—233.
 15. *Корсун Е. В., Корсун В. Ф., Малышко М. А.* Состояние фитотерапии в России в период Первой мировой войны // Международная научно-практическая конференция «Медицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны»: Сб. материалов.— Гродно, 2014.— С. 216—218.
 16. *Левинштейн И. Г.* К вопросу о реформе фармацевтического дела в России.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 392—397.
 17. *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела.— М.—Л., 1939.
 18. *Лекарственные растения* // Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Н. А. Семашко.— Изд. 1.— Т. XV.— М., 1930.— Стб. 648.
 19. М. М. Одесские фальсификаторы // Русский фармацевт.— 1908.— № 9.— С. 355.
 20. *Манифест* о разрешении привоза разных иностранных товаров от 31 марта 1816 г.— СПб., 1816.
 21. *Миронов Б. Н.* Какая дорога ведет к революции? Имуущественное неравенство в России за три столетия, XVIII — начало XXI в. (статья первая) // СоцИс.— 2014.— № 08.— С. 102.
 22. *Мирский М. Б.* Медицина России XVI—XIX вв.— М., 1996.— С.21.
 23. *Моисеев А. И.* Медицинский совет Министерства внутренних дел. Краткий исторический очерк.— СПб., 1913.
 24. *Муниципализация* аптечного дела // Вестник Временного Правительства.— 1917.— № 175 (221) (12 /25/ октября).— С. 4.
 25. *Население* России в XX веке: исторические очерки / Под ред. Ю. А. Полякова и В. Б. Жиромской.— Т. 1.— М., 2000.— С. 11.
 26. *Обзор* деятельности экспертов Медицинского совета за 1904—1911 гг. / Сост. Д. Д. Крылов.— Пг., 1915.
 27. *Отчет* Московской городской санитарной станции за 1903 г.— М., 1906.— С. 10.
 28. *Отчет* о деятельности Центрального аптекарского склада Земско-го союза (за время с 1 октября 1914 г. по 31 декабря 1915 г.) — М., 1916.— С. 3—19.
 29. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 год. — Пг., 1915.— С. 66.

30. *Очерк деятельности Всероссийского Союза Городов в 1914—1915 гг.*— М., 1915.
31. *Панченко В. К.* Аптека. Аптечное дело.— В кн.: Реальная энциклопедия медицинских наук.— Т.1.— СПб., 1891.— С. 405—416.
32. *Поповский А., Креслинг К.* Образование фармацевтов в связи с развитием химико-фармацевтической промышленности и лекарственный голод // *Фармацевтический Журнал.*— 1917.— N 5—6.— С. 52.
33. *Преобразование фармацевтического дела* // *Вестник Временного Правительства.*— 1917.— № 154 (200) (16 /29/ сентября).— С. 4.
34. *Приказ по Народному комиссариату Внутренних дел от 28 марта 1918 № 6* // *Известия советской медицины.*— 1918.— № 1.— С. 3.
35. ПСЗРИ-1.— Т. 37.— № 28 622.
36. ПСЗРИ-2.— Т. 11.— Отд. 1.— № 9317.
37. ПСЗРИ-2.— Т. 11.— Отд. 1.— № 9319.
38. ПСЗРИ-2.— Т. 27.— Отд. 1.— № 25 953.
39. *Реорганизация института экспериментальной медицины* // *Вестник Временного Правительства.*— 1917.— № 153 (199) (14 /27/ сентября).— С. 3.
40. *Российский медицинский список на 1894 год.*— СПб., 1894.— Приложение.— С. 8.
41. *Рыбаков Ю. А.* Промышленная статистика России XIX века.— М., 1976.— С. 92.
42. *Сало В. М.* История фармации России.— М., 2007.
43. *Салтыков Б. Н.* Об аптечной реформе.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т.1.— СПб., 1911.— С. 407—415.
44. *Сборник узаконений и распоряжений правительства по делам печати* / Составитель Н. В. Варадинов.— СПб., 1878.— С.225—226.
45. *Сергеева М. С.* Проблемы становления фармацевтической промышленности в годы Первой мировой войны // *Международная научно-практическая конференция «Медицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны».* Сборник материалов.— Гродно, 2014.— С. 361—365.
46. *Славский К.* Земская медицина и война // *Общественный врач.*— 1915.— № 9—10.— С. 566.
47. *Смирнова Е. М., Удальцов А. А.* Протекционизм российской таможенной политики в конце XIX века // *Таможенное дело.*— 2007.— № 1.— С. 39—41.
48. *Соловьев З. П.* Итоги врачебно-санитарной деятельности Земского союза и ее дальнейшие шаги // *Общественный врач.*— 1916.— № 7.— С. 371.
49. СУРП. 1914. Отдел 2. Второе полугодие. Ст. 2032.— СПб., 1914.— С. 3372.
50. СУРП. 1917. Отдел 2. Первое полугодие. Ст. 418.— СПб., 1917.— С. 1303.
51. *Устав здравоохранения и учреждения, ведающие врачебно-санитарным делом* // Высочайше учрежденная междуправительственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Пг., 1916 (Проект).
52. *Устройство городского химико-фармацевтического завода.*— Пг., 1916.
53. *Фальсификаторы* // *Русский фармацевт.*— 1908.— № 10.— С. 379.
54. *Фармацевтический устав* (проект, внесенный в Государственную Думу 13 октября 1911 г.). В кн.: *Устав здравоохранения и учреж-*

дения, ведающие врачебно-санитарным делом. Проект // Высочайше учрежденная междуправительственная Комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Пг., 1916.— С. 325—358.

55. *Фармацевтическое образование женщин* // Вестник Временного Правительства.— 1917.— № 181 (227) (19 октября /1 ноября/).— С. 4.
56. *Фрейберг Н. Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России.— СПб., 1913.
57. *Хроника* и мелкие известия // Врач.— 1882.— № 26.— С. 851.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, становление лекарственного обеспечения населения в России связано с созданием в 1581 г. в Москве Аптекарского приказа и первой Царской аптеки, ориентированных первоначально на обслуживание царской семьи и ближних бояр. С начала XVII в. функции приказа были расширены: его задачами стали организация сбора лекарственных растений, снабжение лекарствами армии, проверка знаний иностранных врачей и аптекарей, прибывавших работать в Россию и др. К 80-м годам XVII в. на территории Российского государства действовали три аптеки, они являлись государственными учреждениями и финансировались казной. Но ввиду их малочисленности и высокой стоимости лекарств население пользовалась продукцией зелейных лавок.

Крупные преобразования затронули сферу лекарственного обеспечения в годы правления Петра I. В 1701 г. им был издан указ о ликвидации зелейных лавок и устройстве в Москве 8 вольных (частных) аптек. Дарованные императором значительные льготы и право на монопольное существование этих аптек в городе исключали конкуренцию, способствовали созданию привилегированной корпорации аптекарей и возникновению так называемой «аптечной монополии». В ней видели гарантию добросовестного отношения аптекарей к выполнению своих профессиональных обязанностей. Однако впоследствии аптечная монополия, получившая дальнейшее закрепление в российском законодательстве, сыграла негативную роль в развитии лекарственного обеспечения населения.

К концу XVIII в. общее количество аптек (казенных и вольных) в России составляло уже около 100. К этому времени была создана система государственного управления медико-фармацевтическим делом, которая включала учрежденную Екатериной II Медицинскую коллегию (1763) и подведомственные ей местные административные органы — губернские врачебные управы (1797). Была сформирована законодательная база лекарственного обеспечения (Аптекарский устав 1789 г.), созданы инструменты ценообразования (аптекарская такса) и поддержания ассортимента и качества лекарственных средств (фармакопея). Было положено начало государственной системе организации медицинской помощи населению —

приказной медицине (1775). Однако складывающаяся стройная система управления медициной и лекарственным обеспечением вскоре была разрушена.

В начале XIX в. в результате министерской реформы Александра I управление здравоохранением было передано Министерству внутренних дел (далее МВД), наделенному широким кругом прочих обязанностей. В его составе были сформированы Медицинский департамент (высший административный орган) и Медицинский совет (совещательный орган). Местный надзор за деятельностью больниц и аптек оставался в компетенции губернских врачебных управ. Эта система управления, с незначительными изменениями существовавшая и в начале XX в., имела ряд существенных недостатков, в их числе: некомпетентность министерских и губернских чиновников в вопросах медицины и фармации, бюрократические принципы руководства, слабость системы контроля, что породило ряд негативных явлений в сфере лекарственного обеспечения.

Фармацевтическое законодательство XIX в. было нацелено на стимулирование роста и упорядочение торговли медикаментами, но оно отражало, прежде всего, интересы владельцев аптек. Наиболее значимым законодательным актом стал новый Аптекарский устав 1836 г., который закрепил аптечную монополию, предоставив владельцам право распоряжаться аптеками как обычным объектом собственности и влиять на решение об открытии других аптек в данной местности, а также зафиксировал исключительное право аптек на изготовление сложных лекарств и их реализацию, что задержало развитие фармпромышленности. Основные положения Устава сохраняли силу все последующие десятилетия. Лишь в конце XIX столетия монополия аптекарей была отчасти ограничена. Правилами об открытии аптек (1873 г. и 1881 г.) были введены количественные критерии (расстояние между аптеками, численность населения, количество рецептов) для оценки возможности открытия аптек, что на время активизировало развитие аптечной сети, и не только в городах, но и в сельской местности. Законом 1898 г. в России впервые было разрешено внеаптечное производство препаратов — в лабораториях и на фабрично-заводских предприятиях. Сфера лекарственного обеспечения регламентировалась и административно-уголовным законодательством, в котором были предусмотрены наказания за ряд профессиональных проступков фармацевтов, но они оставались весьма мягкими.

В целом, российское фармацевтическое законодательство было противоречиво (например, по Уставу врачебному 1905 г. все еще требовалось согласие аптекарей на открытие новой аптеки), своевременно не реагировало на требования времени: охраняемая долгое время законом аптечная монополия постепенно превратилась в препятствие для роста аптечной сети,

тормозила деятельность земских и городских общественных самоуправлений в области лекарственного обеспечения населения, существенно задержала развитие отечественного фармацевтического производства.

В России лекарственное обеспечение населения осуществлялось в основном учреждениями трех форм собственности: государственными (казенными), частными, а со второй половины XIX в. еще и муниципальными (принадлежащими земским и городским общественным самоуправлениям). Лекарственная помощь предоставлялась через аптеки открытого типа (вольные — занимавшиеся изготовлением по рецептам и продажей лекарств по ценам аптекарской таксы) и через аптеки закрытого типа, которые создавались при лечебных учреждениях для удовлетворения их внутренних потребностей.

Казенные аптеки были ориентированы, прежде всего, на обеспечение военных нужд, но часть из них — так называемые рецептурные — имели право отпуска лекарств гражданскому населению. В 1859 г. они были переданы в Военное ведомство. С начала XIX в. аптеки закрытого типа стали создаваться при крупных больницах приказов общественного призрения. Для обеспечения больниц МВД был издан весьма ограниченный каталог отечественных лекарственных средств, за рамки которого врачи не имели права выходить. Основной упор делался на самостоятельную заготовку растительного сырья медицинским и аптечным персоналом. Деятельность приказных больниц была жестко регламентирована инструкциями МВД, и даже сохранившиеся в начале XX в. приказные больницы продолжали руководствоваться уставами и лекарственными каталогами середины прошлого столетия. В сфере вольной торговли медикаментами приказы не достигли заметных успехов. В середине XIX в. количество приказных аптек с вольной продажей лекарств составило всего 31 и не превышало 5% от общего числа вольных аптек в России, а в 1916 г. таких аптек осталось всего две, и обе — в Сибири.

МВД содержало также аптеки при центральных карантинных, пенитенциарных заведениях. В пореформенный период для обеспечения сельского населения уездов неземских губерний министерством была создана сеть небольших лечебниц с аптечками, снабжение которых, однако, было чрезвычайно скудным и вызывало возмущение сельских врачей. Оказанием лекарственной помощи определенным категориям гражданского населения занимались и другие казенные ведомства: Министерство государственных имуществ, Горное ведомство и др. Однако значительных казенных расходов на эти нужды не предусматривалось, для этой цели предлагался крайне ограниченный перечень наиболее простых и дешевых лекарственных средств, а допустимый расход на медикаменты на од-

ного пациента был в несколько раз ниже средней стоимости одного рецепта (лекарства) в России.

Сфера вольной торговли лекарствами находилась практически полностью в руках частных лиц. К 1910 г. в России в общей сложности имелось 4536 вольных аптек (одна на 36 тыс. населения). В руках частных лиц было сосредоточено 94% от этого количества. Рост числа частных аптек со второй половины XIX в. сопровождался изменением характера их деятельности: постепенной утратой производственных функций, ростом объемов «ручной» продажи препаратов. В условиях складывающихся капиталистических отношений наметилось создание крупных частных аптек с высоким денежным оборотом, на базе которых возникли акционерные общества, ведущие не только розничную, но и оптовую торговлю медикаментами. Появились новые способы извлечения доходов из права владения аптекой: сдача в аренду и субаренду, спекуляция «аптечной привилегией». Превалирование предпринимательского интереса отодвигало на задний план социальную функцию аптек, что отражалось на доступности лекарственной помощи — как территориальной, так и экономической.

Со второй половины XIX в. значительную часть забот о лекарственном обеспечении гражданского населения взяли на себя земские и городские общественные самоуправления, финансирующие эту деятельность из бюджетов, формируемых из местных налогов и сборов. Земства, получившие в наследство больницы приказов общественного призрения, создали аптеки при больницах и аптечки при участковых врачебных пунктах, небольшое число вольных аптек в городах и селах. Деятельность городских самоуправлений в сфере здравоохранения, и особенно в организации вольной торговли лекарствами (в силу объективных обстоятельств), была менее активной, но так же, как и в земстве, носила социально ориентированный характер. В поисках наиболее выгодных поставок качественных лекарственных средств земства и города наладили оптовую закупку медикаментов у зарубежных производителей, проводивших гибкую торговую политику, что давало экономии до 30—33%, создавали галеновые лаборатории при аптечных складах. Это облегчало переход к удешевленному лекарственному обеспечению населения качественными препаратами, к чему и стремились земские и городские врачебно-санитарные организации. Средняя стоимость рецепта в земских губерниях была значительно ниже этого показателя в целом по России. Аптеками земств и городов осуществлялась бесплатная выдача медикаментов или продажа лекарств по ценам ниже аптекарской таксы некоторым категориям населения, в чем можно увидеть зачатки льготного лекарственного обеспечения.

Таким образом, общественные самоуправления способст-

вовали увеличению доступности лекарственной помощи и оказали положительное влияние на фармацевтический рынок России. Однако, несмотря на это, в сфере вольной торговли лекарствами их доля в начале XX в. была очень мала — всего 4,4%, что объяснялось отсутствием у муниципалитетов преимуществ перед частными лицами в процедуре открытия вольных аптек и, как результат, мощной конкуренцией со стороны последних. В то же время участие земств и городов в организации медицинского обслуживания гражданского населения в целом (включая лекарственную помощь в больницах, амбулаториях и др.) было очень значительным: их совокупные затраты превосходили казенные расходы на здравоохранение (46,8% против 35,8% в общем объеме затрат на здравоохранение в 1910 г.). С учетом огромной социальной значимости деятельности муниципалитетов, в 1912 г. под нажимом общественности им было предоставлено право на открытие вольных аптек явочным порядком, но реализовать его в полной мере самоуправления не успели в связи с начавшейся Первой мировой войной.

Состояние фармацевтического рынка определялось развитием оптовой торговли медикаментами и фармацевтической промышленности. Со второй половины XIX в. в России на базе крупных частных аптек создаются товарищества и акционерные общества, аккумулировавшие в своих руках оптовую торговлю аптекарскими товарами и медикаментами. С развитием отечественного фармацевтического производства появляются акционерные общества, занимающиеся уже не посреднической торговлей, а прямой оптовой реализацией собственной продукции. Однако отсутствие продуманной государственной торгово-таможенной стратегии и дальновидности в разработке условий торговли у отечественных оптовиков обеспечили первенство зарубежным, прежде всего германским, производителям, успешно расширявшим за счет России свой рынок сбыта, тем более что развитие фармацевтической промышленности в России заметно запоздало по сравнению с Европой, а лекарственный ассортимент и масштабы производства были невелики и не могли удовлетворить потребности российского населения.

Несовершенство системы управления и контроля, устаревшее монопольное законодательство, определившее абсолютное господство в сфере вольной торговли медикаментами частного предпринимательства, слабость отечественного фармпроизводства определили ряд серьезных проблем лекарственного обеспечения гражданского населения Российской империи. На рубеже XIX—XX вв. со всей очевидностью обозначились наиболее значимые из них.

Лекарственное обеспечение гражданского населения не являлось целенаправленной, продуманной политикой государст-

ва. Об этом свидетельствовало отсутствие в структуре управления здравоохранением особого подразделения, занимавшегося исключительно вопросами организации лекарственного обеспечения, необходимостью которого стала совершенно очевидной к началу XX в. Однако даже в подготовленном Комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под руководством академика Г. Е. Рейна (1912—1916) проекте Главного управления государственного здравоохранения не было предусмотрено особого фармацевтического подразделения. В нем предлагался лишь ряд паллиативных мер: некоторое расширение представительства фармацевтов и химиков в составе Медицинского совета, создание государственной лаборатории для проведения экспертизы лекарств (что было действительно очень важно), издание нового Фармацевтического устава, который не предусматривал кардинальных изменений в организации лекарственного обеспечения. Но в силу последовавших политических событий и этот проект не был осуществлен.

Результатом недальновидной политики государства являлась низкая доступность лекарственной помощи для населения. Коммерческий интерес стимулировал открытие вольных аптек преимущественно в густонаселенных, промышленно развитых местностях. В результате в 1910 г. из 59 тыс. населенных мест только около 3 тыс. имели аптеки. Аптеки распределялись крайне неравномерно, без учета потребностей населения. Если три Прибалтийские губернии имели в среднем по 108 вольных аптек каждая, то на всю Якутскую область имелась одна аптека. Сельское население России испытывало значительно большие трудности в приобретении лекарств, чем городское. Проблема ценовой доступности медикаментов, стоявшая очень остро, частично решалась только земскими и городскими самоуправлениями, однако их возможности были слишком ограничены для решения этой проблемы в масштабах империи.

Результатом недостаточного государственного контроля являлось широкое распространение на фармацевтическом рынке России некачественной и фальсифицированной продукции. К началу XX в., благодаря развитию химии, способы фальсификации лекарств значительно усовершенствовались, появились масштабные подпольные производства по выпуску подделок, а рынок сбыта фальсификата охватил практически всю империю. Начало столетия было отмечено громкими судебными делами. Однако неразвитость законодательства в этой сфере, мягкость наказаний не останавливали фальсификаторов. Нарастание этой тенденции было обусловлено слабостью созданной системы контроля, широким развитием бесконтрольной торговли медикаментами в аптекарских магазинах, заинтересованностью частных аптекарей в реализации

фальсификата и т. д. Правительство видело решение этой проблемы в усилении центрального контроля и усугублении наказаний, что нашло отражение в проекте нового Фармацевтического устава. Общественность считала необходимым условием устранения личного корыстного мотива и выступала за муниципализацию аптек. Однако МВД признало необходимость муниципализации аптечного дела в Петрограде только в критических условиях — в октябре 1917 г. В годы войны фальсификация лекарств достигла небывалого размаха и приобрела самые опасные и примитивные формы.

С началом Первой мировой войны на первый план вышла проблема зависимости страны от импорта лекарств. К этому привело нерациональное отношение к собственным природным ресурсам, недальновидная торговая и таможенная политика государства, запоздалое и слабое развитие отечественного фармпроизводства. Накануне войны потребность страны в медикаментах на 70% покрывалась импортной продукцией, преимущественно германской. Прекращение поставок из-за рубежа на фоне резко возросшего с началом войны спроса на медикаменты привело к кризису, получившему название «лекарственного голода». Для его преодоления были мобилизованы все резервы: государственные, научные, частные и общественные. Особенно большой вклад в решение проблемы снабжения гражданского населения необходимыми лекарственными средствами внесли Всероссийские земский и городской союзы. Они занялись поиском альтернативных путей доставки медикаментов, организацией собственного производства перевязочных материалов и лекарственных средств, в то время как в сфере частной торговли аптечными товарами и медикаментами проявились самые негативные тенденции. Однако в условиях войны кардинально изменить ситуацию в сфере производства лекарственных средств и удовлетворения спроса на медикаменты не удалось, проблема эта перешла по наследству и к советской власти.

Сложившаяся в годы войны ситуация в сфере лекарственного обеспечения стала трагическим уроком для высшего руководства страны. Она показала необходимость разработки целенаправленной государственной политики в этой сфере, основанной на стимулировании отечественного фармацевтического производства, развитии науки и образования, на продуманном формировании аптечной сети. Все эти факторы, как показала история, в значительной мере определяют национальную безопасность страны.

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

1. *Адрианов А. С.* Министерство внутренних дел. Исторический очерк. (1802—1902).— СПб., 1902.
2. *Акционерное* дело в России.— Т. 2.— Вып. VI.— СПб., 1899.
3. *Александров С.* Реформа аптечного дела. //Жизнь Фармацевта.— 1911.— № 11—12.— С. 13.
4. *Алексеев И. Е.* «Лекарственный голод» при «новом строе» (1-й Всероссийский съезд по борьбе с лекарственным голодом в Казани).— В сб.: Революция 1917 года в России: новые подходы и взгляды.— СПб., 2014.— С. 17—33.
5. *Алелеков А. Н.* История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею.— М., 1907.
6. *Бакин М. П.* Аптечная привилегия с точки зрения русского законодательства.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 398—407.
7. *Барышиников М. Н.* Деловой мир России. Историко-биографический справочник.— СПб., 1998.
8. *Бенинг К.* Фальсификация фармацевтических препаратов. //Фармацевтический журнал.— 1917.— № 5—6.— С. 53—55.
9. *Бенинг К.* Фальсификация фармацевтических препаратов. //Фармацевтический журнал.— 1917.— № 7.— С. 70—72.
10. *Блох М. А.* Развитие и значение химической промышленности.— Ч. 1.— Пг., 1920.
11. *Болотов А. Т.* О лекарственных травах и о заготовлении оных // Экономический магазин.— 1781.— Ч. 5.— № 2.— С. 17—26.
12. *Болотов А. Т.* Руководство к познанию лекарственных трав // Экономический магазин.— 1781.— Ч. 7.— № 53.— С. 3—14.
13. *Будко А. А., Шабунин А. В.* История медицины Санкт-Петербурга.— СПб., 2003.
14. *В. К.* Очерк больничного дела в Сибири // Сибирские врачебные ведомости.— 1905.— № 5.— С. 66.
15. *Варадинов Н. В.* История Министерства внутренних дел: В 8-ми т.— СПб., 1858—1863.
16. *Веселовский Б. Б.* История земства за сорок лет.— Т. 1.— СПб., 1909.
17. *Вопрос* о медикаментах в связи с войной // Общественный врач.— 1915.— № 1.— С. 19—29.
18. *Воскресенский А. П.* Аптечный вопрос по решениям земских уездных санитарных советов.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 373—392.
19. *Грязианов П. А.* Очерк врачебно-санитарной организации в русских городах.— Минск, 1899.

20. *Громбах С. М.* Русская медицинская литература XVIII века.— М., 1953.
21. *Деятельность* Медицинского Совета в 1881 году.— СПб., 1884.
22. *Егорышева И. В., Гончарова С. Г., Шерстнева Е. В.* Становление приказной системы здравоохранения в XVIII веке // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2004.— № 5.— С. 59—61.
23. *Егорышева И. В.* Значение трудов Комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2013.— № 2.— С. 54—57.
24. *Егорышева И. В.* Деятельность земских организаций в области лекарственного обеспечения населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2016.— № 2.— С. 125—128.
25. *Егорышева И. В., Данилишина Е. И.* Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здравия в России (XIX в.— начало XX в.) // Здравоохранение РФ.— 2001.— № 1.— С. 53—55.
26. *Егорышева И. В.* Министерство внутренних дел и проблемы управления здравоохранением в первой половине XIX в. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2003.— № 6.— С. 46—49.
27. *Жбанков Д. Н.* Некоторые итоги устройства городского лечебно-санитарного дела // Общественный врач.— 1915.— № 7.— С. 449—485.
28. *Жбанков Д. Н.* Сборник по городскому лечебно-санитарному делу в России.— СПб., 1915.
29. *Журнальное постановление* Медицинского Совета от 7 декабря 1882 г.— № 457.— С. 26.
30. *Загорский Я.* Причины ненормального состояния аптечного дела в России.— М., 1908.
31. *Записка* об общих основаниях устройства лечебной помощи в России // Труды Высочайше учрежденной междуправительственной комиссии по пересмотру лечебно-санитарного законодательства.— Т. 2.— СПб., 1913.
32. *Записка* об общих основаниях устройства лечебной помощи в России. К проекту положений по обеспечению населения лечебной помощью // Междуправительственная комиссия по пересмотру лечебно-санитарного законодательства. 2-я Подкомиссия «Лечебная помощь и призрение».— СПб., 1915.— С. 31—33.
33. *Зархин И. Б.* Медицинские рукописи начала XVIII в. // Военно-медицинский журнал.— 1947.— № 9.— С. 57—58.
34. *Зархин И. Б.* Очерки из истории отечественной фармации XVIII и первой половины XIX века.— М., 1956.
35. *Захаров Ф. Г.* Организация медицинской помощи промышленным рабочим России и СССР.— М., 1969.
36. *Змеев Л. Ф.* Первые аптеки в России.— М., 1887.
37. *Змеев Л. Ф.* Чтения по лечебной истории России.— СПб., 1896.
38. *Из журналов* Медицинского Совета // Фармацевт-практик.— 1914.— № 1.— С. 13—17.
39. *Извлечение* из доклада Медицинского департамента министру внутренних дел о преобразовании губернских лечебных учреждений. Июль 1862 // Труды Высочайше учрежденной междуправительственной комиссии по пересмотру лечебно-санитарного законодательства.— Т. 2.— СПб., 1913.— С. 33—34.

40. *Историческая* справка о комиссиях и совещаниях по вопросу о переустройстве врачебно-санитарного дела в Империи // Труды Высочайше учрежденной междведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Т. 1.— СПб., 1913.— С. 3—8.
41. *Историческая* справка об учреждении и последовательных преобразованиях Медицинского Совета.— СПб., 1915.
42. *Историческое* обозрение 50-летней деятельности Министерства государственных имуществ. 1837—1887.— Ч. 2.— СПб., 1888.
43. *К вопросу* о патентованных средствах: доклад т-ва В. К. Феррейна на Российском фармацевтическом съезде в 1913 г.— СПб., 1914.
44. К заготовлению аптеками сложных препаратов // Вестник Временного Правительства.— 1917.— № 151 (197) (12 /25/ сентября).— С. 3.
45. *К статистике* аптечного дела в России // Фармацевтический журнал.— 1910.— № 32.— С. 348—349.
46. *Капустин М. Я.* Основные вопросы земской медицины.— СПб., 1889.
47. *Катлинский А. В., Лопатин П. В., Линденбратен А. Л.* Фармацевтическая промышленность и лекарственное обеспечение.— В кн.: Здоровоохранение России. XX век.— М., 2001.— С. 212—233.
48. *Conroy M. S.* In Health and Sickness. Pharmacy, Pharmacists, and the Pharmaceutical Industry in Late Imperial, Early Soviet Russia.— New York, 1994.
49. *Королева М. Г.* Московские аптеки во второй половине XIX и начале XX вв. // Аптечное дело.— 1960.— № 4.— С. 76—80.
50. *Коротеева Н. Н.* Становление и развитие фармацевтической промышленности в России в конце XIX — начале XX в. // Известия Алтайского государственного университета.— 2008.— Выпуск № 4 (1).— С. 61—64.
51. *Коротеева Н. Н.* Становление и развитие аптечной службы в России в XVI — начале XX вв.: Дис...докт. ист. наук.— Курск, 2011.
52. *Коротеева Н. Н.* Государственная политика в сфере российской фармации XVI — начала XX в.— Курск, 2010.
53. *Корсун Е. В., Корсун В. Ф., Мальшко М. А.* Состояние фитотерапии в России в период Первой мировой войны // Международная научно-практическая конференция «Медицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны»: Сб. материалов.— Гродно, 2014.— С. 216—218.
54. *Ламанский В.* Записки отделения русской и славянской археологии Русского археологического общества.— Т. II.— СПб., 1861.— С. 4—126.
55. *Лахтин М. Ю.* Этюды по истории медицины.— М., 1902.
56. *Левинштейн И. Г.* К вопросу о реформе фармацевтического дела в России.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 392—397.
57. *Левинштейн И. И.* История фармации и организация фармацевтического дела.— М.— Л., 1939.
58. *Левинштейн И. И.* Заготовка лекарственных трав в Московской Руси // Вестник фармации.— 1928.— № 2.— С. 84.
59. *Левинштейн И. И.* Первые женщины-фармацевты в России // Фармация.— 1942.— № 5.— С. 41—42.

60. *Лекарственные растения* // Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Н. А. Семашко.— Изд. 1.— Т. XV.— М., 1930.— Стб. 648.
61. *Липский Б. И.* Исторический очерк императорского С.-Петербургского ботанического сада.— В кн.: Императорский С.-Петербургский ботанический сад за 200 лет его существования.— СПб., 1913.— С. 91—98.
62. *Лобанова А. С.* Обеспечение, размещение и реальные условия хранения лекарственных средств в аптеках Тамбовской губернии (конец XIX — начало XX вв.) // Социально-экономические явления и процессы.— 2014.— Вып. 4.— С. 121—126.
63. *Лукьянов П. М.* История химических промыслов и химической промышленности России.— Т. 1.— М.—Л., 1948.
64. *Мазинг И.* О санитарном состоянии и о сельско-медицинской части в Каменецком уезде Подольской губернии // Приложение к журналам учрежденной при Медицинском совете Комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России.— Вып. 1—3.— СПб., 1886.— С. 191—198.
65. *Манифест* о разрешении привоза разных иностранных товаров от 31 марта 1816 г.— СПб., 1816.
66. *Материалы* для истории медицины в России / Сост. Н. Е. Мамонов.— Т. 1—4.— СПб., 1881—1884.
67. *Материалы* к вопросу об устройстве общедоступной врачебной помощи в Империи // Труды Высочайше учрежденной междоуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— СПб., 1913.— Табл. 3—4, с. 4—10.
68. *Мионов Б. Н.* Какая дорога ведет к революции? Имущественное неравенство в России за три столетия, XVIII — начало XXI в. (статья первая) // СоцИс.— 2014.— № 08.— С. 96—104.
69. *Мирский И. Б., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.* и др. Приказная медицина — важный этап в истории отечественного здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2005.— № 5.— С. 53—56.
70. *Мирский М. Б.* Медицина России XVI—XIX вв.— М., 1996.
71. *Мирский М. Б.* Медицина России X—XX веков.— М., 2005.
72. *М. М.* Одесские фальсификаторы // Русский фармацевт.— 1908.— № 9.— С. 355—356.
73. *Моисеев А. И.* Медицинский совет Министерства внутренних дел. Краткий исторический очерк.— СПб., 1913.
74. *Муниципализация* аптечного дела // Вестник Временного Правительства.— 1917.— № 175 (221) (12/25/ октября).— С. 4.
75. *Население* России в XX веке: исторические очерки / Под ред. Ю. А. Полякова и В. Б. Жиромской.— Т. 1.— М., 2000.
76. *Натрадзе А. Г.* Химико-фармацевтическая промышленность // Развитие химической промышленности в СССР.— Т. 2.— М., 1984.— С. 331—345.
77. *Натрадзе, А. Г.* Очерк развития химико-фармацевтической промышленности СССР.— М., 1977.
78. *Невский В. А.* О первой московской аптеке // Аптечное дело.— 1954.— Т.3.— № 6.— С. 40—42.
79. *Ниманн И. Ф.* Руководство к осмотру аптек и прочих врачебных запасов — М., 1822.
80. *Новомбергский Н. Я.* Очерк по истории аптечного дела в допетровской Руси.— СПб., 1902.

81. *Новомбергский Н. Я.* Материалы по истории медицины.— Т.1.— СПб., 1905.
82. *Обзор* деятельности экспертов Медицинского совета за 1904—1911 гг. / Сост. Д. Д. Крылов.— Пг., 1915.
83. *Овер А. И.* Материалы для истории московских больниц гражданского ведомства.— М., 1859.
84. *Опыт* исторического очерка возникновения и развития всего аптекарского дела в России.— М., 1910.
85. *Орлов И. И.* О сельской аптеке при Солнечногорской губернской земской больнице. Доклад на XIV съезде врачей Московского губернского земства.— М., 1898.
86. *Отчет* Московской городской санитарной станции за 1903 г.— М., 1906.
87. *Отчет* о деятельности Центрального аптекарского склада Земского союза (за время с 1 октября 1914 г. по 31 декабря 1915 г.) — М., 1916.
88. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1904 год.— СПб., 1906.
89. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1912 г.— Пг., 1914.
90. *Отчет* о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 год.— Пг., 1915.
91. *Отчет* 1 Городской больницы имени Н. И. Пирогова за 1912 год.— М., 1912.
92. *Оценка* лекарствам, устав аптекарский, устав повивальным бабкам, устав о должной плате медицинским чинам.— СПб., 1789.
93. *Очерк* деятельности Всероссийского Союза Городов в 1914—1915 гг.— М., 1915.
94. *Палкин Б. Н.* Русские госпитальные школы XVIII века и их воспитанники.— М., 1959.
95. *Панченко В. К.* Аптека. Аптечное дело.— В кн.: Реальная энциклопедия медицинских наук.— Т.1.— СПб., 1891.— С. 405—416.
96. *Петров Е. Е.* Собрание российских законов о медицинском управлении.— СПб., 1826.
97. *Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.* и др. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI—начало XX в.) / Под ред. акад. Р. У. Хабриева.— М., 2014.
98. *Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.* и др. Роль приказов общественного призрения в формировании системы медицинской помощи населению России в XVIII—XIX вв. / Под ред. акад. О. П. Щепина.— М., 2012.
99. *Поповский А., Креслинг К.* Образование фармацевтов в связи с развитием химико-фармацевтической промышленности и лекарственный голод // Фармацевтический журнал.— 1917.— N 5—6.— С. 52—54.
100. *Преобразование* фармацевтического дела // Вестник Временного Правительства.— 1917.— № 154 (200) (16 /29/ сентября).— С. 4.
101. *Приказ* по Народному комиссариату Внутренних дел от 28 марта 1918 № 6 // Известия советской медицины.— 1918.— № 1.— С. 3.
102. *Приложение* I к третьей записке об общих основаниях устройства общедоступной врачебной помощи населению империи // Высочайше Учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— СПб., 1913.— С. 20.

103. Пруссак А. В. Из истории аптечного дела на Руси // Аптечное дело.— 1953.— № 6 — С. 56—59.
104. Полное собрание законов Российской империи. Собрание-1 (ПСЗРИ-1) — Т. 4.— № 1756, № 2074.
105. ПСЗРИ-1.— Т. 6.— № 3718, № 3811.
106. ПСЗРИ-1.— Т. 9.— № 6304, № 6424, № 6523, № 6912, № 7112, № 7128.
107. ПСЗРИ-1.— Т. 10.— № 7963, № 7965.
108. ПСЗРИ-1.— Т. 12.— № 9425.
109. ПСЗРИ-1.— Т. 14.— № 10 196, № 10 507, № 10 586.
110. ПСЗРИ-1.— Т. 15.— № 10 854, № 10 872, № 10 972, 12 289.
111. ПСЗРИ-1.— Т. 16.— № 11 820, 12 275.
112. ПСЗРИ-1.— Т. 19.— № 13 485.
113. ПСЗРИ-1.— Т. 20.— № 14 391.
114. ПСЗРИ-1.— Т. 21.— № 15 712
115. ПСЗРИ-1.— Т. 22.— № 15 915, 15 951, № 16 043, № 16 448, № 16 488.
116. ПСЗРИ-1.— Т. 23.— № 16 777, № 16 806, № 16 808, № 17 311.
117. ПСЗРИ-1.— Т. 29.— № 21 985, № 22 539.
118. ПСЗРИ-1.— Т. 30.— № 23 941, № 22 642.
119. ПСЗРИ-1.— Т. 32.— № 25 037, № 25 664, № 25 700.
120. ПСЗРИ-1.— Т. 36.— № 27 964.
121. ПСЗРИ-1.— Т. 37.— № 28 582, № 28 622.
122. ПСЗРИ-1.— Т. 38.— № 29 516.
123. ПСЗРИ-1.— Т. 40.— № 30 355.
124. ПСЗРИ-1.— Т. 44.— ч. 2.— Книга штатов. отд. III и IV. С. 54.
125. ПСЗРИ-2.— Т. 1.— № 454, № 455, № 457.
126. ПСЗРИ-2.— Т. 2.— № 1254.
127. ПСЗРИ-2.— Т. 4.— № 2673.
128. ПСЗРИ-2.— Т. 5.— отд. 1.— № 3730.
129. ПСЗРИ-2.— Т. 5.— отд. 2.— № 4098.
130. ПСЗРИ-2.— Т. 7.— отд. 1.— № 6447.
131. ПСЗРИ-2.— Т. 8.— отд. 1.— № 6069.
132. ПСЗРИ-2.— Т. 11.— отд. 1.— № 9317, № 9318, № 9319, № 9808.
133. ПСЗРИ-2.— Т. 15.— № 13 331.
134. ПСЗРИ-2.— Т. 16.— отд. 1.— № 14 614.
135. ПСЗРИ-2.— Т. 20.— отд. 2.— № 19 529.
136. ПСЗРИ-2.— Т. 22.— отд. 1.— № 21 016.
137. ПСЗРИ-2.— Т. 26.— № 25 850.
138. ПСЗРИ-2.— Т. 27.— отд. 1.— № 25 953.
139. ПСЗРИ-2.— Т. 29.— отд. 1.— № 28 420.
140. ПСЗРИ-2.— Т. 34.— отд. 1.— № 34 282.
141. ПСЗРИ-2.— Т. 42.— отд. 1.— № 44 814.
142. ПСЗРИ-2.— Т. 48.— отд. 2.— № 52 611.
143. ПСЗРИ-3.— Т. 18.— отд. 1.— № 15 375.
144. Реорганизация института экспериментальной медицины // Вестник Временного Правительства.— 1917.— N 153 (199) (14 /27/ сентября).— С. 3.
145. Ретлингер А. Д. Исследование по истории медицины в России // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины.— 1906 — № 7.— С. 1059—1060, 1067—1068.
146. Рихтер В. История медицины в России.— Ч. 1—3.— СПб., 1814—1820.
147. Российский медицинский список на 1894 год.— СПб., 1894.

148. Российский медицинский список на 1901 год.— СПб., 1901.
149. Российский медицинский список на 1905 год.— СПб., 1905.
150. Российский медицинский список на 1911 год.— СПб., 1911.
151. Российский медицинский список на 1913 год.— СПб., 1913.
152. Российский медицинский список на 1916 год.— СПб., 1916.
153. *Рыбаков Ю. А.* Промышленная статистика России XIX века.— М., 1976.
154. *Сало В. М.* История фармации в России.— М., 2007.
155. *Салтыков Б. Н.* Об аптечной реформе.— В кн.: Труды XI Пироговского съезда.— Т. 1.— СПб., 1911.— С. 407—415.
156. *Салтыков Б. Н.* О снабжении медикаментами земских лечебных учреждений Московской губернии.— В кн.: Труды XIV губернско-го съезда врачей Московского земства.— М., 1901.— С. 232—238.
157. *Сборник узаконений и распоряжений правительства по делам печати / Составитель Н. В. Варадинов.*— СПб., 1878.
158. *Сборник циркуляров и инструкций Министерства внутренних дел с учреждения Министерства по 1 октября 1853 г.: В 8-ми т.*— СПб., 1853—1858.
159. *Свод законов Российской империи / Под ред. И. Д. Мордухай-Болтовского.*— Книга 5.— Т. 13.— СПб., 1913.
160. *Свод учреждений и Уставов врачебных по гражданской части.*— СПб., 1857.
161. *Семенова Т. Д.* Некоторые сведения об аптечной посуде и оборудовании аптек в XVII столетии // Аптечное дело.— 1955.— № 5 — С.50—53.
162. *Семенченко В. Ф.* История фармации.— М., 2003.
163. *Сергеева М. С.* Проблемы становления фармацевтической промышленности в годы Первой мировой войны // Международная научно-практическая конференция «Медицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны»: Сб. материалов.— Гродно.— 2014.— С. 361—365.
164. *Славский К.* Земская медицина и война // Общественный врач.— 1915.— № 9—10.— С. 566.
165. *Смирнова Е. М., Удальцов А. А.* Протекционизм российской таможенной политики в конце XIX века. // Таможенное дело.— 2007.— № 1.— С. 39—41.
166. *Смирнова Е. М.* Аптечное дело в Ярославской губернии (XVIII — середина XIX вв.) // Новый исторический вестник.— 2010.— № 25.— С. 5—15.
167. *Смирнова Е. М.* От общественного призрения к общественной медицине (здравоохранение Ярославской губернии 2-й половины XIX — начала XX вв.).— Ярославль, 2013.
168. *Современная хроника России. Из отчета министра государственных имуществ // Отечественные записки.*— 1858.— № 11.— С. 2—5.
169. *Соколовский М.* Характер и значение деятельности аптекарского приказа.— СПб., 1904.
170. *Соловьев З. П.* Итоги врачебно-санитарной деятельности Земского союза и ее дальнейшие шаги// Общественный врач.— 1916.— № 7.— С. 371—372.
171. *Сосонкина В. Ф.* Фармацевтическое дело в Беларуси (в составе Речи Посполитой и Российской империи): Исторический очерк.— Минск, 2014.
172. *Стог А. Д.* Об общественном призрении в России.— СПб., 1818.

173. *Томашевский В. В.* Аптекарский приказ в XVII веке: Диссертация канд. ист.— Ленинградский государственный университет имени А. А. Жданова, Л.: 1952.
174. *Труды III Вероссийского фармацевтического съезда.*— СПб., 1901.
175. *Труды XIV губернского съезда врачей Московского земства.* 4—14 сентября 1898 года.— М., 1901.
176. *Труды XVII губернского съезда Московского земства.* 15—24 мая 1910 г.— Вып. 3.— М., 1910.
177. *Устав здравоохранения и учреждения, ведающие врачебно-санитарным делом // Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.* (Проект).— Пг., 1916.
178. *Устав лечебных заведений гражданского ведомства 1851 года.* Изд. 4.— СПб., 1879.
179. *Устройство городского химико-фармацевтического завода.*— Пг., 1916.
180. *Фальсификаторы // Русский фармацевт.*— 1908.— № 10.— С. 379—381.
181. *Фармацевтический устав* (проект, внесенный в Государственную Думу 13 октября 1911 г.). Устав здравоохранения и учреждения, ведающие врачебно-санитарным делом. Проект // Высочайше учрежденная междуведомственная Комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.— Пг., 1916.— С. 325—358.
182. *Фармацевтическое образование женщин // Административные известия.* Петроград. Вестник Временного Правительства.— 1917.— N 181 (227) (19 октября/1 ноября).— С. 4.
183. *Федотов Н. П., Мендрин Г. И.* Очерки истории медицины и здравоохранения Сибири.— Томск, 1975.
184. *Феррейн Ф.* Химико-фармацевтическая промышленность в СССР.— М., 1923.
185. *Филюкин А. М.* История создания русских фармакопей, канд. диссертация.— М., 1963.
186. *Филюкин А. М.* Русские фармакопеи капиталистического периода // Аптечное дело.— 1966.— Т. 15.— № 4.— С. 78—82.
187. *Филюкин А. М.* Фармакопеи для бедных первой половины XIX столетия // Аптечное дело.— 1957.— № 2.— С. 78—80.
188. *Флоринский В. М.* Медицинский экзамен во время царствования Михаила Федоровича.— В кн.: Русские простонародные травники и лечебники.— Казань, 1879.— С. 202—205.
189. *Фортунатов С. П.* Материалы в истории первых русских фармакопей // Аптечное дело.— 1953.— № 3.— С. 50—52.
190. *Франк Ф.* Первая статистика с дневником для трудолюбивых и образцово аккуратных российских аптекарей на 1866 г.— СПб., 1867.
191. *Фрейберг Н. Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России.— СПб., 1913.
192. *Центнершвер М. Г.* Очерки по истории химии.— Одесса, 1912.
193. *Цифровые сведения о расходах на врачебно-санитарную часть // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства.*— СПб., 1913.— Т. 2.— С. 1—16.
194. *Цыткин М. В.* О фабриках, заводах, лабораториях, изготавливающих химические продукты и химфармпрепараты в России.— М., 1915.

195. *Чертов А. А.* Городская медицина в Европейской России.— М., 1903.
196. *Чертов А. А.* К вопросу о положении врачебно-санитарного дела в русских городах.— В кн: Восьмой Пироговский съезд.— Вып. 2.— М., 1901.— С. 52—55.
197. *Шацкий Е. А.* О современном состоянии русской фармации.— Казань, 1888.
198. *Шерстнева Е. В.* Из истории государственного регламентирования медицинской рекламы в России в конце 19 — начале 20 вв. // Ремедиум.— 2013.— № 6.— С. 46—48.
199. *Шерстнева Е. В.* Из истории организации контроля качества лекарственных препаратов в Российской империи (конец XIX — начало XX вв.) // Ремедиум.— 2014.— № 9.— С. 58—60.
200. *Шерстнева Е. В.* О финансовой деятельности приказов общественного призрения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2003.— № 5.— С. 61—63.
201. *Шерстнева Е. В.* Основные направления деятельности Медицинского совета Министерства внутренних дел // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2002.— № 1.— С. 56—58.
202. *Шерстнева Е. В.* Первые пастеровские станции в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.— 2012.— № 2.— С. 56—59.
203. *Шерстнева Е. В.* Проблема реформирования фармацевтического дела в трудах XI Пироговского съезда // Международная научно-практическая конференция «Медицина на рубеже веков: к 100-летию Первой мировой войны».— Гродно, 2014.— С. 454—456.
204. *Шерстнева Е. В.* Проблема фальсификации лекарственных препаратов и попытки ее решения в России в конце XIX — начале XX вв. // Клиническая медицина.— 2013.— № 7.— С. 73—75.
205. *Шерстнева Е. В.* Состояние аптечного дела в начале XX в. // Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» 11—12 апреля // Бюллетень ННИИ общественного здоровья РАМН.— 2012.— Вып. 2.— С. 145—148.
206. *Шерстнева Е. В.* Зависимость фармацевтического рынка России от импорта лекарственных средств в начале XX в. // Ремедиум.— 2015.— № 11.— С. 43—45.
207. *Шерстнева Е. В.* Городские самоуправления России и лекарственное обеспечение населения: экскурс в историю // Ремедиум.— 2016.— № 5.— С. 40—42.
208. *Шерстнева Е. В., Егорышева И. В., Морозов А. В.* Министерство внутренних дел как орган руководства лекарственным обеспечением в России в XIX — начале XX в. Часть 1. // Медицинский вестник МВД.— 2015.— № 2.— Т. 75.— С. 75—77.
209. *Шерстнева Е. В., Егорышева И. В., Морозов А. В.* Министерство внутренних дел как орган руководства лекарственным обеспечением в России в XIX — начале XX в. Часть 2. // Медицинский вестник МВД.— 2015.— № 3.— Т. 76.— С. 76—77.
210. *Шпер П.* Возникновение аптекарского дела в России // Фармацевтический вестник.— 1900.— № 3.— С. 236—238.
211. *Эрманс К. П.* Организация аптечного хозяйства в Московской губернии.— В кн.: Труды X губернского съезда врачей Московского земства. Сентябрь 1889 г.— М., 1890.— С. 181—187.
212. *Яровинский М. Я.* Здравоохранение Москвы.— М., 1988.

Монография

Елена Владимировна ШЕРСТНЕВА
Ирина Валентиновна ЕГОРЫШЕВА

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ
В 17 — НАЧАЛЕ 20 ВЕКА**

Редактор *И. И. Жданюк*
Корректор *Т. А. Кузьмина*
Верстка *А. В. Чирков*

Подписано к печати 12.12.2016. Формат бумаги
60 × 90^{1/16}. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Таймс.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 10,5. Уч.-изд. л. 12,29.
Тираж 500 экз. Заказ № 2002.

ISBN 5-900-75884-2



9 785900 758848