

При исследовании периферической крови выявлялся умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, несколько повышенная СОЭ, которая отмечалась не всегда (25 % случаев).

Сроки выписки больных из стационара зависели от скорости обратного развития симптомов, как основного процесса, так и его осложнений. Больные выписывались только после полного восстановления актов глотания, фонации, артикуляции и полном разрешении проявлений вторичных осложнений, в среднем через 21 день. При этом слабость и умеренно выраженные нарушения зрения (невозможность читать мелкий шрифт) сохранялись у 2 пациентов до 5 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резюмируя данные проведенных исследований, выявили что в 2010—2012 гг. средний возраст больных ботулизмом составлял 39,5 лет, то есть наиболее трудоспособный возраст. Фактором передачи инфекции в данный период являлись преимущественно рыба и рыбные продукты (79 %), а в структуре заболеваемости ботулизмом с 2010 по 2012 гг. преобладали спорадические случаи (78 %). Также необходимо отметить, что на современном этапе клиническая картина ботулизма характеризуется средне-

тяжелым и тяжелым течением болезни (42,2 % и 44,9 % случаев соответственно) с коротким инкубационным периодом (83,5 %) и преобладанием гастроинтестинального синдрома (58,3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н. А. Малышев [и др.]; под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 752 с.
2. Ботулизм: Патогенез. Клиника. Лечение / Под ред. Г. М. Шубы. — Саратов: Изд-во Саратовского Университета, 1991. — 284 с.
3. Острые кишечные инфекции / Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, М. Г. Кулагина, Л. Е. Бродов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 400 с.
4. Руководство по инфекционным болезням / В. М. Семенов [и др.]; под ред. В. М. Семенова — М.: МИА, 2008. — 745 с.

Контактная информация

Макарова Инна Васильевна — к. м. н., ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: mal55597@yandex.ru

УДК 9(470.45)

ЗЕМСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ПРОБЛЕМЫ ЗЕМСКО-ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX — НАЧАЛА XX ВВ.

А. В. Петров, О. С. Киценко

*Волгоградский научный медицинский центр,
Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра истории и культурологии*

Земско-общественная медицина представляет собой уникальное явление отечественной и мировой истории. В статье рассматривается процесс ее становления, который происходил в условиях несовершенства российского законодательства.

Ключевые слова: земства, местное самоуправление, законодательство, административный контроль, эпидемии, медицинская помощь, медицинский участок, санитарное дело.

ZEMSTVO LEGISLATION AND ZEMSTVO MEDICINE IN RUSSIA IN LATE 19TH — EARLY 20TH CENTURY

A. V. Petrov, O. S. Kitsenko

Zemstvo social medicine is a unique phenomenon in the history of Russia and world history. The article discusses the process of its formation that unravelled in conditions of imperfect Russian legislation.

Key words: zemstvo, local government, legislation, administrative control, epidemic, health care, medical station, public health.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение законодательства Российской империи второй половины XIX — начала XX вв., регулирующих отношения в рамках впервые созданной в России общественной (земской) системы здравоохранения.

МЕТОДИКА РАБОТЫ

Статья написана на базе исследования документов Российского государственного исторического архива и Полного собрания законов Российской империи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Земско-общественная медицина, родившаяся в пореформенной России, является уникальным феноменом не только российской, но и мировой истории. Ее принципы общедоступности и бесплатности медицинской помощи, ее опыт по созданию системы врачебных участков и противоэпидемической службы были положены в основу советской системы здравоохранения, а самоотверженная работа земских медиковшла отражение в литературе и искусстве.

Становление земско-общественной медицины происходило в правовом поле Российской империи и было теснейшим образом связано не только с отменой крепостного права, но и со всем комплексом реформ 1860—1870-х гг. [4]. Оно определялось, прежде всего, законодательством о местном самоуправлении — явлении для России XIX в. новым и потому нуждавшемся в правовом регулировании. Сферы деятельности местного самоуправления были определены в *Положении о губернских и уездных земских учреждениях 1864 г.* Последние были разделены на две категории: 1) «обязательные»; 2) «необязательные». Развитие медицинской организации в губерниях вошло в категорию дел «необязательных». Земству передавалось заведование благотворительными заведениями, а также участие (в хозяйственном отношении) в попечении о народном здравии.

Отнесение медицины к категории дел «необязательных» свидетельствовало о том, что российское правительство с самого начала не придавало должного значения этой стороне земской работы. По-видимому, в силу этого обстоятельства, статьи *Положения 1864 г.* не содержали точных указаний о масштабе и направлениях развития земской медицины. Так, согласно п. 4 ст. 2, на земство возлагалось «заведование земскими благотворительными заведениями и прочие меры призрения» [5]. При рассмотрении проекта этой статьи Государственным советом была отмечена не вполне точная редакция, не предусматривающая принятие со стороны земства «мер попечения о народном здравии». Также было отмечено, что «в деле попечения о народном здравии земство может принести существенную пользу доставлением материальных средств и ближайшим надзором за правильным их употреблением», и внесено предложение о предоставлении земству «участия в попечении о народном здравии» [5, 10]. Однако степень этого участия осталась неясной.

9 марта 1866 г. Медицинский департамент издал циркуляр о том, что в обязанности губернского земства всецело должны входить противоэпидемические меры. Вслед за этим губернаторами в течение многих лет поднимался вопрос о бесплатном лечении больных в случае эпидемии за счет губернского земства. Четкого распоряжений правительства по этому вопросу не последовало. И даже в 1902 г. руководство III отделения Хозяйственного департамента, рассмотрев представления губернаторов, указывало, что «подача медицинс-

кой помощи населению и принятие общих санитарных мер не вменяется земству в безусловную обязанность прямым указанием закона, и большая или меньшая степень участия земства в деле обеспечения народного здоровья предоставлена усмотрению самого земства» [5, 10]. Такое заключение обосновывалось ст. 83 *Временных правил для земских учреждений по делам общественного призрения от 1 января 1864 г.*, по которой обязательными для земства признавались только предметы расходов, установленные Уставом Общественного призрения. Таким образом, круг обязательных для земства расходов в области медицины и санитарии ограничивался пределами деятельности приказов общественного призрения, существовавших до 1864 г. (!) Все остальные мероприятия земства признавались «факультативным его правом». Бесплатное лечение больных во время эпидемий могло быть возложено на губернское земство только в случае соответствующих постановлений губернских земских собраний. Губернаторам предлагалось вносить эти вопросы на обсуждение местных губернских земских собраний. Таким образом, формы и масштабы участия земств в развитии медицинской организации должны были определяться самими же земствами, а «сосредоточение мер борьбы с эпидемиями» находилось в ведении самого земства и зависело от решения губернского земского собрания.

Другим важным правовым аспектом было обязательство земств (согласно *Положению 1864 г.*) заниматься местными делами *строго в пределах территории губернии или уезда*. Однако земские деятели уже в 1870—1880 гг. отслеживали успехи самоуправления в других губерниях, чтобы применить у себя эффективные начинания соседей, и вместе с тем пытались придти к единству в способах работы. Со временем появилась необходимость единой программы действий земств различных губерний. Этого требовали борьба с эпидемиями и развитие участковой медицины. Однако попытки сделать что-либо в этой сфере не принесли успеха, поскольку правительство не планировало создание общеземской организации, объединявшей губернии. Вплоть до начала XX в. земцы высказывались за создание «органов объединения форм земской деятельности», за издание общеземского печатного органа, но эти инициативы были безуспешными [1].

Кроме территориального ограничения действий, земства по *Положению 1864 г.* не могли делать распоряжений, относящихся к компетенции правительственных, сословных и общественных учреждений. Решения, противоречащие этому правилу, считались недействительными (ст. 7). Многие начинания земств не были осуществлены, поскольку толкование данной нормы позволяло отказать в нежелательных для администрации инициативах.

Однако местная администрация не всегда «тормозила» земскую работу. В некоторых вопросах она, напротив, пыталась ей способствовать, указывая на недостатки законодательства. Так, в представлении

Новгородского губернатора Медицинскому департаменту от 31 июля 1875 г. были названы главные проблемы земской медицины: несогласованность действий уездных земств; непоследовательность в действиях и решениях, обусловленная менявшимся составом земских гласных. Со стороны губернской администрации звучали предложения о пересмотре законодательства по этому вопросу: «Если земство считает своею задачею организацию медицинской части, и это не противно видам правительства, то нельзя не пожелать, чтобы предмет народного здоровья был поставлен в числе обязательных для земства, дабы мероприятия не зависели от случайности при изменении состава гласных» [9]. Новгородским губернатором были внесены и другие предложения по корректировке и уточнению законодательства в сфере земской медицины. В представлении предлагалось: 1) определить размеры уездных медицинских участков; 2) оградить земских врачей «от произвола состава лиц земских управ», лишив последних права увольнять врачей по своему усмотрению, «без правительственной власти»; 3) дать губернской администрации право контролировать незамещенные в течение длительного времени вакансии земских врачей. Медицинским департаментом эти материалы были направлены на рассмотрение в Хозяйственный департамент. Последний же по вопросам включения медицины в обязательные функции и минимальных медицинских участках указал: «Принимая во внимание, что ни в представлении губернатора, ни в делах Хозяйственного департамента не содержится никаких данных к разрешению означенного вопроса, департамент сей затрудняется высказать со своей стороны какое-либо заключение по настоящему предмету» [9]. По поводу предложений об изменении порядка увольнения земских врачей, было указано, что данный вопрос не требует распоряжения со стороны министерств. Шаткость правовых основ земской медицинской работы продолжала сохраняться.

При учреждении *городского самоуправления* появилась проблема его взаимодействия с земскими учреждениями, в том числе по вопросам медицины. Согласно *Городовому положению 1870 г.* вопросы городского благоустройства и оздоровления городов вошли в перечень полномочий городских дум. Однако большинство постановлений городских дум (а также создаваемых ими комиссий по вопросам санитарного дела) носили рекомендательный характер [3].

В феврале 1879 г. министру внутренних дел было направлено ходатайство тверского губернатора, который от лица земского и городского самоуправления просил разъяснить обязанности земства по борьбе с эпидемиями в городах. Хозяйственный департамент МВД направил ходатайство в Медицинский департамент. Последний, сославшись на циркуляр МВД 9 марта 1866 г. об участии земств в борьбе против холеры, указал, что он может «служить руководством и в случаях появления в губернии и других эпидемических

болезней...» [1, 4—6, 10]. Также было указано на обязанность городского самоуправления обеспечивать помещения для больных в период эпидемий. Таким образом, никаких разъяснений или дополнений к законодательству по вопросу разграничения обязанностей земств и городов не было получено. Земские и городские управы вынуждены были в каждом отдельном случае самостоятельно разрешать возникавшие между ними споры и трения, что, естественно, не способствовало эффективности их работы.

На развитии медицины и санитарии сказалось *отсутствие четкого разграничения обязанностей уездов и губернии* в земском законодательстве. Полномочия губернского и уездных земств, согласно *Положению 1864 г.*, определялись по территориальному признаку. Губернские земские учреждения (по ст. 61) должны были заведовать «теми из земских дел, поименованных во ст. 2-й сего Положения, которые относятся до всей вообще губернии или нескольких из ее уездов», а уездные (ст. 63) — делами, «относящимися до каждого отдельного уезда» [5]. Однако ст. 66 гласила, что губернские земские собрания могут издавать обязательные для местных земских учреждений той же губернии постановления. Неоднозначность этих статей порождала споры, доходившие порой до Сената. Вместе с тем, в земских собраниях звучали призывы к созданию общей программы работы уездных и губернских земств. Исследователь земства Н. Н. Авинов в начале XX в. отмечал, что «взаимные отношения губернских и уездных земств понимались разное в самом начале деятельности земских учреждений, и тогда уже чувствовалась необходимость восполнить закон путем частных соглашений отдельных земств, путем установления руководящих принципов» [1]. Особенности законодательства, разделившего функции губернского и уездных земств, стали причиной несогласованности их действий в развертывании санитарной работы и противоэпидемических мероприятий. В частности, санитарная деятельность долгое время не имела единого центра, губернское земство оказывало только финансовую поддержку отдельных уездов в борьбе с эпидемиями [2].

12 июня 1890 г. было издано новое *Положение о земских учреждениях*. Согласно ст. 2 п. 7 заведение лечебными и благотворительными заведениями возлагалось на земства. Государственным Советом было указано, что «земским учреждениям предоставляется... развитие средств врачебной помощи населению и изыскание способов обеспечения местности в санитарном отношении» [5, 7]. Вместе с тем *Положение 1890 г.* давало приоритет губернскому земству над уездными. Был расширен круг дел, предоставленных окончательно решению губернских земских собраний, в том числе право предоставлять правительству ходатайства о местных нуждах, разрешение займов, издание обязательных для местных жителей постановлений. К ведению губернских земских учреж-

дений были отнесены дела, которые касались каждого отдельного уезда. По отношению к этой категории дел закон 1890 г. (п. 1 ст. 63) дал губернским земствам преимущество перед уездными: губернские земства получили право включать в круг своих полномочий «всякую потребность, удовлетворение которой губернское земство признает полезным принять на себя, если только потребность эта не составляет исключительную особенность данного уезда, и если существо ее допускает возможность удовлетворить ее распоряжениями и мерами губернского земства (п. 1 ст. 63 и ст. 97 ч. II п. 1—4)» [7, 10].

Однако эти новые положения земского законодательства не разрешили споров между губерниями и уездами, для решения конфликтов они по-прежнему обращались к Сенату. По мнению же последнего, совместная работа губернских и уездных земских учреждений должна была определяться их взаимными соглашениями. Так в сенатском указе 5 мая 1900 г. говорилось, что по некоторым делам, перечисленным в ст. 2 *Положения 1890 г.*, не установлено определенных границ между ведомством губернских и уездных земств.

Законом 1890 г. органы местного самоуправления были поставлены под контроль вновь созданных учреждений — *губернских по земским и городским делам присутствий*. В состав их, как правило, входили: губернатор — в качестве председателя присутствия; в качестве членов: вице-губернатор, управляющий Казенной палатой, прокурор Окружного Суда, председатель губернской земской управы, городской голова, предводитель дворянства, а также управляющий Контрольной палатой. Деятельность присутствий должна была состоять в обсуждении правильности и законности постановлений земских учреждений. Особенно важную роль для земской медицины деятельность присутствий стала играть в начале XX в. Именно в это время расходы земств стали расти, во многом — за счет усиленного финансирования здравоохранения. Правительство посчитало необходимым установить контроль за земскими финансами. Согласно ст. 1 отд. 7. Высочайше утвержденного 12 июня 1900 г. мнения Государственного Совета «*Об установлении предельности земского обложения*», ежегодное увеличение земских сборов не могло превышать 3% от предыдущего года. Губернатор получил право вносить земскую смету на обсуждение губернского по земским и городским делам присутствия. Присутствие рассматривало вопрос необходимости увеличения земских сборов — с точки зрения обременительности для плательщиков и допускало (либо не допускало) смету к исполнению. Тяжесть обложения рассматривалась присутствиями путем сравнения уездных земских сборов между собой. Однако, несмотря на возложенные на присутствия обязанности по ограничению земских расходов, многие из них становились на сторону земства, когда речь шла о развитии системы здравоохранения. В 1900 г. Новгородское, Воронежское, Уфимское, Владимирское, Вологодское присутствия

одобрили увеличение земских смет на 1901 г. — в связи с ростом нужд на развитие медицины. Новые расходы касались строительства и ремонта больниц. При этом Уфимским присутствием было отмечено, что смета расходов уездных земств «не заключает в себе таких значений, которые бы не оправдывались действительной необходимостью земской жизни» [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, со времени учреждения местного самоуправления до начала нового века правительство так и не выработало четкой стратегии в сфере правового обеспечения земской медицины. Включив развитие здравоохранения в сферу мероприятий «необязательных» для земства, оно, с одной стороны, направило внимание органов местного самоуправления на этот вопрос, с другой — ни в 1864, ни в 1890 гг. не определило конкретных действий земства. Эта неопределенность долгие годы порождала споры и конфликты земств с губернской администрацией, с городским самоуправлением, наконец, друг с другом — на уровне «уезд — губерния». «Аморфность» законодательства по вопросам земско-общественной медицины была причиной несогласованных действий органов самоуправления и местных властей, проволочек в решении важнейших проблем, касающихся здравоохранения. Отсутствие четкой регламентации взаимоотношений губернских и уездных земств делало порой невозможным их сотрудничество. Вместе с тем законодательно были ограничены возможности создания единой программы действий губернских земств в сфере медицины; установлен контроль за деятельностью и финансами земств в лице губернской администрации и губернских по земским и городским делам присутствий.

Процесс становления земско-общественной медицины был сложным и противоречивым, что обуславливалось несовершенством законодательства и неповоротливостью российской бюрократической машины, а возможно, и несоответствием политической системы имперской России и демократического по сути института местного самоуправления.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авинов Н. Н.* К вопросу о взаимных отношениях губернского и уездных земств. — Саратов: Издательство «Саратовской Земской недели», 1904. — 88 с.
2. *Киценко О. С.* Социально-культурная деятельность земских учреждений Саратовской губернии (1866—1917 гг.): Автореф. дис. ... канд. ист. наук. — Волгоград, 2005. — 26 с.
3. *Максимова И. В., Петрова И. А.* «Русский Чикаго» (Уездные города Саратовской губернии в условиях модернизации). — Волгоград, 2012 — 200 с.
4. *Петров А. В.* // Философия права. — 2008. — № 3. — С. 17—18.
5. Полное собрание законов Российской Империи. Собрание второе. Т. XXXIX. Отделение первое. № 40457. — СПб, 1867.

6. РГИА. Ф.1287. Оп.15. Д. 109.
7. РГИА. Ф. 1287. Оп. 23. Д. 2903.
8. РГИА. Ф. 1287. Оп. 23. Д. 2722.
9. РГИА. Ф. 1287. Оп. 14. Д. 1003.
10. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 1287. Оп. 23. Д. 2903.

Контактная информация

Петров Андрей Владимирович — д. фил. н., профессор кафедры философии, биоэтики и права, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: vip@sprint-v.com.ru

УДК 615:616.248-053.2-085

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЯ

В. И. Петров, И. Н. Шишиморов, А. А. Перминов, О. В. Магницкая, Ю. В. Пономарева

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии*

Использование мониторинга оксида азота (FeNO) в выдыхаемом воздухе для персонализированного подбора базисной терапии у детей с неконтролируемой атопической бронхиальной астмой позволяет быстрее добиться длительного клинического контроля над заболеванием у большего числа пациентов, снижает количество обострений и количество используемых для купирования приступов доз бронхолитиков, увеличивает количество бессимптомных дней, а также приводит к более выраженному снижению уровню аллергического воспаления в дыхательных путях по уровню FeNO.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, оксид азота в выдыхаемом воздухе, контроль астмы.

COMPARATIVE EFFICACY OF BASIC ANTI-ASTHMATIC THERAPY IN CHILDREN USING DIFFERENT METHODS OF CONTROL EVALUATION

V. I. Petrov, I. N. Shishimorov, A. A. Perminov, O. V. Magnitskaya, Ju. V. Ponomareva

Using the monitoring of nitric oxide (FeNO) in exhaled air for a personalized selection of basic therapy in children with uncontrolled atopic asthma allows a faster achievement of long-term clinical control of the disease in a greater number of patients, reduces the number of exacerbations and the dose of bronchodilators sufficient for control, increases the amount of asymptomatic days, as well as leads to a marked reduction in the extent of allergic airway inflammation as for FeNO content.

Key words: asthma, children, nitric oxide in exhaled air, asthma control.

Бронхиальная астма (БА) является широко распространенным мультифакториальным хроническим заболеванием дыхательных путей [2]. В последних международных и российских рекомендациях достижение стабильного контроля БА, который должен быть достигнут путем подбора адекватной базисной терапии, определено как основной критерий эффективности фармакотерапии [4]. Гетерогенность данного заболевания, которая проявляется наличием различных клинических фенотипов и воспалительных эндотипов, и отсутствие персонализированных схем подбора фармакотерапии являются возможными причинами трудностей в достижении контроля БА [5]. Внедрение в клиническую практику биомаркероориентированных способов оценки контроля, которые в настоящий момент активно изучаются, может повысить эффективность фармакотерапии.

Повышенная концентрация FeNO является следствием эозинофильной активации на фоне хронического воспаления в нижних дыхательных путях. Выдыхаемый оксид азота (FeNO) является маркером воспаления дыхательных путей, уровень которого увеличивается в периоды неконтролируемой БА и уменьшается во время адекватного

по объему лечения противовоспалительными средствами [7]. Однако ряд исследований не продемонстрировали значимых преимуществ мониторинга FeNO перед другими способами оценки контроля БА [3, 6—8]. При этом практически во все исследования включались пациенты без учета фенотипа БА. Так как уровень FeNO отражает выраженность эозинофильного воспаления, наиболее значимого повышения этого показателя следует ожидать у пациентов с фенотипом «атопической астмы» [6]. Следовательно, мониторинг FeNO может оказаться эффективным персонализированным подходом к подбору базисной терапии у пациентов с указанным фенотипом БА.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить клиническую эффективность персонализированного подхода к подбору базисной терапии атопической БА у детей с помощью мониторинга уровня выдыхаемого оксида азота.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Открытое рандомизированное сравнительное 24-недельное исследование в параллельных группах вы-